

Positionspapier

„Primärversorgung zukunftsfit gestalten – Pflegekompetenz konsequent einbinden“

Präambel

Die Primärversorgung ist der Ort, an dem gesundheitliche Versorgung für die Menschen unmittelbar erfahrbar wird: wohnortnah, niedrighschwellig, kontinuierlich und auf den Alltag der Patientinnen und Patienten mit ihren An- und Zugehörigen bezogen. Gerade angesichts des demografischen Wandels, zunehmender Multimorbidität, eines steigenden Unterstützungs- und Koordinierungsbedarfs sowie des Fachpersonalmangels kommt der Profession Pflege eine Schlüsselrolle für die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems in Deutschland zu.

Aus Sicht des Deutschen Pflegerates ist deshalb richtig und wichtig, dass die Primärversorgung derzeit verstärkt in den Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion rückt. Entscheidend ist nun jedoch, dass die anstehenden Reformen fachlich differenziert, bedarfsgerecht, evidenzbasiert und professionsgerecht ausgestaltet werden. Dafür muss die Pflege als eigenständige, wissenschaftlich fundierte und rechtlich verankerte Profession konsequent in der Weiterentwicklung mitgedacht werden.

1. Ausgangspunkt: Die Debatte um Primärversorgung greift ein reales Problem auf

Im Rahmen der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion wird die Notwendigkeit eines grundlegenden Umbaus der ambulanten Versorgung zunehmend betont und die Primärversorgung als zentraler Hebel für einen „Versorgungs-Reboot“ hervorgehoben.

Aus Sicht des Deutschen Pflegerates (DPR) ist diese Problembeschreibung grundsätzlich zutreffend: Deutschland weist trotz hoher Gesundheitsausgaben strukturelle Ineffizienzen, Fragmentierung und Defizite in der Steuerung von Versorgungsprozessen auf. Auch die Forderung nach einer stärkeren Koordination und Kontinuität der Versorgung, Digitalisierung und interprofessionellen Zusammenarbeit entspricht internationalen Reformdiskussionen.

Positiv hervorzuheben ist, dass in der aktuellen Debatte die Bedeutung von Pflegefachpersonen für die zukünftige Ausgestaltung der Primärversorgung zunehmend anerkannt wird. Die Betonung ihrer Rolle als zentrale Akteure in einer stärker patient:innenorientierten, wohnortnahen, niedrighschwelligeren aufsuchenden Versorgung, die stärker auf Prävention ausgerichtet ist, entspricht den aktuellen pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen. Es unterstreicht damit auch die Notwendigkeit, pflegerische Kompetenzen bedarfsgerecht zu nutzen, systematisch auszubauen und stärker in Versorgungsprozesse zu integrieren. Diese Einbindung der pflegerischen Kompetenzen mit entsprechenden Rollen und Aufgabenfeldern bildet eine wichtige Grundlage für weitergehende Strukturreformen.

2. Zentrale Kritik: Die aktuelle Diskussion bleibt fachlich zu ungenau

Gleichwohl bleibt die aktuelle Diskussion in ihrer Analyse und insbesondere in ihren Lösungsvorschlägen fachlich unzureichend differenziert und professionspolitisch problematisch.

Ein zentraler Kritikpunkt betrifft die unangemessene Gleichsetzung beziehungsweise parallele Darstellung verschiedener Gesundheitsfachberufe. In der aktuellen Diskussion werden Physician Assistants (PAs), Advanced Practice Nurses (APNs) und Community Health Nurses (CHN) als zentrale Akteure zukünftiger Primärversorgung benannt, obwohl es sich um unterschiedliche Berufsprofile handelt. Diese Darstellung verkennt grundlegende Unterschiede in Qualifikationsniveaus, Kompetenzen, rechtlichem Status und professioneller Verantwortung.

Während Pflegefachpersonen in der direkten Versorgung, insbesondere mit akademischer Qualifikation, auf Grundlage des Pflegeberufgesetzes eigenverantwortlich vorbehaltene pflegerische Aufgaben wahrnehmen und die Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess tragen (§ 4 PflBG), ist die eigenständige Ausübung von Heilkunde gesondert geregelt. Diese wurde durch § 4a PflBG rechtlich weiterentwickelt und eröffnet Pflegefachpersonen, innerhalb klar definierter Kompetenzbereiche, die Möglichkeit zur eigenverantwortlichen Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten.

Demgegenüber sind Physician Assistants strukturell und rechtlich an ärztliche Delegation gebunden und verfügen über keine eigenständige heilkundliche Letztverantwortung. Beim PA-Beruf handelt es sich nicht um eine eigenständige Heilberufsprofession, sondern um eine Assistenzfunktion innerhalb ärztlicher Handlungssysteme. Die Gleichbehandlung dieser Berufsgruppen in der aktuellen Diskussion führt somit zu einer fachlich unzulässigen Nivellierung professioneller Unterschiede und trägt zur Verunsicherung in multiprofessionellen Teams bei.

3. Delegation reicht nicht aus – Primärversorgung braucht eigenverantwortliche Ausübung der Kompetenzen

Darüber hinaus basieren derzeit diskutierte Versorgungsmodelle in erheblichem Maße auf Delegationsstrukturen. Die Annahme, dass durch die Einbindung delegationsgebundener Assistenzberufe Effizienzgewinne und Versorgungsverbesserungen erzielt werden können, ist wissenschaftlich nicht belegt.

Die internationale Versorgungsforschung zeigt vielmehr, dass nachhaltige Verbesserungen insbesondere dort erreicht werden, wo Aufgaben nicht lediglich delegiert, sondern im Rahmen klar definierter Kompetenzbereiche und Zuständigkeiten substituiert werden. Entscheidend ist hierbei, dass diese Aufgabenfelder 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, zielgerichtete und nachhaltige Primärversorgung bedeutet das: Nicht die Ausweitung ärztlich gebundener Assistenzstrukturen, sondern die gezielte Stärkung eigenverantwortlicher pflegerischer Rollen ist der tragfähige Weg.

4. Internationale Evidenz: Primärversorgung wird in vielen Ländern wesentlich von APN, CHN und School Health Nurses getragen

Die unzureichende Berücksichtigung evidenzbasierter Erkenntnisse verweist auf ein grundlegendes Defizit der aktuellen Diskussion: die fehlende Einbindung pflegewissenschaftlicher Perspektiven.

In international etablierten Versorgungssystemen, etwa in Großbritannien, den Niederlanden, den skandinavischen Ländern oder Kanada, basiert die Primärversorgung maßgeblich auf Pflegefachpersonen mit hoher pflegefachlicher Expertise und erweiterten, eigenständigen Kompetenzen wie APN, CHN und School Health Nurses. Diese Modelle zeichnen sich durch eine klare gesetzliche Verankerung, akademische Qualifikation auf Masterniveau sowie eine eigenständige Verantwortungsübernahme aus. Die Gleichsetzung dieser evidenzbasierten Modelle mit delegationsgebundenen Assistenzberufen ist fachlich nicht haltbar. Wer bedarfsgerechte, zielgerichtete und nachhaltige Primärversorgung wirksam weiterentwickeln will, muss diese Unterschiede benennen und in Strukturentscheidungen berücksichtigen.

5. Fehlsteuerung zulasten der Weiterentwicklung der Profession Pflege

Ein weiterer kritischer Aspekt betrifft die potenziellen Auswirkungen auf bestehende Berufsstrukturen. Häufig werden Assistenzberufe in der Praxis nicht als Ergänzung zur professionellen Pflege eingeführt, sondern treten an die Stelle einer gezielten Weiterentwicklung pflegerischer Kompetenzen. Dadurch werden Ressourcen, die für den Ausbau pflegerischer Kompetenzen, insbesondere bei Pflegefachpersonen mit erweiterter pflegerischer Expertise in der direkten Versorgung (APN, CHN, SHN) und damit auch in der Primärversorgung, erforderlich wären, in den Aufbau ärztlich kontrollierter Assistenzstrukturen gelenkt. Dies führt zu einer strukturellen Schwächung der Pflege und verhindert die Ausschöpfung vorhandener Versorgungs- und Effizienzpotenziale.

Gerade in der Primärversorgung ist dies hochproblematisch. Denn dort werden Berufsprofile benötigt, die Kontinuität, Koordination, Prozesssteuerung, Vernetzung, Gesundheitsförderung, Prävention, Beratung, Stärkung der informellen Pflegenden sowie des Ehrenamts, Versorgungssicherheit und die Begleitung komplexer Versorgungslagen eigenständig übernehmen können. Diese Anforderungen sprechen für eine konsequente Stärkung pflegerischer Kompetenzen – nicht für ihre Umgehung.

6. Klare Rollen und Verantwortlichkeiten sind unverzichtbar

Hinzu kommt die Gefahr zunehmender Rollenunklarheit und damit verbunden unklarer Zuständigkeiten innerhalb multiprofessioneller Teams. Wenn Aufgabenbereiche wie diagnostischer Prozess zur Einschätzung der individuellen Versorgungsbedarfe, Wundmanagement oder Patientenberatung parallel von Pflegefachpersonen und Physician Assistants ausgeübt werden, ohne klare rechtliche Zuständigkeits- und Verantwortungsregelungen, entstehen Unsicherheiten hinsichtlich Haftung und Verantwortlichkeit. Dies kann zu Versorgungsbrüchen oder Versorgungsdefiziten führen.

Eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung erfordert eindeutige Kompetenzprofile und transparente Versorgungsstrukturen, um juristische Grauzonen im Rahmen der Patient:innenversorgung auszuschließen. Gerade in der Primärversorgung, in der Menschen häufig über längere Zeiträume in ihren Lebenswelten mit den jeweiligen sozialen Kontexten begleitet, Versorgungsbedarfe früh erkannt und bedarfsgerecht ausgestaltet werden müssen, sind klare Zuständigkeiten, verlässliche und kompetente Ansprechpartner:innen sowie rechtssichere Verantwortungsstrukturen unverzichtbar.

7. Der rechtliche Rahmen für professionelle Pflege ist vorhanden und weiterentwickelt

Besonders hervorzuheben ist, dass der gesetzliche Rahmen für die Übertragung und eigenverantwortliche Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen inzwischen deutlich weiterentwickelt wurde.

Neben den professionsrechtlichen Regelungen des Pflegeberufgesetzes (§§ 4 und 4a PflBG) bestehen im Fünften Buch des Sozialgesetzbuches mit § 15a SGB V sowie § 64d

SGB V leistungsrechtliche Grundlagen, die eine Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen in strukturierten Versorgungssettings vorsehen. § 64d SGB V konkretisiert hierbei insbesondere die Möglichkeit, heilkundliche Tätigkeiten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung von Pflegefachpersonen eigenverantwortlich ausüben zu lassen, sofern Qualifikation, Aufgabenabgrenzung und Verantwortungsstrukturen klar geregelt sind.

Diese Regelungen führen die früheren Modellvorhaben nach § 63 SGB V systematisch in eine regelhafte Versorgung über und markieren einen Paradigmenwechsel von der reinen Delegation hin zur rechtlich abgesicherten Ausübung der Aufgaben im Sinne funktionaler Substitution.

Vor diesem Hintergrund ist es aus Sicht des Deutschen Pflegerates nicht nachvollziehbar, dass in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion bestehende und weiterentwickelte rechtliche Grundlagen nicht angemessen berücksichtigt werden und stattdessen ein unspezifisches Nebeneinander verschiedener Berufsgruppen propagiert wird.

8. Was Primärversorgung jetzt braucht

Eine zielgerichtete, bedarfsorientierte und nachhaltige Reform der Primärversorgung wird nur gelingen, wenn die Profession Pflege nicht nur mitgedacht, sondern strukturell gestärkt und systematisch eingebunden wird. Dazu gehören aus Sicht des Deutschen Pflegerates insbesondere:

- eine klare Differenzierung zwischen eigenverantwortlicher professioneller Pflege und delegationsgebundener Assistenz,
- der konsequente Ausbau von Handlungsfeldern für APN, CHN und SHN in der primären Gesundheitsversorgung,
- die stärkere Einbindung pflegewissenschaftlicher Evidenz in gesundheitspolitische Entscheidungen,
- eine rechtssichere und regelhafte Verankerung erweiterter pflegerischer Kompetenzen in der direkten Versorgung,
- sowie eine Primärversorgung, die interprofessionell organisiert ist, ohne die Eigenständigkeit der Professionen zu nivellieren.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die aktuelle Diskussion zwar eine zutreffende Problembeschreibung liefert und die Rolle der professionellen Pflege grundsätzlich anerkennt, jedoch in der konzeptionellen Ausgestaltung der vorgeschlagenen Lösungen erhebliche Defizite aufweist.

Die fehlende Differenzierung zwischen eigenverantwortlicher professioneller Pflege und delegationsgebundener Assistenz, die unzureichende Berücksichtigung internationaler Evidenz sowie die mangelnde strategische Fokussierung auf die Weiterentwicklung der Profession Pflege in der direkten Versorgung führen zu einer inkonsistenten und teilweise widersprüchlichen Argumentation. Eine nachhaltige, bedarfsgerechte und zielorientierte Reform der Primärversorgung ist nur dann möglich, wenn die Pflege als eigenständige, wissenschaftlich fundierte und rechtlich abgesicherte Heilberufsprofession gestärkt wird. Wer Primärversorgung wirksam weiterentwickeln will, muss die Kompetenzen der professionellen Pflege nicht nur benennen, sondern in eigenständigen Handlungsfeldern und Zuständigkeiten konsequent nutzen und ausbauen.

Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Gesundheit. (2020). Pflegeberufegesetz (PfIBG). Bundesgesetzblatt Teil I, S. 2394.

Bundesministerium für Gesundheit. (2023). Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

BKK-Dachverband. (2026, 17. März). Pressestatement zur Zukunft der Primärversorgung.

Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., & Sibbald, B. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews, (7), CD001271. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub3>

Mundinger, M. O., Kane, R. L., Lenz, E. R., Totten, A. M., Tsai, W.-Y., & Cleary, P. D. (2000). Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: A randomized trial. JAMA, 283(1), 59–68. <https://doi.org/10.1001/jama.283.1.59>

OECD. (2020). Realising the potential of primary health care. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>

Berlin, März 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