



Stellungnahme des fnb e. V. - zu den Stellungnahmen der Ärzteverbände DGfN e. V. und DN e.V. zum Dialyse-Pflege-Standard, DPS

Sehr geehrte Damen und Herren der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie e. V. (DGfN),
sehr geehrte Damen und Herren des Verbands Deutsche Nierenzentren e. V. (DN),

nach Veröffentlichung unseres DPS im Mai 2023 lag der Schwerpunkt unserer vorstandlichen Tätigkeit vor allem auf den internen Diskussionsprozessen unseres DPS-Vorschlages. Dieser ist nunmehr, nach unserer Klausur zum Jahreswechsel, im Wesentlichen abgeschlossen.

Wir freuen uns über die überaus breite und grundlegende Zustimmung unserer Mitglieder sowie über deren zahlreiche Verbesserungs- und Ergänzungsanregungen.

Dementsprechend wird derzeit unser DPS noch überarbeitet und etwas gestrafft.

In den Diskussionen und Stellungnahmen aus den Reihen unserer Mitglieder gab es nicht eine einzige Stimme, die nur den geringsten Zweifel angemeldet hätte an der (uns selbst ermächtigenden) Erstellung unseres DPS, an seiner Notwendigkeit, Dringlichkeit, nicht an irgendeiner seiner Grundaussagen zu unserem Selbstverständnis von Pflege noch an irgendwelchen Darlegungen zur grundlegenden Differenziertheit und Einheitlichkeit des dargestellten Pflegeprozesses insgesamt.

Umso mehr bedauern wir Ihre bisherigen Stellungnahmen vom August und von November 2023, welche unseren DPS nicht als „*eigenständigen Dialyse-Pflege-Standard*“ anerkennen möchten, uns vielmehr aufforderten, ihn „*zurückzuziehen*“.

Um es daher vorweg noch einmal in aller Klarheit und Deutlichkeit zu sagen:

Der fnb wird an dem DPS „als Standard“ für die Pflege in der Dialyse festhalten, ihn keinesfalls zurücknehmen. Wir gehen davon aus, dass wir uns über die weitere Zusammenarbeit bezüglich unseres Pflegestandards verständigen werden können - findet sie doch zwischen uns allen, Ärzte und Pflegenden, praktisch täglich zigtausendfach statt. Dazu sind vorhandene Auffassungsunterschiede in der grundlegenden Haltung gegenüber unserem DPS zu klären, möglichst auszuräumen, um unseren Fokus gemeinsam auf die notwendigen, sachlich möglichen Übereinstimmungen der Zusammenarbeit richten zu können, im Interesse unserer gemeinsamen Mitglieder, im Sinne unserer gemeinsamen Patienten.

Im Folgenden gehen wir auf die beiden uns vorliegenden Antworten vom 1. Aug. (DGfN und von Nov. 2023 erschienen in „*Nephrologie aktuell*“ (DN e.V.)) ein, die wir, um der Transparenz der Auseinandersetzung willen, als Anlagen unserer Stellungnahme beifügen.

(Zur Klarstellung:

In der „Stellungnahme des DN e.V. von Nov. 2023 zum Dialysepflegestandard des fnb e.V.“ heißt es: Der DN e.V. habe „*gemeinsam mit der Patienten-Heimversorgung (PHV) und dem KfH Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V. eine Stellungnahme zu diesem Positionspapier verfasst und*



die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) als Fachgesellschaft nachdrücklich aufgefordert, auf den fnb einzuwirken, das publizierte Papier als 'Standard' zurückzuziehen – bisher ohne Erfolg.“ (s. Stellungnahme von Nov. 2203)

Jene gemeinsame Stellungnahme der angeführten Verbände von DN e.V., PHV und KfH, in der die DGfN „aufgefordert“ sei, auf uns „einzuwirken“, unseren Standard „zurückzuziehen“, liegt uns nicht vor. Wir nehmen jedoch an, dass es darauf angesichts der klaren Stellungnahmen in den beiden uns vorliegenden nicht weiter ankommt.)

I. Der DPS - „als Positionspapier“?

Der DPS wird in ihren beiden Stellungnahmen in aller Ausdrücklichkeit „als Standard“ nicht anerkannt, sondern nur „als Positionspapier“ angesehen (s. beide Stellungnahmen).

1) Immerhin - ein „Positionspapier“!

Insbesondere in der ersten Stellungnahme der DGfN von Aug. 23 werden von Ihnen selbst wesentliche Gründe angeführt zur Bedeutung der Pflege in Hinblick auf die

- „*deutlich zugenommene ...Komplexität in der pflegerischen Versorgung als auch die Heterogenität in der Breite der an der Pflege beteiligten Berufsgruppen ...*“;

- „*Erweiterung des Dialysestandards um die pflegerischen Aspekte der Hämodialyse und Peritonealdialyse ...in zahlreichen Aspekten...*“;

- „*wichtige Aufgabe...verstärkt für den Beruf der Dialysepflege zu werben und Maßnahmen zu unterstützen, die zur (Weiter-)Qualifizierung von Medizinischen Fachangestellten ...führen.*“

- und: „*Gerade auch im Hinblick auf die Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen Dialyseversorgung sieht die DGfN die Notwendigkeit, pflegerischen Aspekten ... einen deutlich breiteren Raum einzuräumen,*“

Sind dies nicht Feststellungen und Gründe, die bereits Ausdruck in unserem DPS finden bzw. ihn noch weiter begründen und daher viel mehr noch Sinn und Zweck der „Positionen“ unseres DPS „als Standard“ untermauern? Und wir fragen uns, wenn hier derart der Bedeutungszuwachs der Pflege in Sachen grundlegender Qualität und Quantität konstatiert ist, warum diese nicht schlicht wie sonst üblich „als Standard“ beschrieben sein sollten?

2) Dennoch, der DPS - nur „Positionspapier“?

Ihre Argumentation:

a) Mangelnde „Konsentierung“?

Nur „Positionspapier“, „*da dies einer Konsentierung unter allen an dessen Erstellung beteiligten Personen und Organisationen einschließlich des Vorstands der DGfN bedarf*“, so dass „*die DGfN ... den 'DPS' weder als eigenständigen Standard für die Pflege ...noch als Ergänzung oder Erweiterung des ... Dialysestandard der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie anerkennen kann.*“ (DGfN von Aug. 2023)



Widerspricht denn eine noch mangelnde bzw. noch ausstehende „Konsentierung“ seitens der an der Dialyse „beteiligten Personen und Organisationen“ der Aufgabe, einen einheitlichen Qualitätsstandard zu erstellen? Voraussetzung ist doch zunächst überhaupt die „Erstellung“ eines solchen. Und wer soll denn zu einer solchen Initiative prädestinierter sein als die Pflegenden selbst?

Versteht sich nicht eigentlich von selbst, dass die Erarbeitung eines „Standard“ vor allem und allen originär Sache derjenigen ist, die seit Jahrzehnten mit Erkenntnissen aus Theorie und Praxis in der Pflege der Dialysetherapie arbeiten und die wohl am ehesten auch wissen, worauf es im Prozess der Pflege und der Pflegequalität ankommt?

Sie, die Mitglieder des fnb, übernehmen mit ihrem Standard ganz bewusst ihre gesellschaftliche (Selbst-)Verantwortung, stellen sich mit ihrem Standard bewusst der öffentlichen Diskussion und wollen sich dementsprechend auch in die Pflicht nehmen lassen seitens ihrer Patienten und ja, auch ganz im Interesse des „Gemeinwohls“ (Stellungnahme Nov. 2023). Daher ist uns selbstverständlich auch sehr wohl bewusst, dass Standards, verstanden als berufliche Selbstverpflichtung, Auswirkungen haben können auf Beurteilungen von Rechts wegen.

b) Mangelnde „Zustimmung“?

„Definitionsgemäß ... fußt ein Standard auf einer einheitlichen Anerkennung; er wird unter Beteiligung aller interessierten Parteien entwickelt, mit dem Erfordernis einer gemeinsamen Zustimmung...“ (DN e.V.)

Ja, wenn es nicht nur darum geht, irgendwelche Meinungs-„Positionen“ zu erarbeiten, die Frau Hinz oder Herr Kunz je nach dem mal bejahen oder verwerfen kann, sondern um „Positionen“, die, verbindlich, in der Tat „als Standard“ Geltung haben sollten. Eben weil sie von grundlegender Bedeutung sind und entscheidende Gründe eine „gemeinsame Zustimmung“ erfordern bzw. ermöglichen. Ja, und deshalb sollten sie „einheitliche Anerkennung“ finden, Anerkennung um ihrer Allgemeingültigkeit willen.

In eben diesem Sinne sind die „Positionen“ unseres DPS erarbeitet, von Anfang an, ganz bewusst auf ihren Standard-Charakter ausgerichtet und dementsprechend „als Standard“ zur Diskussion gestellt. So sind wir nunmehr, nach Anerkennung und Annahme des DPS durch unsere Mitglieder, derzeit in der Phase seiner öffentlichen Auseinandersetzung - als Standard!

II. Warum der DPS nicht „Standard“ sein darf?

Ja, man hat uns nach der Stellungnahme vom 1. Aug. 2023 eingeladen. Wozu?
„Der fnb e.V. wurde zur aktiven Teilnahme an der Weiterentwicklung des Dialysestandards der DGfN eingeladen, wobei das mit pflegerischer Expertise entwickelte 'DPS'-Positionspapier des fnb e.V. als Arbeitsgrundlage für die Weiterentwicklung des Dialysestandards dienen kann.“

Und weiter, denn: *„Gerade auch im Hinblick auf die Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen Dialyseversorgung sieht die DGfN die Notwendigkeit, pflegerische Aspekten im Dialysestandard (der DGfN, d. Verf.) einen deutlich breiteren Raum einzuräumen.“*



In der Nov.-Stellungnahme unterbleiben mittels diverser Pauschalbehauptungen Würdigungen dieser Art gänzlich. Als „Fazit“ wird daher der DPS nicht nur „als ‚Standard‘ nicht anerkennt“, sondern mittlerweile ist man überhaupt „mit dem Positionspapier des DPS nicht einverstanden“:

„F a z i t:

Der Verband Deutsche Nierenzentren e.V. ist mit dem Positionspapier des fnb nicht einverstanden und erkennt es keineswegs als 'Standard' in der Dialyse an!“

Ergo: Was nicht sein darf, nicht sein kann.

In den Auseinandersetzungen um den DPS ging es offenbar von vorneherein nicht um die Frage, DPS - Anerkennung „als Standard“ oder nicht, sondern um die:

1) Exklusivität schlechthin bzgl. „Standard“

Pflegekräfte sind schlichtweg zur „Erstellung“ von „Standards“ nicht autorisiert. Nicht ihnen steht es in der Dialyse zu, „Standards“ zu setzen.

Offenbar ist es herrschende Auffassung der Ärzte-Vertretungen der NET, dass die Bezeichnung, der Begriff „Standard“ in der Dialyse exklusiv dem „Dialysestandard der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie“, DGfN, vorbehalten ist. Es geht Ihnen bei den „Standards“ für die Pflege um die „Weiterentwicklung“ *Ihres* eigenen DGfN-Dialysestandard, ausdrücklich um *dessen* notwendige „Ergänzung oder Erweiterung“ (Stellungnahme von Aug.) Ein Pflege-Standards somit ausschließlich Ärzte-Sache.

Daher, welch dreiste Anmaßung eines fnb, zu eigener Standardgebung sich selbst zu ermächtigen, von sich aus für die eigne Arbeit selbst eigene Qualitätsmaßstäbe zu setzen – unmöglich! Mit einer solchen ausschließenden, monopolistischen Grundhaltung ist das Vorgehen des fnb logischer Weise unvereinbar.

2) Ein grundlegendes Eingeständnis

Die „Weiterentwicklung des Dialysestandards“ aufgrund der „Notwendigkeit, pflegerischen Aspekten im Dialysestandard einen deutlich breiteren Raum einzuräumen“, wozu „das mit pflegerischer Expertise entwickelte ‚DPS‘-Positionspapier als Arbeitsgrundlage ... dienen kann“.

In der Tat, wenigsten als „Arbeitsgrundlage“ braucht man „das mit pflegerischer Expertise entwickelte ‚DPS‘-Positionspapier“. Wie wahr, denn wirft man einen Blick in den Dialysestandard der DGfN (von 2016, aktualisierte Fassung vom 17.02.2022), finden sich unter den insgesamt 68 Seiten Beschreibung des Dialyseprozesses lediglich ganze zwei Seiten, auf denen die Pflege in Hinblick auf das erforderliche „Pflegepersonal“ abgehandelt ist: die „Anforderungen an die Qualifikation des Pflegepersonals“ und an den „Quantitativen Personalbedarf“ (s. Übersicht des „Dialysestandard“ der DGfN). Was also bisher an Pflege interessierte: das notwendig für die Dialyse zur Verfügung zu stellende „Pflegepersonal“! Bedeutet?



3) Der „Pflegeprozess“ - eine „ärztliche Leistung“?

In der Stellungnahme von Nov. 2023 steht zu lesen:

„Die chronische Dialysetherapie ist eine ärztliche Leistung, die an das Personal....übertragen werden kann,“

Werden hier nicht Dialyseprozess und „ärztliche Leistung“ formell in eins gesetzt? Ist nicht auf diese Art und Weise der Pflegeprozess, deklariert als „ärztliche Leistung“, auf diese reduziert, so dass der Pflegeprozess als essentieller Bestandteil des Dialyseprozesses unter der Hand unter „ärztliche Leistung“ subsumiert, annulliert, für nichtig erklärt ist? Als ob eine „ärztliche Leistung“ alles und die ganze praktische Realisierung des Dialyseprozesses durch die Vielzahl der qualifizierten Pflegekräfte so gut wie nichts ‚gelte‘? (doch wohl ganz entsprechend dem kassenrechtlichen Abrechnungsmodus) Die Pflegenden so - Ausführungsorgan der Ärzte, ausführende Erfüllungsgehilfen „ärztlicher Leistung“? Fragen, die sich selbst beantworten.

Bedeutet?

4) Resümee - Missachtung unserer gemeinsamen Standards

Mit der Nichtanerkennung unseres DPS „als eigenständigen Standard“ (Stellungnahme von Aug.) ist zugleich die praktische Pflege insgesamt, der ganze Pflegeprozess als eine eigenständige Profession nicht anerkannt; es werden ihr auf diese Weise die Kompetenz und damit ihre originäre Zuständigkeit auf eine Qualitätsstandardisierung ihrer eigenen Tätigkeit abgesprochen.

Wir bitten sie, sehr geehrte Damen und Herren des DN e.V. und der DGfN e. V., unseren DPS sich noch einmal zur Hand zu nehmen.

Einführend betonen wir unser aller *„gemeinsamen Anspruch“, „gemeinsame Verpflichtung“* und ja, *„im Grunde“* unser aller *„gemeinsames Bedürfnis nach Menschlichkeit“, „sorgend“, pflegend und heilend für erkrankte, bedürftige Menschen da zu sein, was für unsere berufliche Grundhaltung maßgebend sein sollte,“* (S. 15). Es kam uns darauf an, dass diese unsere „Grundhaltung“ ihren konkreten Ausdruck in den beschriebenen Qualitätsmaßstäben unserer Pflgetätigkeit sich widerspiegelt. Dazu gehört unser Anliegen und Anspruch an uns selbst, nicht nur in jeder Hinsicht einen respektvollen Umgang mit Patienten zu pflegen, sondern gegenüber jederfrau/ -mann. In unserem DPS ist ein solches der Grundhaltung entsprechendes Verhalten wesentlich „als Standard“ gesetzt, übersetzbar auch mit grundsätzlichen Haltungen wie partnerschaftlicher Gleichberechtigung und Wertschätzung, Kommunikation auf Augenhöhe, Kollegialität etc. (vgl. dazu auch DPS Teil C, 1.4., den letzten Abs., S. 47).

Wir sehen in Ihren Positionen bezüglich unseres DPS gerade auch diese Standards missachtet. Wir sehen darin zudem eine mangelnde Anerkennung bzw. eine Missachtung der Autonomie unseres Fachverbandes, verbunden mit einer Desavouierung und Diskreditierung unseres Verbandes schlechthin.

Wir nehmen allerdings an, dass Sie wie insbesondere auch die zahlreichen Mitglieder Ihrer Verbände diese hier angemahnten Positionen ebenfalls auch als Ihre und damit als unsere



gemeinsamen Standards teilen, so dass wir doch gemeinsam den Anspruch haben, diesen Grundhaltungen gemäß mit einander umzugehen.

III. Zusammenarbeit - Grundlage, Ausgangspunkt und mögliche Übereinstimmungen

Auf dieser Grundlage streben wir Konsens, Zusammenarbeit an.

1) Grundlage

Mehr noch, wir halten eine solche – worauf auch Sie in Ihren Darlegungen „zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen Dialyseversorgung“ auch „in pflegerischen Hinsichten“ hinweisen (s.o.) - für eine dringend gebotene Notwendigkeit.

a) Verweis auf unseren DPS

Wir verweisen hierbei besonders auf unseren letzten Abschnitt in unserem DSP unter 1.4, S. 46, 47: „*Entscheidend, unsere gemeinsame Praxis.....zusammen mit unseren Ärzte-KollegInnen*“

Dabei gehen wir allen Ernstes davon aus: „*Am Dialyse-Pflege-Standard gibt es nichts, was nicht auch im Sinne der originären beruflichen Interessen und Bedürfnisse der ärztlichen KollegInnen wäre.*“

Und wo unterschiedliche Auffassungen vorhanden sind, ist „*das Erfordernis gemeinsamer Zustimmung*“ (Ihre Stellungnahme von Nov. 2023) unser Ziel.

b) Verweis auf das Pflegeberufegesetz

Dies Gesetz darf nicht außer Acht gelassen bleiben. Die Dialyse ist keine „pflegefreie Leistung“. Die gesetzliche Regelung gemäß den § 4 i.V.m. § 1 Pflegeberufegesetz besagt, dass pflegerische Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozesses ausschließlich von Personen mit entsprechender Erlaubnis durchgeführt werden dürfen (vgl. PflBG §4, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nr. 49, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2017, Anlage).

Der gesetzlichen Regelung ist zu entsprechen.

2) Ausgangspunkt

Der Dialysestandard der DGfN ist ein Standard von Ärzten für Ärzte, unser DPS ein Standard von und für Pflegende. Im Dialysestandard des DGfN fehlt gänzlich die qualitative und quantitative Darstellung des Pflegeprozesses, welcher Gegenstand, Kern- und Hauptsache unseres DPS ist, umgekehrt im DPS gänzlich die ärztlich-medizinisch-technische. Der Dialyseprozess als solcher ist mithin von beiden Standards unvollständig dargestellt. Die unterschiedlichen Kompetenzen in Bezug auf die Arbeitsprozess Qualität der Dialyse können sich nur komplementieren, kompensieren.

a) inhaltlich

Die jeweilige Arbeitsprozessbeschreibung ist zugleich die Grundlage für die Anforderungen an die Qualität und Quantität der Mitarbeiter, an die jeweils abgestuften Anforderungen an



sie und diese wiederum sind zugleich Grundlage für die dementsprechend zu differenzierenden, abgestuften Curricula usw..

Wir können uns also durchaus einen einheitlichen, gemeinsamen Dialysestandard ärztlicher und pflegerischer Leistungen vorstellen.

b) formell-organisatorisch

Ungeachtet dessen behalte der Urheber seines Standards das erste wie auch das letzte Wort bezüglich Entscheidungen über den seinen mit dem gemeinsamen Ziel, das Maximum an Gemeinsamkeiten auszureizen. Insoweit würde zugleich ein gemeinsames Qualitäts-Maximum im Sinne unserer gemeinsamen Patienten erreicht werden können.

Dabei ergäbe sich unweigerlich die Frage nach der formalen, formellen, zu organisierenden bzw. organisatorischen Seite dieser Zusammenarbeit. Bei gutem Willen wird sie sich aus der Zusammenarbeit entwickeln. Wir sind überzeugt, dass sich Formen organisierter Zusammenarbeit unter der genannten gemeinsamen Zielsetzung (s.o.) finden würden.

3) Mögliche Übereinstimmungen, gemeinsame Aufgaben

Bereits in den bisherigen sachlichen Besprechungen mit Ihnen ergaben sich zu wesentlichen anstehenden Erfordernissen der Dialyse partielle Übereinstimmungen:

z.B. bzgl. der MFA-D als personalsichernde Maßnahme der NET

Wir sehen es genau so, dass MFA's in der Dialyse wertvolle KollegInnen sind und im Sinne der erforderlichen Verfügbarkeit (und Wirtschaftlichkeit) eingesetzt werden sollten. Unstrittig ist auch die notwendige Zusatz-Qualifikation MFA-D gemäß Bundesärztekammer, in deren Fortbildung unweigerlich auch einen Teil die pflegerischen Komponente ausmachen. Dass speziell dabei eine unangemessene Gleichstellung mit Pflegekräfte zu beachten bzw. den Vorbehalten des Pflegeberufgesetzes zu entsprechen ist, ist bereits ausgeführt (s.o., II,1),b).

z.B. bzgl. des Stufenkonzepts unterschiedlicher Berufsgruppen

Der Pflegebedürftigkeit nierenkranken Menschen während der Dauer der Dialyse zu entsprechen ist Sache der Pflege. Gleichwohl können generell verschiedene Berufsgruppen die notwendige Pflege assistierend durchführen, sofern und solange sie in der Verantwortung von examinierten Pflegefachkräften tätig sind, s. Pflegeberufgesetz.

z.B. bzgl. einer Studie zur Einschätzung des Pflegeaufkommens, der Pflegeleistungsfähigkeit

Dabei geht es vor allem um die brisante Problematik des quantitativen Personalbedarfs gemäß der Schwere der Nierenerkrankten, deren Pflegebedürftigkeit, und dementsprechend um einen abgestuften Personalbedarf mit, ja, einer Personaluntergrenze bzw. Mindestbesetzungsgrenze, wie wir sie, restriktiv, in unserem DPS gezogen haben (s. DPS S. 31 f.). wohl wissend um die Bezweifelbarkeit, Streitbarkeit und insbesondere um die noch mangelnde wissenschaftliche Evidenz derselben. Darauf haben Sie hingewiesen, zu Recht. Demgemäß haben wir uns auf die folgende Fußnote in unserem DPS geeinigt:



„Aufgrund der aktuell noch niedrigen Evidenz- bzw. Studienlage ist das Patienten-Personal-Verhältnis als Empfehlung auf empirischer Basis zu werten (Evidenzgrad V)“.

Angesichts dieses Mankos sahen wir uns schlussendlich veranlasst, eine solche Erhebung mittels einer Befragung unser Mitglieder in Bezug auf ihre Erfahrungen zu dieser Problematik durchzuführen. Die Studie ist noch nicht abgeschlossen. Nach einem bereits vorliegenden Zwischenergebnis bestätigen sich die empirischen Annahmen, von denen wir in unserem DPS ausgegangen waren. Zwischenergebnis, weil es noch nicht hinreichend den Maßstäben wissenschaftlicher Evidenz entspricht, weshalb wir im Begriff sind, die Studie erweiternd und vertiefend zu fundieren.

z.B. sonstige „weiter anstehende Aufgaben“

Wir verweisen hierbei auf die in unserem DPS noch weiter angesprochenen, s. DPS, Teil C, 1.3, a) - e). Für weitere Themen sind wir selbstverständlich jederzeit aufgeschlossen.

Was die weiteren Besprechungen zwischen uns betrifft, schlagen wir vor, dass diese jeweils beizeiten anberaumt werden und die jeweiligen Besprechungspunkte früh genug abgesprochen und vorbereitet werden können.

Wir haben nunmehr in einer außerordentlichen Weise Ihre Aufmerksamkeit, Ihre Geduld und Ihr Verständnis strapaziert, und danken Ihnen dafür. Sehen Sie bitte darin noch einmal unseren Anspruch und unbedingten Willen zur wertgeschätzten Zusammenarbeit mit Ihnen um „gemeinsame Standards für die NET“, die uns ermöglichen, unseren gemeinsamen „einheitlichen, normen- und wertebasierten Ansprüchen gerecht werden zu können“ (s. DPS, Anfang, S. 15 und letzter Absatz, letzte Zeilen, S. 47).

Mit freundlichen Grüßen

Essen, 07. Februar 2024

Ina Wiegand-Szramek
(1. Vorsitzende)

Matthias Eikelmann
(2. Vorsitzender)

für den Vorstand Fachverband nephrologischer Berufsgruppen e. V.

Anlagen:

1. Stellungnahme DGfN e. V.
2. Stellungnahme DN e. V.
3. Auszug Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nr. 49, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2017, Seite 1-3
4. DPS als Weblink: <https://www.nephro-fachverband.de/content/5-publikationen/1-dialyse-pflege-standard-fuer-die-nierenersatztherapie/dialyse-pflege-standard-fuer-die-nierenersatztherapie.20230511.pdf>