

**Antworten des Deutschen Pflegerates e. V.
zu den Leitfragen des Fachgespräches
des Bundesministeriums für Gesundheit:
Sicherstellung primärversorgender Strukturen und
Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsbereichen
im Nachgang zum 18. März 2026**

Der Deutsche Pflegerat (DPR) bedankt sich außerordentlich für die Möglichkeit, im Nachgang des Fachgespräches des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom 18. März 2026 zur „Sicherstellung primärversorgender Strukturen und Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsbereichen“ schriftlich Antworten zu den diskutierten Leitfragen einreichen zu können.

[In der Reihenfolge der Agenda vom 18. März 2026](#)

I. Etablierung primärversorgender Strukturen und Einbeziehung von nicht-ärztlichem Gesundheitspersonal

Leitfrage 1:

Bedarf es zu einer flächendeckenden Umsetzung eines leistungsfähigen und effizienten Primärversorgungssystems veränderter Praxisstrukturen oder größerer Versorgungseinheiten in der hausärztlichen Versorgung und welche Chancen und Herausforderungen wären damit verbunden?

DPR-Antworten zu Leitfrage 1:

- Hinweis des DPR zu Begrifflichkeiten: die Unterscheidung in „ärztliches Gesundheitspersonal“ und „nicht-ärztliches Gesundheitspersonal“ führt immer wieder zu Irritationen und wird in der Diskussion um eine interprofessionelle Zusammenarbeit eher als spaltend als verbindend wahrgenommen. Hilfreicher wäre es, ggf. von „weiteren Gesundheitsfachberufen“ zu sprechen.
- Aus Sicht der DPR braucht es eindeutig neue Strukturen von Versorgungseinheiten → interprofessionell ausgerichtete Versorgungseinheiten.
 - Rein „ärztlich zentrierte“ Versorgungsstrukturen werden aus DPR-Sicht, auch Studien und Berichte des Sachverständigenrates belegen dies, nicht mehr zukunftsfähig sein.

- Eine Zentrierung auf Ärzte / Hausärzte wird unweigerlich noch intensiver eine „Nadelöhr-Situation“ provozieren.
- Die derzeit diskutierten Versorgungsmodelle basieren in erheblichem Maße auf Delegationsstrukturen. Die Annahme, dass durch die Einbindung delegationsgebundener Assistenzberufe Effizienzgewinne und Versorgungsverbesserungen erzielt werden können, ist wissenschaftlich nicht hinreichend belegt.
- Die internationale Versorgungsforschung zeigt vielmehr, dass nachhaltige Verbesserungen insbesondere dort erreicht werden, wo Aufgaben nicht lediglich delegiert, sondern im Rahmen klar definierter Kompetenzbereiche substituiert werden. Entscheidend ist hierbei, dass diese Tätigkeiten eigenverantwortlich und auf Grundlage eines klar geregelten rechtlichen Rahmens erfolgen. Delegationsorientierte Modelle verbleiben hingegen innerhalb hierarchischer Strukturen und können daher die Potenziale einer echten Kompetenzverlagerung nicht ausschöpfen.
- Für eine leistungsfähige Primärversorgung bedeutet das: Nicht die Ausweitung ärztlich gebundener Assistenzstrukturen, sondern die gezielte Stärkung eigenverantwortlicher pflegerischer Rollen ist ein tragfähiger Weg.
- Aus DPR-Sicht sind standardisierte Prozesse für Erstkontakte, eine systematische „Steuerung“ von Patient:innen im Versorgungssystem sowie ein transparentes Schnittstellenmanagement erforderlich, um lückenlose Versorgungspfade sicherzustellen. Digitalisierung kann hier eine wichtige und effiziente Unterstützung sein. Allerdings können digitale Tools und KI einen „menschlichen Erstkontakt“ nicht ersetzen.
- Ganz konkret kann eine Advanced Practice Nurse (APN) in der Primärversorgung der Erstkontakt für Patient:innen sein – zur Identifizierung, was genau und welche weiterführenden Interventionen ein Patient / eine Patientin benötigt
 - Ärztliche Intervention
 - Beratung
 - Prävention
 - Sozialberatung mit Sozialarbeiter:innen
 - Psychologische Intervention
 - Nachsorge
 - Eine Rehabilitation
 - Eine niedrigschwellige Behandlung oder eine Verordnung (Folgeverordnung), die eine APN bereits eigenständig durchführen kann
- Primärversorgungseinheiten sollten an Orten eingerichtet werden, die leicht erreichbar sind und Menschen ohne Termin einen Erstkontakt erhalten; mit Öffnungszeiten 24/7.
- Geburtshilfe / Hebammen
 - Eine starke Primärversorgung braucht Hebammen als festen Bestandteil – flächendeckend, niedrigschwellig und gut vernetzt.
 - Hebammen sind eine vollakademisierte Berufsgruppe, die die Versorgung und Gesunderhaltung der Frauen in Schwangerschaft, unter der Geburt und im Wochenbett berufsrechtlich eigenständig übernehmen können.

- Das geht sowohl in Primärversorgungszentren, als aufsuchend-ambulante Tätigkeit, aber auch als Versorgungseinheiten innerhalb der Kliniken (z.B. Hebammenkreißsaal mit Betreuungskonzept für Wochenbettambulanzen etc.).
- Es gibt immer weniger Gynäkologen, sowohl in Kliniken als auch als niedergelassene Ärzte - und sogar noch weniger in strukturschwachen Gegenden.
- Schon heute sicheren Hebammenpraxen und Geburtshäuser vielerorts eine wohnortnahe Betreuung.
- Bund, Länder und Kommunen haben in den letzten Jahren vielfältige neue Modelle gefördert (Hebammenzentralen, Hebammenzentren, Koordinationsstellen).
- Trotz dieser Fortschritte bleibt das Potential der Hebammenarbeit in der Primärversorgung noch immer weitgehend ungenutzt und kann viel besser erschlossen werden.

Leitfrage 2:

Wie kann die Primärversorgung in den hausärztlichen Praxen künftig bestmöglich auf mehrere Berufsgruppen verteilt werden? Welchen Beitrag kann hierzu eine stärkere Einbindung von nichtärztlichem Praxispersonal bzw. eine Primärversorgung im Praxisteam leisten? Welche Rahmenbedingungen wären erforderlich mit Blick auf berufsgruppenübergreifende Aufgabenverteilung (multiprofessionelle Teams) und einen verringerten personellen Einsatz von Ärztinnen und Ärzten?

DPR-Antworten zu Leitfrage 2:

- Der DPR hält die konsequente Weiterentwicklung von hausärztlichen Praxen hin zu multiprofessionellen digital-gestützten Primärversorgungssystemen für künftig erforderlich.
- Die Möglichkeit einer digitale Ersteinschätzung sowie Erstkontakte mit dem Ziel der Patient:innensteuerung durch andere Gesundheitsfachberufe werden Praxen und Ärztinnen/Ärzte und damit die gesamte Versorgungssituation entlasten.
- Die Rolle von Pflegefachpersonen als zentrale Akteure in einer stärker patientenorientierten, wohnortnahen Versorgung entspricht den aktuellen gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen und unterstreicht die Notwendigkeit, pflegerische Kompetenzen systematisch auszubauen und stärker in Versorgungsprozesse zu integrieren.
- Für erforderlich hält der DPR Primärversorgungsstrukturen,
 - in denen verschiedene Gesundheitsfachberufe koordiniert auf Augenhöhe zusammenarbeiten und
 - Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen eigenständig Verantwortung übernehmen und eigenverantwortlich Leistungen erbringen
 - mit der Befugnis zur eigenständigen Heilkundeausübung können Leistungen nach ärztlicher und pflegerischer Diagnose durch Pflegefachpersonen übernommen werden

- Mögliche Aufgaben von Advanced Practice Nurses (APN)
 - Standardmäßiger Erstkontakt / Erstabklärung und Einschätzung von Versorgungsbedarfen
 - Weitere Koordination und Steuerung – Schnittstellenmanagement
 - Kontinuierliche medizinisch/therapeutische Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und komplexen Unterstützungsbedarfen
 - Aufsuchende Versorgung und kontinuierliche Nachsorge
 - Ziel: Vermeidung von Klinikeinweisungen (von zuhause in die Klinik oder von dem Pflegeheim in die Klinik), Entlastung der Notaufnahmen, Reduzierung der Nutzung von Rettungsdiensten
- Mögliche Aufgaben von Community Health Nurses (CHN) / APNs
 - Zentrale Handlungsfelder sind die Primär-, Sekundär-, und Tertiärprävention, Gesundheitsförderung, Monitoring chronischer Erkrankungen und Koordination
 - Multimorbide Patient:innen profitieren von einer kontinuierlichen Betreuung durch qualifizierte Pflegefachpersonen
 - Populationsbezogene Bedarfserhebung und Mitwirkung an der kommunalen Versorgungsplanung
- Die bisherigen Erfahrungen aus PORT-Zentren zeigen,
 - dass interprofessionelle Primärversorgung mit erweiterten Rollen für Pflegefachpersonen praktisch umsetzbar und erfolgreich ist
 - solch erfolgreiche Projekte sollten dringend in die Regelversorgung überführt werden. (PORT, Robert-Bosch-Stiftung, seit 2017, 11 Initiativen: Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung)
- Leitung neuer Versorgungseinheiten:
 - Die Leitung eines PV-Zentrums sollte eine Person mit Führungs- und Managementkompetenz sowie einem Gesundheitsfachberuf auf Master-Ebene sein
 - Nicht jede Fachexpertin / jeder Fachexperte eignet sich für Führung und Management
- Aus Sicht des DPR muss ein künftiges Primärversorgungssystem auch aufsuchende Leistungen vorhalten:
 - Bedarfsgerecht aufsuchende Dienste
 - Auch hier „Verteilung auf mehrere Schultern“ – je nach Bedarf können unterschiedliche Gesundheitsfachberufe diese Aufgabe übernehmen
 - Ein konkretes Beispiel für „Nachsorge“: z. B. Kontrolle und Beratung bei Medikamenteneinstellung bei Personen, die nicht, oder nur unter schwersten Bedingungen in ein Primärversorgungszentrum kommen könnten (kein Aufzug, kein ÖPNV, Einschränkungen der Mobilität und/oder Sturzgefährdung)
 - Nicht jede Person, die nicht mehr mobil ist, hat z. B. einen Pflegegrad
 - „Kombinationsleistung“: präventiver Hausbesuch, körperliche Untersuchungen, Impfen, Check-up 70+, Beratung zu Ernährung, Hilfsmitteln, Wohnraum-anpassung, ...

Leitfrage 3:

Welchen Beitrag könnten Heilmittelerbringer bei einer Einbindung für ein Primärversorgungssystem leisten? Wie könnte eine Einbindung konkret aussehen? Welche Rahmenbedingungen wären für eine Einbindung von Heilmittelerbringern erforderlich?

Leitfrage 4:

Welchen Beitrag könnten Apothekerinnen und Apotheker zu einem Primärversorgungssystem leisten?

[DPR-Antworten zu Leitfrage 4:](#)

- Apothekerinnen und Apotheker können heute schon Blutdruck, Blutzucker messen und Impfen; strukturiert in ein transparentes Netzwerk ist das eine große Entlastung des Systems
- In einem zukünftigen interprofessionellen ambulanten Versorgungsnetzwerk sind sie ein wichtiger „Player“, gerade im Hinblick auf eine pharmakologische Beratung und Betreuung.

II. Zusammenarbeit und Schnittstellen zu anderen Versorgungsbereichen

Leitfrage 1:

Wie kann eine bestmögliche Zusammenarbeit zwischen der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung in einem Primärversorgungssystem gewährleistet bzw. unterstützt werden? Was ist hierfür erforderlich?

[DPR-Antworten zu Leitfrage 1:](#)

- Daten und Ergebnisse müssen dem interdisziplinären Team zur weiteren Versorgung zur Verfügung stehen.
- Die Zusammenarbeit zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung sollte standardisiert und transparent geregelt sein.
- Ein transparenter Informationsfluss sowie digital interoperable Dokumentationssysteme sind erforderlich.

Leitfrage 2:

Wie können Schnittstellen von der Primärversorgung zu weiteren Versorgungsbereichen, beispielsweise in Richtung der pflegerischen Versorgung oder in Richtung anderer Angebote (z.B. kommunale Unterstützungsangebote) ausgestaltet werden?

[DPR-Antworten zu Leitfrage 2:](#)

- Für wichtig erachtet der DPR den Einbezug von Primärversorgungszentren in die kommunale Versorgungsplanung
 - Gesundheitsdaten / Pflegedaten helfen den regionalen Versorgungsbedarf zu erkennen bzw. prospektiv zu erfassen
 - Beispiele: „wie krank ist die regionale Bevölkerung, welche Erkrankungen treten besonders häufig auf, wie alt sind die Menschen, welche chronischen Erkrankungen, welche Pflegebedürftigkeit liegt vor, ...“

- In der Kommune kann die Gesundheit- und Versorgungssituation eingeschätzt und entsprechend präventive Maßnahmen eingeleitet werden
- Prävention muss als elementarer Teil der Primärversorgung verstanden, gedacht und konkrete Maßnahmen entwickelt werden (spezifisch für die kommunale Population)
 - Mögliche Leistungserbringung durch APN / CHN:
 - Vorsorge- und Früherkennungsleistungen (Check-Ups, Angehörigenbelastungsassessments)
 - Präventive Hausbesuche; Prävention von Pflegebedürftigkeit
 - Verordnung von Hilfsmitteln
 - Beratung zu Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention
 - „Kombinationsleistung“: präventiver Hausbesuch, körperliche Untersuchungen, Impfen, Check-up 70+, Beratung zu Ernährung, Hilfsmitteln, Wohnraumanpassung, ...
- Ein Primärversorgungszentrum benötigt für eine bedarfsgerechte und flächendeckende Gesundheitsversorgung Schnittstellen zu und Austausch mit:
 - Einrichtungen der Langzeitpflege
 - Rettungsdienst
 - Ambulanten Pflegediensten
 - Krankenhäusern
 - Beratungsstellen (Suchtberatung, Sozialberatung etc.)

Leitfrage 3:

Wie kann die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern in der Versorgungssteuerung ausgestaltet werden und welche Schnittstellen sind dafür erforderlich? Welche Aufgaben können Krankenhäuser bei der Terminvermittlung oder im Falle fehlender Termine übernehmen?

DPR-Antworten zu Leitfrage 3:

- Schnittstellen müssen digitalisiert und interoperabel gestaltet werden
- Versorgungsstrukturen im Krankenhaus müssen nachstationäre Bedingungen in der Region kennen und ihr Versorgungsangebot sowie ihr Entlassmanagement danach ausrichten → dies kann in enger Verbindung zu einer regional tätigen APN möglich werden, die die Versorgungsbedarfe der Region im Blick hat

III. Sicherstellung der Versorgung

Leitfrage 1:

Was gilt es bei der Etablierung eines Primärversorgungssystems mit Blick auf die besonderen Bedingungen strukturschwacher und/oder ländlicher Räume zu beachten? Sind Anpassungen bei der Bedarfsplanung erforderlich?

DPR-Antworten zu Leitfrage 1:

- Für eine effiziente Primärversorgung benötigt es
 - Regionale Daten der Population und der Gesundheitssituation

- Darauf aufbauend können konkrete Angebote und aufsuchende Leistungen so gestaltet werden, dass sie den Bedingungen v.a. strukturschwacher und/oder ländlicher Räume entsprechen
- Vor allem in strukturschwachen und/oder ländlichen Räumen können akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen wie CHN mit eigenständigen Befugnissen die Versorgungssituation entlasten.
- Teletechnische Angebote wie Telepflege oder Telemedizin können zu einer wichtigen und hilfreichen Ergänzung zu mobilen und stationären Versorgungsangeboten ausgebaut werden.

Leitfrage 2:

Welche Maßnahmen sind zielführend, um die Arbeit in primärversorgenden Berufsbildern attraktiver zu machen? Wie können die aktuell freien Sitze bei den Hausärzten und Hausärztinnen kurzfristig bis mittelfristig besetzt werden?

DPR-Antworten zu Leitfrage 2:

- Pflegewissenschaftliche Studiengänge (Bachelor und v.a. Master) können zeitnah aufgebaut werden, um das benötigte Pflegepersonal zu qualifizieren
- Übergangsregelungen für Pflegefachpersonen mit Fachweiterbildungen (landesrechtlich geregelt oder entsprechend der bundesweit einheitlichen Empfehlungen der DKG) sollten zeitnah geschaffen werden: Anerkennung von Fachweiterbildungen in einem Übergangszeitraum als Bachelor-Niveau
- Bürokratiearme und schlanke Kompetenzfeststellungsverfahren für Leistungserbringung
- Schaffung der rechtlichen und leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen
- Überführung von Projekten in die Regelversorgung

Leitfrage 3:

Wie können telemedizinische Leistungen und andere digitale Elemente die Gewährleistung einer guten Versorgung in ländlichen Räumen unterstützen? Wie müsste dafür der regulatorische Rahmen angepasst werden?

DPR-Antworten zu Leitfrage 3:

- Telepflege: Zeitnahe Möglichkeit von Beratung von Pflegebedürftigen und An-/Zugehörigen – großes Potenzial für eine sichere Versorgung v.a. in strukturschwachen Gebieten.
- Sie ist allerdings nur für Patient:innen geeignet, die über eine gewisse Gesundheitskompetenz verfügen und entsprechend in der Lage sind, ihre gesundheitsbezogenen Fragen und Anliegen insbesondere digital zu kommunizieren.
- Pflegefachpersonen können Patient:innen identifizieren, die telemedizinisch versorgt werden können und solche, die eine zugehende Versorgung benötigen.

IV. Ausblick: Weitere Erfolgsfaktoren für das Gelingen der Reform

Leitfrage 1:

Welche konkreten Maßnahmen sind denkbar, um Akzeptanz und Verständnis der Reform bei den Patientinnen und Patienten zu fördern? Wie kann eine angemessene Einführung gestaltet werden?

DPR-Antworten zu Leitfrage 1:

- Modellprojekte zeigen bereits eindrücklich, wie positiv Versorgungsbedürftige neue Versorgungsstrukturen annehmen und verstetigt sehen wollen z. B. die der Etablierung von CHN.
- Patient:innen bzw. die versorgungsbedürftige Bevölkerung wünscht sich mehr Zugang und auch niederschwellige Versorgungsangebote, anstelle langer Wartezeiten bei Haus- und Fachärzt:innen oder in Notaufnahmen.
- Ein zeitnaher Erstkontakt und 24/7-Öffnungszeiten wären absolute Pluspunkte für die Bevölkerung, bei der der derzeit regulierte Zugang zu gesundheitlicher Versorgung zu enormem Stress führt, der sich zunehmend in Notfallaufnahmen zeigt.
- Gezielte persönliche Beratung und Zeit für Aufklärung führt zu einem höheren Commitment für notwendige Behandlungen und Therapien, v.a. bei Menschen mit Migrationshintergrund.
- Von der Politik sind echte Strukturreformen für eine Verbesserung des Gesundheitssystems angekündigt, die Bevölkerung ist zunehmend informiert, dass das deutsche System reformiert werden muss.
- Die Bevölkerung traut akademisierten Pflegefachpersonen ähnlich wie Ärzt:innen eine gute Versorgung zu, solche Ergebnisse sollten kommuniziert werden.

Hintergrund (Veröffentlichungen, Projekte)

- Cochrane Review von Februar 2026: Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch Pflegefachkräfte im Krankenhaus: Auswirkungen auf patientenbezogene, pflegerische und ökonomische Endpunkte
 - <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013616.pub2/information/de>
- Veröffentlichung der Bertelsmann Stiftung „Teamarbeit gegen den Ärztemangel“
 - Mehr Aufgabenübertragung auf andere Berufsgruppen wird von der Hausärzteschaft gewünscht und von der Bevölkerung mitgetragen – Patienten sind damit zufrieden
 - Aufgaben rechtssicher erweitern, moderne Praxisstrukturen befördern, Kultur der Zusammenarbeit weiterentwickeln
 - Vergütungssystem stärker auf Teamarbeit ausrichten
 - [SPOTLIGHT Gesundheit: Teamarbeit gegen den Ärztemangel](#)
- Bosch Health Campus – Forsa-Umfrage zum Thema Pflege 2023
 - U.a. eine Befragung: „*Wären Sie persönlich bereit, eine medizinische Ersteinschätzung von einer akademisch ausgebildeten Pflegefachperson vornehmen zu lassen?*“
 - 32% - ja, auf jeden Fall
 - 47% - eher ja
 - 73% der Befragten sind dafür, Pflegefachpersonen mit akademischem Abschluss mehr Verantwortung zu übertragen: med. Ersteinschätzung, körperl. Erstuntersuchung, Behandlung von Bagatellerkrankungen, Überwachung von Patient:innen mit stabiler chronischer Erkrankung
 - [Brief](#)
- FAMOUS: Forschungsprojekt der Katholischen Hochschule Mainz
 - Einsatz von Advanced Practice Nurses (APNs) in Hausarztpraxen im ländlichen Raum
 - [FAMOUS - Innovatives Forschungsprojekt der KH Mainz](#)
- Community Health Nursing an den DRK Kliniken Berlin Köpenick
 - [Community Health Nursing](#)
- Gemeindegesundheitspflege/Community Health Nursing, DRK Kreisverband Fläming-spreewald e. V.
 - [Gemeindegesundheitspflege - DRK-Kreisverband Fläming Spreewald e.V.](#)
- Robert Bosch Stiftung: PORT (Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung)
 - seit 2017, 11 Initiativen (Projekte)
 - [PORT Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung](#)
- GKV-SV Modellprogramm nach § 125a SGB XI)– Telepflege
 - Abschlussbericht voraussichtlich im ersten Quartal 2026
 - [Erprobung der Telepflege \(Modellprogramm nach § 125a SGB XI\) - GKV-Spitzenverband](#)

Berlin, April 2026

Kontakt

Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de

www.deutscher-pflegerat.de

Tel.: + 49 30 / 398 77 303