

Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e. V. (DPR) zur öffentlichen Anhörung am 13. November 2024 im Ausschuss für Gesundheit

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der maßgeblichen Berufsverbände der Pflegeprofession und des Hebammenwesens in Deutschland die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik.

Gleichzeitig bedankt sich der DPR für die Möglichkeit, seine Expertise in die öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit einbringen zu können. Der DPR begrüßt, dass die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrates vom 15.06.2023 mit dem Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Versorgung in der Fläche die Einführung von Gesundheitskiosken und Primärversorgungszentren erneut prüfen will.

Die Pflegeprofession spielt eine zentrale Rolle in der Gesundheitsversorgung und ist damit eine tragende Säule unseres Gesundheitssystems. Pflegefachpersonen sind zunehmend für die Sicherstellung der Versorgung und die Umsetzung von Leitlinien und Qualitätsstandards verantwortlich. Ihre Perspektiven und Erfahrungen müssen stärker und aktiver in alle relevanten Entscheidungsprozesse einbezogen werden.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz - GVSG) will der Gesetzgeber unter anderem eine noch besser auf die Bedürfnisse der Bürger:innen ausgerichtete Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung der Kompetenzen der an der Versorgung mitwirkenden Personen und Berufsgruppen erreichen. Dazu soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) weiterentwickelt werden. Mit den Neuregelungen werden die Interessenvertretung der Pflegeprofession sowie die Patientenvertretung gestärkt, Entscheidungen der Selbstverwaltung beschleunigt und die Mitwirkungsmöglichkeiten der Vertretungen der Hebammen, der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und weiterer Betroffener ausgebaut.

Diese Neuregelungen zu berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und kooperativen Versorgungsstrukturen müssen jedoch mit der zügigen Verabschiedung des Pflegekompetenzgesetzes und des APN-Gesetzes auf den Weg gebracht werden. Nur so kann es gelingen, alle im Gesundheitswesen vorhandenen Potenziale stärker auf Gesundheit und Gesunderhaltung auszurichten und die Primärversorgung in Deutschland so auszubauen, dass multiprofessionelle Teams tätig werden können. Der Pflegeprofession würde es damit ermöglicht, ihre Kompetenzen stärker in die direkte Gesundheitsversorgung einzubringen.

Zu den folgenden BT-Drucksachen nimmt der DPR wie folgt Stellung:

BT-Drucksache 20/11853

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) vom 17.06.2024

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nummer 4 (BT-Drucksache 20/12664 / Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung)

§ 65g Gesundheitskioske

Der DPR befürwortet die Vorschläge des Bundesrates vom 28.08.2024 das Vorhaben zur Errichtung von Gesundheitskiosken aufrechtzuerhalten, um die individuelle Gesundheitskompetenz der aufsuchenden Bürger:innen zu stärken und insbesondere niedrigschwellig über medizinische Behandlungsmöglichkeiten, Möglichkeiten der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (Prävention), Angebote der Gesundheitsförderung sowie soziale Versorgungsangebote zu beraten (Schaeffer et al., 2015). Aus Sicht des DPR ist es sehr bedauerlich, dass die neuen Versorgungsstrukturen im Entwurf des GVSG (BT-Drucksache 20/11853) vom 17.06.2024 nicht mehr enthalten sind. Damit wird die Chance vertan, das Gesundheitssystem stärker auf Gesundheit und Gesunderhaltung auszurichten, die Primärversorgung in Deutschland auszubauen und multiprofessionelle Versorgungsteams zu stärken. Diese Versorgungsstrukturen würden auch ein Handlungsfeld für die geplante Einführung des Berufsbildes der Community Health Nurses (CHN) schaffen.

Kurze Wege könnten die Akzeptanz und Etablierung neuer Versorgungsstrukturen maßgeblich beeinflussen und überlastete Anlaufstellen wie Notaufnahmen entlasten. Eine enge Kooperation mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) könnte die Versorgung weiter stärken, z.B. bei der Umsetzung eines effektiven Hitzeschutzes in der Bevölkerung (SVR, 2023). Der DPR betont, dass mit dem Wegfall der neuen Versorgungsstrukturen auch die immer größer werdenden Versorgungslücken in ländlichen oder städtischen Gebieten nicht geschlossen werden können. Hier sollte nicht zu sehr am Bild des Kiosks festgehalten werden. Gerade im ländlichen Raum wäre es denkbar, dieses Angebot auch mobil zu gestalten, z.B. mit Gesundheitsbussen.

Offen bleibt, wie die Bundesregierung ihrem Auftrag zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung nachkommen will. Die Argumentation allein auf die hohen Kosten und die Einhaltung der Schuldenbremse zu reduzieren, ignoriert den dringenden Reformbedarf und die von vielen Akteur:innen und Expert:innen geforderte Neuausrichtung der Aufgaben der Gesundheitsberufe. Darüber hinaus können sektorenübergreifende Konzepte, z.B. durch die Umwandlung von Krankenhäusern in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen oder Primärversorgungszentren, nicht nur die Versorgungsqualität erhöhen, sondern durch frühzeitige Behandlung und niedrigschwellige Präventionsangebote auch langfristig zur Kostensenkung beitragen. Es werden dringend Strukturen benötigt, die die gesundheitliche Versorgung der Menschen in Deutschland sicherstellen und auf den vorhandenen Potenzialen und Kompetenzen der professionell Pflegenden aufbauen.

Nummer 6 (BT-Drucksache 20/12664 Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung)

§ 73a Primärversorgungszentrum

Der Bundesrat macht in seiner Begründung zu den Primärversorgungszentren deutlich, dass er diese im Wesentlichen nach dem Hausarztmodell denkt und zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen unterscheidet. Eine sektorenübergreifende, koordinierte, kooperative und versorgungssteuernde Versorgung in einem interprofessionellen Team kann so in Zukunft nicht gelingen. Die Unterscheidung des Einsatzes von ärztlichem und nichtärztlichem Personal zementiert nur die Dichotomie einer Arztorientierung im Gesundheitswesen. Sie muss im Sinne eines modernen Versorgungsverständnisses revidiert werden. Alle Berufsgruppen in einem solchen Primärversorgungszentrum müssen mit eigenen Handlungsautonomien ausgestattet werden, wie z.B. akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen auf Masterniveau (CHN). Ergänzend weist der DPR darauf hin, dass CHNs eine hohe fachliche Qualifikation und Kompetenz erworben haben, die nicht mit der Qualifikation von Medizinischen Fachangestellten und Physician Assistants vergleichbar ist. Darüber hinaus haben Pflegefachpersonen Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG, die nicht von anderen Berufsgruppen übernommen werden können und die in den anstehenden Gesetzgebungsverfahren auch leistungsrechtlich verankert werden müssen (TT VA & DGP, 2024).

Darüber hinaus weist der DPR in der Begründung zu Absatz 8 darauf hin, dass die Vergütung des nichtärztlichen Case Managements bzw. der Konsiliarleistungen nicht ausschließlich durch die Bundesmantelvertragspartner zu regeln ist, sondern auch die betroffenen Berufsgruppen an den Vergütungsverhandlungen beteiligt werden müssen.

Zu Nummer 9 und 10 Buchstabe I (BT-Drucksache 20/11853 / Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG))

und

Nummer 12 (BT-Drucksache 20/12664 / Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung)

§ 92 Abs. 1b SGB V (Nummer 10a / BT-Drucksache 20/11853)

Der DPR begrüßt die Absicht des Gesetzgebers, den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) weiterzuentwickeln, indem die Mitwirkungsmöglichkeiten der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und der Vertretungen der Leistungserbringer, insbesondere des DPR als Stimme der Pflegeprofession im G-BA, gestärkt werden. Der G-BA hat z.B. mit der Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Reha-RL) bereits weitreichende Regelungen für den Bereich der Rehabilitation geschaffen, ohne dass die entsprechende Fachkompetenz beratend beteiligt wurde. Die Richtlinie regelt umfassend nicht nur die Voraussetzungen und das Verfahren zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch Vertragsärzt:innen sowie durch Vertragspsychotherapeut:innen als Voraussetzung für die Leistungsentscheidung der Krankenkasse, sondern auch die Voraussetzungen für die Verordnung durch Vertragsärzt:innen und Vertragspsychotherapeut:innen als Voraussetzung für die Leistungsentscheidung der Krankenkasse. Darüber hinaus enthält sie Vorgaben zur Zusammenarbeit zwischen Rehabilitations-

einrichtung, Vertragsärzt:innen, Vertragspsychotherapeut:innen und Krankenkassen sowie zur Sicherung des Rehabilitationserfolges. Bei derart weitreichenden Regelungen ist ein Mitberatungs- und Stimmrecht des DPR unerlässlich, um eine fachgerechte und umfassende Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

Darüber hinaus wird die derzeitige Rechtslage der generellen Bedeutung der Rehabilitation in der medizinischen Versorgungslandschaft nicht gerecht. Die Bedeutung der Rehabilitation ist bereits im Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ verankert. Bevor ein Mensch pflegebedürftig wird, muss alles getan werden, um dies durch medizinische Rehabilitation zu verhindern. Ist eine Person bereits pflegebedürftig, soll durch medizinische Rehabilitation alles getan werden, um die Pflegesituation zu verbessern. Darüber hinaus ist aufgrund der Alterung der Bevölkerung davon auszugehen, dass die Bedeutung der Rehabilitation weiter zunehmen wird. Um dieser Entwicklung Rechnung zu tragen, ist es daher erforderlich, dem DPR bei Entscheidungen des G-BA, die den Aufgabenbereich der Rehabilitation betreffen, ein Mitberatungs- und Stimmrecht einzuräumen.

Änderungsvorschlag

Der DPR regt an, § 92 Abs. 1b SGB V wie folgt zu ändern:

Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 sind die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen und die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene zu beteiligen. **Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 8 sind die in § 111b Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer und der Deutsche Pflegerat e.V. zu beteiligen.**

§ 92 Absatz 7h SGB V (Nummer 10I / BT-Drucksache 20/11853)

Der DPR begrüßt, dass die Berufsorganisationen der Pflegeprofession ein Antrags- und Mitberatungsrecht bei den Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, den Richtlinien nach den Nummern 13 und 14, den Richtlinien nach § 63 Absatz 3c Satz 3, den Beschlüssen des G-BA nach den §§ 136b und 136c sowie bei weiteren für die spezialisierte Pflege relevanten Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 erhalten. Der DPR befürwortet auch, dass die künftige Benennung der Vertreter:innen im Einvernehmen mit den Berufsorganisationen der Pflegeprofession, die ihr Interesse an einer Mitwirkung bekunden, erfolgen soll. Neben dem Antrags- und Mitberatungsrecht muss dem DPR ein Stimmrecht eingeräumt bzw. gewährt werden.

Zu begrüßen ist auch, dass das Recht zur Teilnahme an einer Finanzierung geknüpft werden soll und dass für zwei Vertreter der Berufsorganisation der Pflegeprofession, die das Recht zur Teilnahme wahrnehmen, Erstattungsmöglichkeiten für Reisekosten und Verdienstausschlag vorgesehen sind. Diese Regelung ermöglicht es den Berufsorganisationen der Pflegeprofession, ihre Interessenvertretung im G-BA wahrzunehmen.

Der Bundesrat weist in seiner Stellungnahme u. a. darauf hin, dass im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen ist, wie die Bundespflegekammer bei der Wahrnehmung der Beteiligungsrechte der Berufsorganisationen der Pflegeprofession im G-BA verbindlich berücksichtigt werden kann. Die Bundespflegekammer stellt bundesweit keine Repräsentanz der Pflegeprofession dar. Der DPR befürwortet ausdrücklich den Ausbau von Kammerstrukturen in den Bundesländern und möchte in diesem Zusammenhang besonders hervorheben, dass die Bundesländer und damit der Bundesrat mit der Einrichtung von Landespflegekammern in allen 16 Bundesländern die entscheidenden Stellschrauben zur Stärkung des Berufsstandes selbst in der Hand haben (WD, 2024). Landespflegekammern sind bei Entscheidungen des GBA anzuhören.

Änderungsvorschlag

Die Erstattung der für die Wahrnehmung der Interessenvertretung anfallenden Kosten muss jedoch in einem Umfang gesichert sein, so dass die Arbeit einer Person pro Unterausschuss, in welchem die Belange der Pflege betroffen sind, finanziert wird. Darüber hinaus sind auch personelle Ressourcen (z.B. 50 % VZÄ) für administrative Zwecke zu refinanzieren. Beide Aspekte bedürfen einer Konkretisierung im vorliegenden Gesetzentwurf, um die Expertise der Berufsorganisationen der Pflegeprofession nachhaltig in die Entscheidungsprozesse des G-BA einfließen zu lassen und damit die Stimme der Pflegeprofession weiter zu stärken.

Der DPR spricht sich darüber hinaus nachdrücklich dafür aus, dass die gesetzgeberischen Initiativen zu den Beteiligungsrechten der Berufsorganisationen der Pflegeprofession vor dem Hintergrund des geplanten Pflegekompetenzgesetzes und des APN-Gesetzes, insbesondere der berufsrechtlich geregelten Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG, weiter ausgebaut werden, um die bereits bestehenden Regelungen und angedachten Neuregelungen auch in die Strukturen des G-BA zu überführen.

Nummer 28 (BT-Drucksache 20/12664 Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung)

§ 140b Gesundheitsregionen

Um mittel- und langfristig Gesundheitsregionen mit einer vorausschauenden und qualitativ hochwertigen Gesundheitsplanung sowie einer organisierten sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgungslandschaft zu schaffen, bedarf es einer starken Pflegeprofession, die ihre Aufgaben nach dem geplanten Pflegekompetenzgesetz eigenverantwortlich wahrnehmen kann.

Artikel 2

Änderungen des Elften Buchs Sozialgesetzbuch

Nummer 3 (BT-Drucksache 20/11853 Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG))

§ 53 SGB XI Aufgaben auf Bundesebene (Nummer 3b / BT-Drucksache 20/11853)

Der DPR befürwortet die Erhebung dieser Kennzahlen, da sie Transparenz über die Inanspruchnahme dieser Leistung durch die Versicherten der einzelnen Pflegekassen schaffen. Diese Informationen lassen Rückschlüsse darauf zu, inwieweit die einzelnen Kassen ihre Zielgruppen erreichen. Die Evaluationsberichte nach § 7a Absatz 9 SGB XI machen regelmäßig deutlich, dass Angebote häufig nicht bekannt sind und nicht in Anspruch genommen werden. Entsprechende Kennzahlen könnten genutzt werden, um Maßnahmen zur Verbesserung der Inanspruchnahme abzuleiten.

Anträge der Fraktionen

BT-Drucksache 20/8860

Antrag der Fraktion der CDU/CSU Versorgung von Menschen in psychischen Krisen und mit psychischen Erkrankungen stärken

Der Antrag zur Stärkung der Versorgung von Menschen in psychischen Krisen und mit psychischen Erkrankungen zeigt deutlich den Handlungsbedarf zur Sicherung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung auf. Diesen Handlungsbedarf sieht auch der DPR.

Psychische Belastungen, Gefährdungen der psychischen Gesundheit und Traumatisierungen nehmen mit der Zunahme von Polykrisen zu. Insbesondere direkte Hitzeeinwirkungen wirken sich auf die Psyche und das soziale Miteinander aus (Nikendei, 2021). Die Herausforderungen an die Wahrnehmung, Bewältigung und psychische Integration von Klimawandel und Polykrisen sind für die Bevölkerung sehr groß. Um diesen präventiv zu begegnen, spricht sich der DPR für die Einführung eines Schulfachs „Gesundheit“ aus. Die überlebensnotwendigen tiefgreifenden Veränderungen im Zusammenhang mit dem heutigen Lebensstil, dem Konsumverhalten und den daraus resultierenden Wertvorstellungen erfordern angesichts der aktuellen und zukünftigen Herausforderungen ein zeitnahe Handeln auf individueller, gesamtgesellschaftlicher und weltpolitischer Ebene. Dabei ist es von großer Bedeutung, Emotionen (z.B. Angst, Trauer, Wut), die bei fehlender Verarbeitung zu pathologischen Krisen führen, zu erkennen, Maßnahmen abzuleiten und präventive Strukturen zu ihrer Vermeidung zu schaffen (Nikendei, 2021).

Darüber hinaus möchte der DPR anmerken, dass sich die Lösungsansätze des Antrags zu sehr auf die Diagnostik und Therapie durch Mediziner:innen und Psychotherapeut:innen konzentrieren. Der Fokus muss aber auch auf alle anderen Akteur:innen im Gesundheitswesen gelegt werden, um die Fähigkeiten der Bevölkerung zu stärken, mit psychischen Krisen besser umgehen und sich selbstbestimmt Unterstützung organisieren zu können. Die flächendeckende Einführung von Schulgesundheitspflegefachpersonen oder der sogenannten School Nurse kann dazu beitragen, dass gerade Kinder und Jugendliche in Krisensituationen niederschwellige Unterstützungsangebote erhalten und ggf. eine zeitnahe Vermittlung an Expert:innen koordiniert werden kann. Diese Umsetzung hätte auch eine ökonomische Determinante, denn Studien belegen, dass sich jeder in die Schulgesundheitspflege investierte Euro über die Lebensphasen von Menschen hinweg um ein Vielfaches amortisiert (Gänsslen et al., 2024; Maulbecker-Armstrong et al., 2021). Für Erwachsene könnte die CHN diese niederschwellige Koordinationsaufgabe übernehmen (Köllner, 2023).

BT-Drucksache 20/11955

Antrag der Fraktion der CDU/CSU Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum stärken

Auch in diesem Antrag wird deutlich, dass nur die bestehenden arztzentrierten Strukturen weiterentwickelt werden sollen. Der Antrag nimmt einseitig die Stärkung der niedergelassenen Ärzt:innen als zentrale Elemente der Gesundheitsversorgung in den Blick. Dabei müssen jedoch alle Akteur:innen und Gesundheitsfachberufe im ländlichen Raum gleichermaßen berücksichtigt werden. Bestehende Strukturen, die eine interprofessionelle Zusammenarbeit der Akteur:innen auf Augenhöhe hemmen, müssen dementsprechend reduziert werden. Das Berufsbild der CHN bedarf in diesem Zusammenhang einer stärkeren Beachtung. Gerade die ländlich geprägten und strukturschwachen Regionen Ostdeutschlands, die in den Jahren der Wiedervereinigung besonders von Abwanderung betroffen waren, sind jetzt stärker vom

demografischen Wandel betroffen. Die kollektiven Erfahrungen mit Gemeindeschwestern in der DDR könnten jedoch bei der Einführung von CHN auf eine hohe Akzeptanz bei der älteren Bevölkerung stoßen.

Mit der Einführung von arztentlastenden Modellen wie z.B. dem AGnES-Konzept als Teil eines ganzheitlichen Ansatzes im ländlichen Raum werden jedoch nicht die Weichen für eine echte Handlungsautonomie für qualifizierte Pflegefachpersonen gestellt, wie es im Pflegekompetenzgesetz und im ANP-Gesetz von der Bundesregierung vorgesehen ist, sondern es wird weiterhin ein Abhängigkeits- bzw. Assistenzmodell von Medizin und Pflege fortgeschrieben. Dies entspricht nicht den internationalen Standards in der Gesundheitsversorgung (ICN, 2020).

BT-Drucksache 20/3272

Antrag der Fraktion der AfD Leistungsbezogene Vergütung der medizinischen Behandlungspflege statt Pauschalen – Die medizinische Behandlungspflege in der stationären, ambulanten und häuslichen Pflege der Finanzzuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung unterstellen

Der DPR weist ausdrücklich darauf hin, dass die pflegerische Versorgung und die Vergütungsstrukturen im ambulanten Setting nicht mit der Versorgung und den Vergütungsstrukturen in einer vollstationären Pflegeeinrichtung vergleichbar sind. Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V sind nicht zwingend an eine Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI geknüpft. Sie sind auf die Sicherung eines ärztlichen Behandlungsziels ausgerichtet.

Die Kosten für den Aufenthalt in einer vollstationären Pflegeeinrichtung und die hohen Eigenanteile der versorgten Personen setzen sich auch nicht ausschließlich aus der medizinischen Behandlungspflege zusammen. Neben den Kosten für die Pflegeleistungen beeinflussen auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Ausbildungsumlage die Gesamtkosten eines Heimplatzes. Insbesondere die vorherrschende Inflation und die erheblichen Preissteigerungen für Energie haben maßgeblich zu den Preissteigerungen in der stationären Langzeitpflege beigetragen.

Die Umsetzung dieses Antrags würde zu erheblichen Versorgungslücken für Personen, die nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, in der ambulanten Versorgung durch Pflegedienste und zu weiterhin hohen Eigenanteilen für die versorgten Personen in der stationären Langzeitpflege führen.

BT-Drucksache 20/5814

Antrag der Fraktion der AfD Verordnung von Hilfsmitteln durch Physiotherapeuten

Der DPR muss ausdrücklich darauf hinweisen, dass die Ausbildung und die Aufgabenbereiche von Physiotherapeut:innen nicht mit der Ausbildung und den Aufgabenbereichen von Pflegefachpersonen zu vergleichen sind. Verordnungen oder Empfehlungen von Pflegehilfsmitteln oder wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nach § 40 Abs. 6 und 7 SGB V basieren immer auf pflegefachlichen Bedarfsermittlungen. Diese Bedarfsermittlung

gehört nach § 4 Abs. 2 PfIBG zu den Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachpersonen und kann nicht auf andere Berufsgruppen übertragen werden (TT VA & DGP, 2024). Darüber hinaus werden die in § 40 Abs. 6 SGB XI genannten Leistungen nach § 36 SGB XI, §§ 37 und 37c SGB V grundsätzlich nicht von Physiotherapeut:innen erbracht. Auch die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI sind Pflegefachpersonen vorbehalten.

Abschließend möchte der DPR noch einmal an den Ausschuss für Gesundheit appellieren, dass es zur weiteren Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in Deutschland dringend erforderlich ist, die geplanten Aufgabenerweiterungen für die Pflegeprofession, insbesondere mit dem geplanten Pflegekompetenzgesetz und dem APN-Gesetz, noch in dieser Legislaturperiode auf den Weg zu bringen.

Berlin, 11.11.2024

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR

Alt- Moabit 91

10559 Berlin

Tel.: + 49 30 / 398 77 303

Fax: + 49 30 / 398 77 304

E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de

www.deutscher-pflegerat.de

Quellen

- Gänsslen, J.-C., Striegel, U., Protsch, M., Melcher, B., Vey, D. & Maulbecker-Armstrong, C. C. (2024). Lower Accident Related Costs In Schools Due to School Health Nurses. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 29(4), 215-219.
- ICN. (2020). *Guidelines on Advanced Practice Nursing*. Retrieved 09.11.2024 from https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf
- Köllner, H. P. (2023). Community Health Nurses: Altereinsamkeit verhindern. *Pflege Zeitschrift*, 76(11), 52-56.
- Maulbecker-Armstrong, C., Binder, D. & Meier-Gräwe, U. (2021). Der Einsatz von Schulgesundheitskräften (SGFK) rechnet sich! *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (NDV)*(8), 397-402.
- Nikendei, C. (2021). Psychische Belastung und mentale Gesundheit. In C. Traidl-Hoffmann, C. Schulz, M. Herrmann, & B. Simon (Eds.), *Planetary Health. Klima, Umwelt und Gesundheit im Anthropozän* (pp. 234-243). Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schaeffer, D., Hämel, K. & Ewers, M. (2015). *Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada*. Beltz Juventa.
- SVR. (2023). *Resilienz im Gesundheitswesen, Wege zur Bewältigung künftiger Krisen*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- TT VA & DGP. (2024). *Vorbehaltsaufgaben der Pflege –Pflegerwissenschaftliche und pflegerechtliche Grundlegung und Einordnung*. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft. Retrieved 19.10.2024 from <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2024/03/Vorbehaltsaufgaben- Broschuere-DGP-1.pdf>