

DBfK Nordwest e.V. · Beethovenstraße 32 · 45128 Essen

An den
Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landtages Nordrhein-Westfalen
Vorsitzende Heike Gebhard
– per E-Mail –

DBfK Nordwest e.V.

Geschäftsstelle
Bödekerstraße 56
30161 Hannover

Regionalvertretung Nord
Am Hochkamp 14
23611 Bad Schwartau

Regionalvertretung West
Beethovenstraße 32
45128 Essen

Zentral erreichbar
T +49 511 696 844-0
F +49 511 696 844-299

nordwest@dbfk.de
www.dbfk.de

28.01.2022

Stellungnahme zum Antrag der Fraktion der SPD, Drucksache 17/15641: Prävention und soziale Teilhabe von Seniorinnen und Senioren stärken! Pflegebedürftigkeit und Vereinsamung strukturell entgegenwirken! GemeindegewerkschaftPlus-Modelle in NRW erproben!

Sehr geehrte Frau Gebhard,
sehr geehrte Damen und Herren,

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest e. V. (DBfK) bedankt sich für die Möglichkeit, im Rahmen der Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 8. Februar 2022 zum oben genannten Antrag Stellung zu nehmen.

Der Antrag nimmt Bezug zu einer der größten Herausforderungen unserer Zeit und dieser Gesellschaft: die Sicherstellung der primären Gesundheitsversorgung – gerade auch für ältere Menschen.

Wichtige Ressourcen im höheren Lebensalter sind zielgruppengerechte Angebote zu Gesundheitsförderung, Prävention und gesundheitlicher Versorgung sowie die Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe. Den Antrag und die konkrete Aufforderung, „GemeindegewerkschaftPlus“-Modelle in Nordrhein-Westfalen zu erproben, begrüßen wir daher als wichtigen Schritt hin zu einer Verbesserung der primären Gesundheitsversorgung insgesamt in Nordrhein-Westfalen.

Im Folgenden finden Sie unsere vollständige Stellungnahme.

Stellungnahme des DBfK Nordwest e.V.

zum Antrag „Prävention und soziale Teilhabe von Seniorinnen und Senioren stärken! Pflegebedürftigkeit und Vereinsamung strukturell entgegenwirken! GemeindegewerkschaftPlus-Modelle in NRW erproben!“ der Fraktion der SPD, Drucksache 17/15641

– im Rahmen der Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 23. September 2020 –

28. Januar 2021

Zu I. und II.: Ausgangslage und Feststellungen

Laut Statistik sind im Jahr 2020 mit etwa 3,8 Millionen Menschen bereits mehr als 20 Prozent der Gesamtbevölkerung Nordrhein-Westfalens (17,93 Millionen) 65 Jahre und älter (statista 2022). Bis 2030 wird dieser Anteil schon bei ca. 30 Prozent liegen, wie der Antrag aufzeigt.

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit für Erkrankungen und für eine Abnahme der körperlichen und kognitiven Leistungsfähigkeit mitsamt den daraus oftmals folgenden Einschränkungen bei der Alltagsbewältigung. Hieraus können mit fortschreitendem Alter Hilfs- und Pflegebedürftigkeit resultieren. Die Möglichkeiten einer selbstbestimmten Lebensweise können hierdurch stark eingeschränkt sein – mit hohen Belastungen für die betroffenen Personen, ihrer Familien und für die Gesellschaft im Ganzen.

Herausforderungen einer alternden Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen sind nicht allein die Zunahme von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Multimorbidität. Insbesondere im Alter nimmt die Anzahl der Ein-Personen-Haushalte zu (destatis 2021). Dies führt häufig zu einer Vereinsamung im Alter, bei zeitgleicher Zunahme eines Pflegerisikos. Damit steigen auch die Suizidraten im höheren Lebensalter stark an, insbesondere bei Männern (RKI 2015).

Familiale Strukturen im sozialräumlichen Umfeld nehmen insgesamt ab. Dies gilt für urbane als auch ländliche Räume gleichermaßen. Hieraus ergibt sich eine zunehmende komplexe Vulnerabilität, vor allem – aber nicht allein – in den älteren Bevölkerungsgruppen.

Wichtige Ressourcen im höheren Lebensalter sind zielgruppengerechte Angebote zu Gesundheitsförderung, Prävention und gesundheitlicher Versorgung sowie eine Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe.

Zu III: Forderungen an die Landesregierung

Die vier Forderungspunkte des Antrags

1. präventive und gesundheitsfördernde Angebote für Seniorinnen und Senioren in Nordrhein-Westfalen auszubauen
2. die Kommunen in NRW bei den Herausforderungen im Hinblick auf soziale Teilhabe, Prävention und Vereinsamung von älteren Menschen durch GemeindegeschwesterPlus-Modelle zu entlasten und dafür zusätzliche Haushaltsmittel zur Verfügung zu stellen
3. im Rahmen einer übergeordneten Demografie- sowie Präventionsstrategie GemeindegeschwesterPlus-Modelle in ausgewählten Kommunen und in Zusammenarbeit mit den landesweiten Pflegestützpunkten in jedem der fünf Regierungsbezirke in NRW zu erproben
4. ein einschlägig qualifiziertes Institut für angewandte Pflegeforschung damit zu beauftragen, die GemeindegeschwesterPlus-Modelle wissenschaftlich zu begleiten und am Ende der Projektdauer zu evaluieren

sind vor diesem Hintergrund als Schritt in die richtige Richtung zu sehen und werden als solche vom DBfK unterstützt. Sie müssen jedoch den Anfang einer Gesamtstrategie markieren und eingebettet sein in ein grundsätzliches Neudenken der Primärversorgung in Nordrhein-Westfalen.

Es ist nicht ausreichend, allein aus den rheinland-pfälzischen Erfahrungen zu lernen. So sollten sich Angebote, wie präventive Hausbesuche, bereits an Menschen ab dem 65. Lebensjahr (und nicht erst aber dem 80. Lebensjahr) richten (Gebert et al. 2016).

Das Konzept GemeindegeschwesterPlus nimmt lokale Strukturen in der Kommune, im Stadtteil oder Quartier in den Blick. Es geht hierbei um nachhaltige Sozialraumentwicklung als konstitutives Element der kommunalen sozialen Daseinsvorsorge (Schulz-Nieswandt 2018). Kommunen werden damit nicht nur bei den Herausforderungen in Hinblick auf soziale Teilhabe und Vereinsamung von älteren Menschen entlastet. Die Landkreise und kreisfreien Städte können so auch finanziell entlastet werden, weil eine frühzeitige Pflegebedürftigkeit ihrer Bürger:innen mit (vermeintlich) notwendiger Heimunterbringung vermieden werden kann, und damit auch die Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege („Sozialhilfe“) entfällt. Aktuell sind trotz eingeleiteter bundesgesetzlicher Maßnahmen immer mehr Pflegeheimbewohner:innen auf diese „Sozialhilfe“ angewiesen (RND 2021).

Die mit dem Antrag geforderte Anschubfinanzierung zur Etablierung eines angepassten Konzepts GemeindegeschwesterPlus in allen fünf Regierungsbezirken Nordrhein-Westfalens ist deshalb als Einstieg in eine notwendige und sinnvolle Langzeitstrategie zu verstehen. Diese Strategie muss ein Element im Rahmen eines Gesamtkonzepts „Zukunftsfähige Primärversorgung NRW 2030“ sein.

Eine flächendeckend einheitliche, generalisierbare Lösung, wird es auch und gerade für Nordrhein-Westfalen nicht geben. Denn das Land steht bezüglich der primären Gesundheitsversorgung und damit auch pflegerischer Handlungsfelder vor uneinheitlichen Herausforderungen: Diese stellen sich in ländlichen und eher strukturschwachen Gebieten anders dar, als in den bevölkerungsreichen städtischen Regionen. Wobei auch die Demografie unterschiedliche Anforderungen stellt: So wird die Bevölkerung vor allem in der Metropolregion Rhein-Ruhr (z.B. Wesel oder Mettmann) immer älter (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen 2020). Es braucht also für die unterschiedlichen Regionen Nordrhein-Westfalens und ihre Einwohner:innen unterschiedliche Lösungen – auch mit Blick auf lokale/regionale Kulturunterschiede (Schulz-Nieswandt 2018).

Konzepte wie „GemeindegeschwesterPlus“ können da nur ein erster Baustein sein auf dem Weg zu einer zukunftsfähigen Primärversorgung. Nordrhein-Westfalen kann hier fortschrittlicher agieren als Rheinland-Pfalz, die Chance nutzen und den Weg für Community Health Nursing bereiten (u.a.

Burgi/Igl 2021; DBfK 2019a; Agnes-Karll-Gesellschaft 2018), wie es auch die aktuelle Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag vorsieht¹. Die Chancen hierfür sollten jetzt genutzt werden, um ein breiteres Handlungsspektrum für die komplexen Anforderungen und mannigfaltigen Versorgungssituationen in Nordrhein-Westfalen zu schaffen. Insbesondere die in Rheinland-Pfalz angesetzten 20 Schulungstage für Pflegefachpersonen als Qualifikationsmaßnahme zur „Gemeindegewerkschaft Plus“ (Gebert et al. 2019) reichen hierfür auf Dauer nicht aus. Es braucht mittel- und langfristig die Ausbildung von analytischen und konzeptionellen Kompetenzen der eingesetzten Pflegeexpert:innen, um die unterschiedlichen Bedarfe zu erkennen und ihnen entsprechend, mit Blick auf die primäre Gesundheitsversorgung auch evidenzbasiert, zu begegnen.

Die Akademisierung in der Pflege muss deshalb aktiv vorangetrieben werden, um die Gesundheitsversorgung mittel- und langfristig sicherzustellen (WR 2012). Hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen – im Übergang auch langjährig berufserfahrene Pflegefachpersonen mit entsprechenden Zusatzqualifikationen – können hier einen wichtigen Beitrag leisten. Spezialisierte Pflegefachpersonen, die in der Primärversorgung verantwortlich tätig sind, sollen grundsätzlich auf Masterniveau (DBfK 2019b) qualifiziert sein. Es muss jetzt in den Auf- und Ausbau der hochschulischen Bildungsangebote für eine starke, zukunftsfähige Primärversorgung investiert werden. Als DBfK fordern wir, dass bis 2030 50 Prozent der Ausbildungskapazitäten an Hochschulen angesiedelt sind (DBfK 2020; 2021). Der junge Masterstudiengang „Community Health Nursing“ an der Uni Witten/Herdecke stellt da nur einen Tropfen auf dem heißen Stein dar.

Kommunale Gesundheitszentren bzw. Primärversorgungszentren sind ein wesentlicher Einsatzort für die Community Health Nurses (CHN). Der Schwerpunkt der gesundheitlichen Versorgung liegt derzeit immer noch auf der Akutbehandlung. Es fehlen sektorenübergreifende und gut erreichbare niedrigschwellige Versorgungsstrukturen für Menschen mit komplexen Problemlagen, z.B. wegen chronischer Erkrankungen und/oder Pflegebedürftigkeit. Lokale Primärversorgungszentren unter Mitwirkung oder Leitung von Pflegefachpersonen sind ein wichtiger Baustein für eine entwickelte Primärversorgung, die gesundheitsfördernde, präventive, kurative, pflegerische, rehabilitative und palliative Maßnahmen umfasst und die – einem gemeindenahen Ansatz folgend – eine multiprofessionelle und integrative Versorgung so nahe wie möglich an die Menschen bringt (Burgi/Igl 2021; Robert Bosch Stiftung 2021). Diese Zentren bieten auch Alternativen zu Krankenhäusern, die geschlossen werden könnten bzw. müssen.

Deshalb sollte das Gesamtkonzept „Zukunftsfähige Primärversorgung NRW 2030“ auch verbunden werden mit der Strategie einer zukunftsfähigen Krankenhaus- und kassenärztlichen Versorgung. Das heißt, mittel- und langfristig müssen Landeskrankenhausplanung, Planung der kassenärztlichen Sitze, eine zu etablierende echte Landespflegeplanung und die Planungen für kommunale Prävention, Rehabilitation und Gesundheitskompetenz zusammengedacht werden.

In Deutschland wird schon seit vielen Jahren darüber diskutiert, wie die Primärversorgung vor dem Hintergrund einer alternden Gesellschaft bei gleichzeitig zunehmendem Mangel an niedergelassenen Ärzt:innen gestärkt und die sektorale Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung überwunden werden könnten. In anderen europäischen Ländern sehen wir hervor-

¹ Koalitionsvertrag 2021-2025 zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP. Online unter: https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf, S. 82.

gende Beispiele, wie Primärversorgung gut organisiert werden kann, etwa in Dänemark oder Finnland (Robert Bosch Stiftung 2021). Auch in Deutschland gibt es in einzelnen Projekten zarte Ansätze einer Neuorganisation (z.B. Hand-in-Hand², FAMOUS³, PORT⁴).

Für eine zukunftsfähige Primärversorgung braucht es dringend eine Neujustierung der Aufgaben und Zuständigkeiten zwischen den Gesundheitsprofessionen. Dabei geht es um die Erweiterung speziell pflegerischer Verantwortung zur Sicherstellung einer bedarfs- und kompetenzgerechteren Gesundheitsversorgung (DBfK 2021).

Internationale Studien zeigen, dass die Erbringung von Leistungen der Primärversorgung durch Pflegefachpersonen anstelle von Ärzt:innen nicht zu einer wirtschaftlichen Mehrbelastung der jeweiligen Systeme führt. Ganz im Gegenteil zeigen sich vergleichbare oder sogar bessere Gesundheitsergebnisse und größere Zufriedenheitswerte der versorgten Menschen (Laurant et al. 2018). Pflegefachpersonen können eine entscheidende Rolle in der primären Gesundheitsversorgung übernehmen und im Sinne neuer Versorgungslösungen müssen sie es auch. Community Health Nurses (CHN) sind langfristig der Schlüssel zur Sicherung der künftigen Primärversorgung. CHN sind Pflegeexpert:innen mit akademischer Qualifikation auf Masterniveau, die als autonome Leistungserbringer mit definiertem Zuständigkeitsbereich die primäre Gesundheitsversorgung definierter Gruppen sicherstellen. Dabei bündeln sie die Leistungserbringung und sind für eine Basisversorgung zuständig. Neben Aufgaben in der direkten Patientenversorgung (z. B. Routineversorgung bei chronischen Erkrankungen), halten sie die Fäden in der Hand und steuern die Primärversorgung (u.a. Burgi/Igl 2021; DBfK 2021; 2019a; Agnes-Karll-Gesellschaft 2018).

Mit dem im vergangenen Jahr verabschiedetem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) sehen wir als DBfK bei der Übertragung heilkundlicher Aufgaben aber nur einen kleinen Schritt in diese Richtung: Denn es bleibt bei – wenn auch verbindlicheren – Modellversuchen in jedem Bundesland und einem Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), etwas mehr Autonomie in der häuslichen Krankenpflege zuzulassen. Dabei gilt es, für hochqualifizierte Pflegefachpersonen rahmenrechtlich die Freiräume zu gewähren, die sie aus Sicht verschiedener Gutachten (u.a. SVR 2007) haben sollten, um ihre vorhandene Kompetenz effektiv einsetzen zu können und sie im Sinne der Substitution bzw. im Rahmen der Poolkompetenzen (Tätigkeiten, die durch mehrere Berufsgruppen übernommen werden können) autonom handeln zu lassen. Pflegefachpersonen sind dafür prädestiniert, Verantwortung für die Kontinuität der gesundheitlichen Versorgung zu übernehmen, u.a. durch Information, Schulung und Beratung. In Abstimmung mit den Bedürfnissen und Wünschen der Menschen mit Pflegebedarf müssen Pflegefachpersonen auf dem Boden einer juristischen Normierung das Recht haben, eigenständig über die weitere pflegerische Versorgung zu entscheiden. Pflegefachpersonen brauchen zudem ein verbrieftes Mitspracherecht bei Therapie-Entscheidungen und die Kompetenz, Pflegehilfsmittel und ausgewählte Medikamente zu verordnen. Auf der Basis expliziter Spezialisierungen (z.B. Community Health Nurses) müssen Pflegefachpersonen entsprechende Handlungsautonomie bekommen (DBfK 2021).

In Nordrhein-Westfalen stehen gleich mehrere entsprechend qualifizierte pflegewissenschaftliche Institutionen zur Konzeption, Begleitung und Evaluationen der einzelnen Schritte auf dem Weg zur

² Hand-in-Hand – Hausarzt und Pflegeexperte Hand in Hand – ANP Center zur Zukunftssicherung der medizinischen Basisversorgung in der Region. Informationen online unter: <https://pflgewissenschaft.uni-koeln.de/en/forschung/aktuelle-projekte/hand-in-hand> (24.01.2022).

³ FAMOUS – Fallbezogene Versorgung multimorbider Patienten und Patientinnen in der Hausarztpraxis durch Advanced Practice Nurses. Informationen online unter: <https://www.kh-mz.de/forschung/famous/> (24.01.2022).

⁴ PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung. Informationen online unter: <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/port-patientenorientierte-zentren-zur-primar-und-langzeitversorgung> (24.01.2022).

„Zukunftsfähigen Primärversorgung NRW 2030“ zur Verfügung. Wir begrüßen es sehr, wenn Sie von dieser Ressource Gebrauch machen.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Essen, 28. Januar 2022

Martin Dichter, Ph.D
Vorsitzender DBfK Nordwest e.V.

Swantje Seismann-Petersen
Stellv. Vorsitzende DBfK Nordwest e.V.

Sandra Mehmecke, M.A.
Stellv. Geschäftsführerin DBfK Nordwest e.V.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordwest e.V.

Regionalvertretung West | Beethovenstraße 32 | 45128 Essen | Telefon: +49 511 696844-0 |

E-Mail: nordwest@dbfk.de | www.dbfk.de

Quellen

- Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung (Hrsg.) (2018): Community Health Nursing in Deutschland. Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum. Online unter: <https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/Broschuere-Community-Health-Nursing-09-2019.pdf> (24.01.2022).
- Burgi, M.; Igl, G. (2021): Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland. Schriften zum Sozialrecht, Band 61. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. Online unter: https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/9783748924319.pdf?download_full_pdf=1 (24.01.2022).
- DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.) (2021): Positionspapier: Weiterentwicklung der Primärversorgung und Aufgabenverteilung unter den Gesundheitsprofessionen. Online unter: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Weiterentwicklung-Primaerversorgung-2021-11.pdf> (24.01.2022).
- DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.) (2020): Aktionsprogramm 2030. Online unter: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/DBfK-Aktionsprogramm-2030.pdf> (24.01.2022).
- DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK/ Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung (2019a): Community Health Nursing – Eine Chance für bessere Gesundheitsversorgung in den Kommunen: Online unter: <https://www.dbfk.de/de/themen/Community-Health-Nursing.php> (24.01.2022).
- DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.) (2019b): Advanced Nursing Practice. Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung. 4. Aufl. Online unter: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Advanced-Practice-Nursing-Broschuere-2019.pdf> (24.01.2022).
- Destatis, Statistisches Bundesamt (2021): Fast 6 Millionen ältere Menschen leben allein. Online unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/09/PD21_N057_12411.html (24.01.2022).
- Gebert, Anne; Weidner, Frank; Weber, Christina; Ehling, Claudia; Seifert, Kerstin; Sachs, Susanne (2019): Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprojekt Gemeindegewest^{plus} von Juli 2015 bis Dezember 2018 (DIP e.V. Hrsg.). Online unter: https://mastd.rlp.de/fileadmin/msagd/Aeltere_Menschen/AM_Dokumente/Abschlussbericht-GSplus-DIP-final.pdf (24.01.2022).
- Gebert, Anne; Seifert, Kerstin; Weidner, Frank (2016): Modellprojekt Gemeindegewest^{plus}. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung zur „Implementierungsphase“. Berichtszeitraum 01.07.2015 bis 31.12.2016 (DIP e.V. Hrsg.). Online unter: https://mastd.rlp.de/fileadmin/msagd/Aeltere_Menschen/AM_Dokumente/Bericht_zur_Implementierungsphase_des_Modellprojekts_Gemeindegewestplus_in_RLP.pdf (24.01.2022).
- Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2020): Altersstruktur der Bevölkerung. Altenquotient. Online unter: https://www.lzq.nrw.de/00indi/0data_map/0200700052020/atlas.html?comparisonSelect=5000 (24.01.2022).
- Laurant, M.; van der Biezen M.; Wijers N.; Watananirun K.; Kontopantelis E.; van Vught, A.J.A.H (2018): Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 7. Art. No.: CD001271. Online unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6367893/> (24.01.2022).
- RKI, Robert Koch Institut (Hrsg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Einzelkapitel: Wie gesund sind die älteren Menschen? Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Online unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/08_gesundheit_in_deutschland.pdf?blob=publicationFile (24.01.2022).
- RND, Redaktionsnetzwerk Deutschland (2021): Immer mehr Pflegeheimbewohner auf Sozialhilfe angewiesen. Online unter: <https://www.rnd.de/politik/immer-mehr-pflegeheim-bewohner-auf-sozialhilfe-angewiesen-GUJIIJPYJ5DBRFNSWCX6WGUPFQ.html> (24.01.2022).
- Robert Bosch Stiftung (2021): Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. Online über: <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/gesundheitszentren-fuer-deutschland> (24.01.2022).

Robert Bosch Stiftung (2011): Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Online unter: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/Memorandum_Kooperation_der_Gesundheitsberufe.pdf (24.01.2022)

Schulz-Nieswandt, Frank; Köstler, Ursula; Mann, Kristina (2018): Evaluation des Modellprojekts „Gemeindeschwester^{plus}“ des Landes Rheinland-Pfalz. Online unter: https://mastd.rlp.de/fileadmin/msagd/Aeltere_Menschen/AM_Dokumente/Evaluationsbericht_END.pdf (24.01.2022).

Statista (2022): Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen nach Altersgruppen 2020. Online unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1095979/umfrage/bevoelkerung-nordrhein-westfalen-nach-altersgruppen/> (24.01.2022).

SVR, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007 - Kurzfassung. Online unter: <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2007/> (24.01.2022).

WR, Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Online unter: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf?%20%20%20%20blob=publication-File&v=1> (24.01.2022).