

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e. V. (DPR) zum
Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Herzgesundheit
(Gesundes-Herz-Gesetz – GHG)**

Fassung: 14.06.2024

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Wir bedanken uns für die Gelegenheit, zu dem Referentenentwurf (RefE) zum „Gesetz zur Stärkung der Herzgesundheit (Gesundes-Herz-Gesetz – GHG) Stellung nehmen zu dürfen.

Der DPR begrüßt, dass der Gesetzgeber die Primärprävention von Herz-Kreislaufkrankungen in Deutschland mit neuen und erweiterten Regelungen unterstützt. Insbesondere die Stärkung der Verordnungsfähigkeit von Statinen schließt an nationale und internationale Empfehlungen zur Vorbeugung kardiovaskulärer Ereignisse an (JAMA, 2022; Rittger et al., 2022). Gleichzeitig ist anzumerken, dass andere relevante nicht-übertragbare Erkrankungen (NCD), wie Adipositas, Diabetes mellitus, Tumorleiden, neuro-degenerative Erkrankungen und psychische Belastungen unberücksichtigt bleiben, die ebenfalls hohe Kosten im Gesundheitssystem verursachen. Als zielführend betrachtet der DPR an dieser Stelle eine umfassende Präventionsstrategie mit Rahmenempfehlungen für alle NCDs, die im Rahmen der Novellierung des Präventionsgesetzes interprofessionell entwickelt und sowohl leistungsrechtlich als auch sozialrechtlich verankert werden muss (DPR, 2023). Dabei sollten die Bemühungen für nachhaltige Entwicklungen im Gesundheitswesen und für den Ausbau des Umweltschutzes eine zentrale Rolle einnehmen, denn schon heute ist Luftverschmutzung eine der größten Treiber von NCDs und führt zu einer Vielzahl von Erkrankungen der Atemwege und des kardiovaskulären Systems (Jung, 2021).

Der DPR kritisiert in Bezug auf die geplanten Vorhaben dieses RefE erneut die ausbleibende Sichtbarkeit der Rolle von Pflegefachpersonen. Diese Berufsgruppe genießt hohes Vertrauen in der Bevölkerung und besitzt ausgewiesene fachliche sowie kommunikative Fähigkeiten zur Bedarfsermittlung und Beratung von Menschen im Sinne der Etablierung von Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Denn Pflegefachpersonen begleiten kontinuierlich Menschen aller Zielgruppen über die gesamte Lebensspanne und bieten passgenaue präventive Angebote zur richtigen Zeit und am richtigen Ort an. Mit dem Ziel, die Gesundheit der Bevölkerung zu stärken, müssen im Zuge der Weiterentwicklung der Präventionsstrategie und des Präventionsgesetzes aktualisierte Rahmenempfehlungen, gemeinsame Ziele, vorrangige Handlungsfelder und Zielgruppen, beteiligte Organisationen, Einrichtungen und Berufsgruppen neu definiert werden (DPR, 2021; DPR, 2022a; DPR, 2024).

Im Folgenden positioniert sich der DPR zu den einzelnen Regelungsschwerpunkten im RefE des Gesetzes zur Stärkung der Herzgesundheit:

1. Verbesserung der Früherkennung bei Kindern und Jugendlichen

Der DPR begrüßt, dass Untersuchungen zur Früherkennung von Fettstoffwechselerkrankung mit Fokus auf familiäre Hypercholesterinämie für Kinder und Jugendliche eingeführt werden sollen. Diese J1-Untersuchungen (Familienanamnese und Hinweise zu Risikoverhalten) können zusammen mit der Einführung eines Schulfachs „Gesundheit“ und einer bundesweiten Etablierung von School Nurses (Schulgesundheitspflegefachpersonen) in Kooperation mit Kinderärzt:innen entwickelt sowie umgesetzt werden und auf diese Art und Weise deutlich mehr Kinder und Jugendliche in Deutschland erreichen (DPR, 2021; DPR, 2022b). Kindern und Jugendlichen sollte darüber hinaus das Wissen vermittelt werden, dass Herz-Kreislauf-Risiko und Leitsymptome von Herz-Kreislauf-erkrankungen geschlechtsbezogene Unterschiede im Lebensverlauf aufweisen (Gouni-Berthold, I. & Laufs, U, 2024).

Zu Artikel 1, Nr. 3

Änderungsvorschlag zu § 26 Abs. 2b

„[...] Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nach angemessener Beteiligung von Sachverständigen der betroffenen Fach- und Verkehrskreise nähere Vorgaben für die Erbringung der Leistungen nach Absatz 2a zu regeln, insbesondere

- 1. Anforderungen an die Durchführung einer Untersuchung zur Früherkennung einer Fettstoffwechselstörung sowie*
- 2. Vorgaben für standardisierte Fragebögen,*
- 3. Vorgaben für die ärztliche **und pflegerische** Vergütung. [...].“*

2. Verbesserung der Früherkennung bei Erwachsenen

Der DPR begrüßt die gestufte Einführung von Gesundheitsuntersuchungen (GU) nach § 25 Absatz 1 SGB V (sogenannter „Check-up“) nach Alter und Risiko im Bereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Altersstufen erscheinen jedoch wenig nachvollziehbar. Der DPR würde an dieser Stelle empfehlen, die Check-up-Untersuchungen im Alter von 25, 35, 45, 50 und 55 Jahren vorzunehmen. Im Rahmen des „Check-up 45“ sollte der Schwerpunkt des Ceck-up-35“ überprüft werden. Der „Check-up 55“ sollte nochmals den Schwerpunkt des „Check-up 50“ prüfen.

Zu Artikel 1, Nr. 2

Änderungsvorschlag zu § 25c Abs. 1

*„[...] Versicherte, die das 25., das 35., **das 45., das 50. sowie das 55. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf erweiterte Leistungen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Absatz 1, die der Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und -Risiken dienen. Der Anspruch besteht unabhängig davon, ob sich der Gemeinsame Bundesausschuss bereits mit diesen erweiterten Leistungen befasst hat [...].“***

Der DPR lehnt den Vorschlag des RefE ab, die geplanten zusätzlichen Beratungen mittels Gutscheinen in Apotheken zu ermöglichen. Stattdessen sollte diese Leistung in Zusammenarbeit von medizinischem und pflegerischem Personal in Primärversorgungszentren oder Gesundheitskiosken erbracht werden. Hier können Pflegefachpersonen mit

erweiterten Kompetenzen eine Schlüsselrolle einnehmen und die GU mit anschließender Beratung sowie die Erhebung und Messung von Risikofaktoren (Blutdruck- oder Blutzuckerkontrolle) durchführen (DPR 2024). Berücksichtigt werden sollten bei dieser Regelung auch die Hürden der langen Wege und Wartezeiten bei Besuchen von Arztpraxen oder Apotheken, gerade im ländlichen Raum (DPR, 2022a; DPR, 2023c).

Auch Erwachsene sollten über die Relevanz der Gendermedizin und über die geschlechtsspezifischen Unterschiede der kardiovaskulären Risiken im Lebensverlauf sowie über Leitsymptome für kardiovaskuläre Risiken von Herz-Kreislauf-Erkrankungen systematisch aufgeklärt werden (Gouni-Berthold & Laufs, 2024). Pflegende sind in diesem Vermittlungsprozess gefordert, zielgruppenspezifische, verständliche und evidenzbasierte Informationsmaterialien zu entwickeln, um die Steigerung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu unterstützen. Darüber hinaus sind für die in der Rechtsverordnung zu ergänzenden Leistungen der strukturierten Untersuchung mithilfe eines standardisierten Fragebogens sowie für ergänzende Laboruntersuchungen die Kompetenzen der Pflegeprofession in den Leistungsumfang der GU nach der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie des G-BA einzubinden. Zur Festlegung der erweiterten Check-up-Leistungen sollten neben den medizinischen Fachgesellschaften auch die pflegerischen Fachgesellschaften einbezogen werden.

3. Stärkung von Disease-Management-Programmen (DMP)

Der DPR begrüßt, dass die Umsetzung von DMP in der Versorgung gefördert werden soll. Hier sollte ebenfalls die Expertise von Pflegefachperson mit erweiterten Kompetenzen einbezogen und die Programme interprofessionell entwickelt sowie umgesetzt werden.

Zu Artikel 1, Nr. 9

Änderungsvorschlag § 137g Absatz 4 Satz 2

*„[...] Die Vergütung von Leistungen nach Maßgabe des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche **und pflegerische** Leistungen in strukturierten Behandlungsprogrammen bleibt hiervon unberührt. [...]“*

Zu Artikel 2, Nr. 3b

Änderungsvorschlag § 137f Absatz 2a Satz 2 und Satz 4

*„[...] Schulungen können in der Regel auch unter Verwendung digitaler Anwendungen ~~oder~~, telemedizinisch **oder telepflegerisch** erfolgen, soweit keine medizinischen **oder pflegerischen** Gründe entgegenstehen. [...] Für die telemedizinische oder **telepflegerische** Durchführung der Schulungen sind in der Regel Videodienste zu verwenden, die die nach § 365 Absatz 1 festgelegten Anforderungen erfüllen. [...]“*

Zu Artikel 2, Nr. 3f

Änderungsvorschlag § 137f Absatz 6 Satz 1

*„[...] Zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 3 haben die Krankenkassen oder ihre Landesverbände allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen oder Landesverbänden von Krankenkassen Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen **oder ähnliche Vertragspartner** zu schließen. [...]“*

Änderungsvorschlag § 137f Absatz 6b

„[...] Zur Sicherstellung der Beteiligung von Krankenhäusern **oder ähnlichen gesundheitlichen Versorgungszentren** an strukturierten Behandlungsprogrammen schließen die Krankenkassen oder ihre Landesverbände mit geeigneten zugelassenen Krankenhäusern oder mit den Landeskrankenhausesellschaften oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger oder **Trägern von ähnlichen gesundheitlichen Versorgungszentren** im Land Verträge über die im Rahmen der Programme zu erbringenden Krankenhausleistungen, soweit dies in den Anforderungen nach Absatz 2 vorgegeben ist. Tritt ein Krankenhaus oder ähnlicher Leistungserbringer anstelle eines eigenständigen Vertragsschlusses einem von der Landeskrankenhausesellschaft oder einer Vereinigung der Krankenhausträger im Land geschlossenen Vertrag bei, hat dieser Rechtswirkung für das beitretende Krankenhaus **oder ähnlicher Leistungserbringer**. Satz 1 und 2 gilt entsprechend für die Sicherstellung der Beteiligung von Rehabilitationseinrichtungen. [...]“

Zu Artikel 2, Nr. 4

Änderungsvorschlag § 137g Absatz 2 Nr. 1

„[...] Die an der Durchführung des Programms beteiligten Vertragsärzte und ~~ärztlich geleiteten~~ **gesundheitlichen** Einrichtungen die von ihnen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f zu erhebenden Daten den Krankenkassen und zur Pseudonymisierung des Versichertenbezugs einer Arbeitsgemeinschaft nach § 219 innerhalb von zehn Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums maschinell verwertbar und versicherten- und leistungserbringerbezogen zu übermitteln haben.[...]“

4. Vorbeugung kardiovaskulärer Ereignisse

Der DPR merkt an, dass die frühzeitige Verordnung von Statinen an nationale und internationale Empfehlungen zur Vorbeugung kardiovaskulärer sinnvoll und evident sein kann (s.o.). Gleichzeitig ist kritisch anzumerken, medikamentöse Interventionen zur Bekämpfung von Herz-Kreislaufkrankungen in den Vordergrund zu rücken. Denn der RefE verweist ebenfalls darauf, dass 70 % aller Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch modifizierbare Lebensstilfaktoren verursacht werden. Demnach müssen ebenso verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen in Deutschland so angepasst werden, dass Menschen sich gesünder ernähren, mehr bewegen, weniger rauchen und den Alkoholkonsum reduzieren (Bosy-Westphal & Müller, 2021). Ein stärkerer Ausbau von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung kann zukünftig den weiteren Anstieg des Arzneimittelverbrauchs verhindern (BUND, 2020). Zudem schränken bereits heute Medikamentenreste, insbesondere Lipidsenker die Nutzbarkeit von Grundwasser und Oberflächengewässern ein (BUND, 2020). Der DPR spricht sich für interprofessionelle Fortbildungsaktivitäten für Ärzt:innen, Apotheker:innen und beruflich Pflegende zu wirksamen Maßnahmen zur Senkung des Arzneimittelverbrauchs aus (BUND, 2020).

Zu Artikel 1, Nr. 4

Änderungsvorschlag zu § 34b Absatz 5

„[...] Abweichend von Absatz 3 haben Versicherte zur Vorbeugung schwerer kardiovaskulärer Ereignisse einen Anspruch auf Versorgung mit Statinen,

1. bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres, sofern das 10-Jahres-Risiko eines kardiovaskulären Ereignisses bei 7,5 Prozent oder höher liegt **und erfolgloser Anpassung der Lebensstilfaktoren**,

2. ab Vollendung des 50. Lebensjahres bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres, sofern das 10-Jahres-Risiko eines kardiovaskulären Ereignisses bei 10 Prozent oder höher liegt **und erfolgloser Anpassung der Lebensstilfaktoren**,

3. ab Vollendung des 70. Lebensjahres, sofern das 10-Jahres-Risiko eines kardiovaskulären Ereignisses bei 15 Prozent oder höher liegt **und erfolgloser Anpassung der Lebensstilfaktoren, [...]**“

5. Reduzierung des Nikotinkonsums

Der DPR begrüßt, dass der § 34 Abs. 2 SGB V zur Versorgung mit Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung bei schwerer Tabakabhängigkeit ausgeweitet wird. Auch wäre es sinnvoll, Kinder und Jugendliche in einem Schulfach „Gesundheit“ über den Zusammenhang zwischen Nikotinkonsum und Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufzuklären.

6. Beratung zur Prävention und Früherkennung von Erkrankungen und Erkrankungsrisiken in Apotheken

Der DPR nimmt mit Irritation zur Kenntnis, dass Prävention und Früherkennung von Krankheiten und Risiken als neue pharmazeutische Dienstleistung etabliert werden soll, die jährlich in Anspruch genommen werden kann. Des Weiteren ist kritisch zu betrachten, dass der RefE scheinbar abgekoppelt von laufenden Gesetzgebungsvorhaben des BMG (z.B. zum Pflegekompetenzgesetz und zum APN-Gesetz) im Sinne der Erweiterung der Kompetenzen von Pflegefachpersonen entwickelt wurde. Damit wird einmal mehr der mögliche Gewinn und Mehrwert des Pflegeberufs im System der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung vernachlässigt (DPR, 2023b). Um dieses Potential vollumfänglich auszuschöpfen, formuliert der DPR folgende Änderungsvorschläge:

Zu Artikel 1, Nr. 2

Änderungsvorschlag zu § 25c Abs. 2 Nr. 1

„[...] Versicherte werden von ihrer Krankenkasse mit Vollendung des 25., **des 35., des 45., des 50. sowie des 55. Lebensjahres persönlich in Textform zu einer Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1 eingeladen. Die Krankenkassen sind befugt, die für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach diesem Paragraphen erforderlichen und in der Verordnung nach Absätzen 4 und 5 aufgeführten Daten zu verarbeiten. Die Versicherten können in Textform weiteren Einladungen widersprechen; sie sind in den Einladungen auf ihr Widerspruchsrecht hinzuweisen. Versicherte erhalten mit der Einladung**

1. einen Gutschein zur Vorlage ~~in der Apotheke~~ bei einer spezialisierten und dafür qualifizierten Fachperson im Gesundheitswesen für eine Beratung und Messungen zu Risikofaktoren zur Einschätzung des individuellen Erkrankungsrisikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Diabetes mellitus und weiteren Risikofaktoren nach § 129 Absatz 5e Satz 5 Nummer 3, [...].“

Änderungsvorschlag zu § 25c Abs. 4

„[...] **Das Bundesministerium für Gesundheit** wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Gesundheitsuntersuchungen nach Absatz 1 Satz 1 zu bestimmen, die in der Versorgung zu Lasten der Krankenkassen zu erbringen sind. In der Rechtsverordnung sind auch die zur Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen nach diesem Paragraphen erforderlichen personenbezogenen Daten zu bestimmen. § 2 Absatz 1 Satz 3 und § 12 Absatz 1 stehen der Bestimmung und Erbringung einer erweiterten Gesundheitsuntersuchung, deren Nutzen nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin noch nicht belegt ist, nicht entgegen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann bei der Bestimmung nach Satz 1 von Richtlinien und Entscheidungen sowie sonstigen Einschätzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses abweichen [...].“

Änderungsvorschlag zu § 25c Abs. 5

[...] In der Rechtsverordnung nach Absatz 4 Satz 1 kann das Bundesministerium für Gesundheit für die Gesundheitsuntersuchungen nach angemessener Beteiligung von Sachverständigen der betroffenen Fach- und Verkehrskreise nähere Vorgaben für die Erbringung der Leistungen regeln, insbesondere

1. ergänzende Leistungen zur Erfassung spezifischer Risiken und Erkennung von Risikoerkrankungen und Krankheitsvorstufen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Alter von 25, 35, **45**, 50 und **55** Jahren,
2. Vorgaben für standardisierte Fragebögen zur Erfassung spezifischer Risiken und Risikoerkrankungen für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung im Alter von 25, 35, **45**, 50 und **55** Jahren,
3. Vorgaben für die ärztliche **und pflegerische** Vergütung [...].“

Zu Artikel 1, Nr. 7

Änderungsvorschlag zu § 129 Absatz 5e Satz 3

„[...] ~~Pharmazeutische~~ Gesundheitsdienstleistungen umfassen Maßnahmen ~~der Apotheken~~ zur Prävention und Früherkennung von Erkrankungen und Erkrankungsrisiken. Insbesondere haben Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, Anspruch auf

1. eine jährliche Beratung mit Messungen zu Risikofaktoren von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus,
2. eine jährliche Beratung mit Kurzintervention zur Prävention tabakassoziierter Erkrankungen und
3. eine Beratung und Messungen zu Risikofaktoren zur Einschätzung des individuellen Erkrankungsrisikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Diabetes mellitus und weiteren Risikoerkrankungen, insbesondere der erforderlichen Blutwerte sowie des Blutdrucks bei Vorlage eines Gutscheins nach § 25c Absatz 2 Satz 4 Nummer 1 und der elektronischen Gesundheitskarte der Versicherten.

~~Die Bundesapothekerkammer~~ **Das Bundesministerium für Gesundheit** entwickelt nach angemessener Beteiligung von Sachverständigen der betroffenen Fach- und Verkehrskreise auf der Grundlage anerkannter wissenschaftlicher Standards für die ~~pharmazeutischen~~ Dienstleistungen nach

*Satz 5 Nummer 1 bis 3 jeweils eine Standardarbeitsanweisung. Die Standardarbeitsanweisung für Dienstleistungen nach Satz 5 Nummer 3 soll insbesondere Festlegungen zu geeigneten Risikoscores und Beratungsinhalten enthalten. Dienstleistungen nach Satz 5 Nummer 1 und 2 können **durch geeignetes pharmazeutisches Personal der versorgenden Apotheke und Dienstleistungen nach Satz 5 Nummer 3 durch Apothekerinnen und Apotheker der versorgenden Apotheke von Gesundheitsdienstleistern und -dienstleisterinnen erbracht werden. [...]***

Abschließend ist zu diesem RefE festzuhalten, dass die Verantwortungsübertragung für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung an beruflich Pflegende sowohl für kardiovaskuläre Erkrankungen als auch für andere relevante NCDs bislang nicht in angemessenem Umfang und entsprechend der erworbenen Qualifikationsniveaus erfolgt. Pflegefachpersonen sind in diesen Handlungsfeldern zwingend mitzudenken, denn sie besitzen ein hohes Maß an pflegefachlichen und kommunikativen Fähigkeiten für die Entwicklung, Etablierung und Evaluation von Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.

Eine Neustrukturierung der Kompetenzen von Gesundheitsfachberufen und darauf aufbauend die sinnvolle Anpassung des Leistungsrechts muss in den Blick genommen werden. Benötigt werden langfristige Veränderungen zur Verbesserung der Qualität von umfassenden und systematisch festgelegten Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland, um vor dem Hintergrund tiefgreifender Veränderungen durch den demografischen Wandel in Deutschland und durch Globale Krisen den gesellschaftlichen Auftrag der Daseinsvorsorge zur Sicherung der Gesundheit der Bevölkerung in interprofessioneller Zusammenarbeit zu gewährleisten.

Berlin, 08.07.2024

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

Bosy-Westphal, A. & Müller, M. (2021). Ernährungsmedizin. S. 102-112. In Traidl-Hoffmann, C.; Schulz, C., Herrmann, M. & Simon, B. (Hrsg.). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Bund für Umwelt und Naturschutz Deutschland e.V. - BUND (2020): Arzneimittel in der Umwelt. Position 70. 1. Auflage. URL:

https://www.bund.net/fileadmin/user_upload_bund/publikationen/bund/position/position_arzneimittel.pdf

[Deutscher Pflegerat e.V. – DPR \(2024\). Anmerkungen des Deutschen Pflegerates e.V. \(DPR\) zu den „Vorläufigen Eckpunkten Pflegekompetenzgesetz. URL: https://deutscher-pflegerat.de/download/240118_dpr_bmg_eckpunktepapier_pflegekompetenzgesetz.pdf](https://deutscher-pflegerat.de/download/240118_dpr_bmg_eckpunktepapier_pflegekompetenzgesetz.pdf)

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR (2023a). Fokus auf Prävention und Rehabilitation und damit auf die Profession Pflege setzen. PM. URL: <https://deutscher-pflegerat.de/profession-staerken/pressemitteilungen/fokus-auf-praevention-und-rehabilitation-und-damit-auf-die-profession-pflege-setzen>

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR (2023b). Mehr Handlungsfähigkeiten und Stärkung der Gesundheitskompetenz nötig. PM. URL: <https://deutscher-pflegerat.de/profession-staerken/pressemitteilungen/mehr-handlungsfahigkeiten-und-staerkung-der-gesundheitskompetenz-noetig>

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR (2023c). Gemeinsame Erklärung Community Health Nurses und Gesundheitslotsen sichern künftige Versorgung. PM. URL: <https://deutscher-pflegerat.de/profession-staerken/pressemitteilungen/gemeinsame-erklaerung-community-health-nurses-und-gesundheitslotsen-sichern-kuenftige-versorgung>

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR (2022a). Community Health Nursing sichert die Gesundheitsversorgung. PM. URL: <https://deutscher-pflegerat.de/profession-staerken/pressemitteilungen/community-health-nursing-sichert-die-gesundheitsversorgung>

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR (2022b). Deutscher Pflegerat: Pflege muss generationenübergreifend gemeinsam handeln. PM. URL: <https://deutscher-pflegerat.de/profession-staerken/pressemitteilungen/deutscher-pflegerat-pflege-muss-generationenuebergreifend-gemeinsam-handeln?hl=Schulfach>

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR (2021). Krisenbewältigung ab sofort nur noch mit der Profession Pflege! PM. URL: <https://deutscher-pflegerat.de/profession-staerken/pressemitteilungen/krisenbewaeltigung-ab-sofort-nur-noch-mit-der-profession-pflege?hl=Schulgesundheitspflegende>

Gouni-Berthold, I. & Laufs, U (2024): Special aspects of cholesterol metabolism in women. Dtsch Arztebl Int 2024; 121: 401–6. URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/239776/Besonderheiten-des-Cholesterinstoffwechsels-bei-Frauen>

Jung, L. (2021): Public Health im Blick auf globale Umweltveränderungen. S. 27-32. In Traidl-Hoffmann, C.; Schulz, C., Herrmann, M. & Simon, B. (Hrsg.). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Rittger, H., Leistner, D.M., Hardt, R. et al. (2022): Cholesterinsenkende Therapie bei älteren Patienten. Kardiologie 16, 456–465 (2022). URL: <https://doi.org/10.1007/s12181-022-00575-Z>

US Preventive Services Task Force (2022): Statin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA; 328(8): 746–753. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2795521>