

THESENPAPIER - Februar 2026

Transformation der Hausarztpraxis zur interprofessionellen Primärversorgungspraxis: Pflegekompetenz als Impuls der Transformation

Verantwortliche Autorinnen:

Prof. Dr. med. Stefanie Joos¹

Prof. Dr. Cornelia Mahler²

Beteiligte Autorinnen in alphabetischer Reihenfolge:

Barbara Boßler³

Sarah Egginger⁴

Prof. Dr. Andre Fringer⁵

Prof. Dr. Kerstin Hämel⁶

Dr. Hannah Haumann¹

Pascale Hilberger-Kirlum⁷

Elísa Jóhannsdóttir^{8,9}

Prof. Dr. Anja Kohlhaas¹⁰

Elisabeth Lippert¹

Prof. Dr. Sven Lück¹¹

Gudrun Merkle¹²

Nina Rot²

Prof. Dr. iur. Alex Schmid

Dr. Monika Spannenkrebs¹²

Prof. Dr. Renate Stemmer¹³

Dr. Regina Stolz¹

Andrea Weskamm¹⁴

Affiliations

¹ Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Universitätsklinikum Tübingen

² Abteilung Pflegewissenschaft, Institut für Gesundheitswissenschaften, Universitätsklinikum Tübingen

³ PORT Gesundheitszentrum Schwäbische Alb Hohenstein

⁴ Primärversorgungseinheit Haslach, Österreich

⁵ Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Gesundheit, Institut für Pflege

⁶ Universität Wien, Fakultät für Sozialwissenschaften, Institut für Pflegewissenschaft

⁷ Deutscher Pflegerat e. V.

⁸ Technische Hochschule Deggendorf

⁹ Schwesternschaft München vom Bayerischen Roten Kreuz e. V.

¹⁰ Hochschule Offenburg

¹¹ Evangelische Hochschule Berlin

¹² Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg

¹³ Katholische Hochschule Mainz

¹⁴ AWO Bundesverband

A. Transformation zur interprofessionellen Primärversorgungspraxis

Als interprofessionelle Primärversorgungspraxis verstehen wir die Weiterentwicklung der Hausarztpraxis zu einer Primärversorgungspraxis, in der unterschiedliche Professionen koordiniert zusammenwirken, um die Gesundheitsversorgung in allen Bereichen der hausärztlichen Versorgung von Prävention (Gesundheitsförderung) bis hin zur Palliation zu gewährleisten. Dabei wird der Begriff Primärversorgungspraxis sowohl auf der Organisations- als auch auf der Handlungsebene verstanden. Das Verständnis von interprofessioneller Primärversorgungspraxis nimmt dabei die strukturelle Umsetzung des Konzepts von Primary Health Care in den Fokus, im Sinne der gemeinsamen Sorge und Verantwortung von Gesundheitsdienstleistern und Bevölkerung (Starfield et al., 2005; White, 2015; World Health Organization, 2003). Um diese Transformation in Deutschland zu gestalten, sind auf organisatorischer Ebene Veränderungen notwendig, die neue Strukturen und Prozesse erfordern, um langfristig effizient und effektiv im Team zu arbeiten.

A 1. Primärversorgung braucht klare Rollen und Aufgabenverteilungen

Interprofessionelle Primärversorgungsmodelle aus anderen Ländern (z. B. Kanada, Neuseeland, Skandinavien) zeigen: Wo Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Teamprozesse zwischen allen in der Primärversorgung beteiligten Berufsgruppen verbindlich geregelt sind, verbessern sich Outcomes und Effizienz der Primärversorgung wie auch die Zufriedenheit der Patient:innen (Bouton et al., 2023; Haj-Ali et al., 2021; Lukewich et al., 2022; Shi et al., 2025). In Deutschland leisten bereits verschiedene Professionen einen wichtigen Beitrag in hausärztlichen Praxen, insbesondere im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) wurden in den letzten Jahren Impulse zur Weiterentwicklung verschiedener Professionen (z.B. bei Medizinischen Fachangestellten) und der damit verbundenen Rollen und Aufgaben gesetzt. Parallel dazu wurden entsprechende Aufgabenprofile auch über Regelungen der kassenärztlichen Selbstverwaltung weiterentwickelt. Allerdings fehlen bislang für alle Seiten verbindliche, professionsübergreifend abgestimmte Rollen- und Aufgabenverteilungen. Für eine zukunftsfähige, umfassende Primärversorgung bedarf es zudem sowohl einer Weiterentwicklung bestehender Berufsbilder als auch der systematischen Einbindung neuer Professionen in die Primärversorgungspraxis (z. B. Pflegefachpersonen). Dazu ist ein verbindlicher Handlungs- und Verantwortungsrahmen (sog. Scope of Practice) für jede Berufsgruppe innerhalb der Primärversorgungspraxis notwendig. Diese Handlungs- und Verantwortungsrahmen müssen aus der jeweiligen Berufsgruppe heraus entwickelt und interprofessionell für die Primärversorgungspraxis abgestimmt werden.

A 2. Transformation gelingt nur durch gezielte Organisationsentwicklung

Die Integration neuer Professionen in der Primärversorgungspraxis erfordert eine systematische Organisationsentwicklung, die die aktive Steuerung, Teamcoaching, Schulung und formative Begleitung umfasst. Erfolgreiche Modelle setzen auf gemeinsame Lernprozesse z. B. anhand interprofessioneller Fallbesprechungen, kollektiver Reflexion und kontinuierlicher Prozessanpassung und greifen etablierte Standards zur Rollenentwicklung auf (Grant et al., 2024).

A 3. Standardisierte Behandlungspfade und Kommunikationsstrukturen sichern Qualität

Standardisierte, interprofessionell entwickelte Behandlungspfade und deren gezielte Steuerung sichern eine effiziente Versorgung und fördern Patient:innensicherheit innerhalb der Primärversorgungspraxis. Regelmäßige, strukturierte Teamkommunikation und digitalgestützte Prozesse ermöglichen eine unter den beteiligten Berufsgruppen und mit den Patient:innen abgestimmte Versorgung. Festgelegte Dokumentationsprozesse und eine gemeinsame Dokumentationskultur schaffen eine konsistente Informationsbasis, verbessern die Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen und unterstützen die kontinuierliche Kommunikation und Qualitätsentwicklung innerhalb der Primärversorgungspraxis.

A 4. Gemeinsame Werte und Ziele bilden die Basis einer starken Teamkultur

Vertrauen, Offenheit, gegenseitiger Respekt sowie das Wissen über die je spezifischen Kompetenzen und Fähigkeiten aller Teammitglieder der Primärversorgungspraxis sind zentrale Erfolgsfaktoren. Ein gemeinsames Leitbild und interprofessionell konsenterte, patientenzentrierte Qualitätsziele fördern Arbeitszufriedenheit und Versorgungsqualität. Eine offene, lernorientierte Haltung gegenüber neuen Arbeitsweisen und Technologien kann Teamkultur stärken. Dies trägt dazu bei, Versorgungsprozesse gemeinsam weiterzuentwickeln und an zukünftige Anforderungen anzupassen.

A 5. Stabile Strukturen und Finanzierung sind Grundvoraussetzung

Eine moderne Primärversorgungspraxis braucht verlässliche, strukturfördernde, teamorientierte Finanzierungsmodelle. Die Potentiale der Weiterentwicklung neuer Professionen, Rollen und Prozesse in der Primärversorgung müssen systematisch genutzt und gesetzlich wie organisatorisch verankert werden. Systemimmanent müssen Anreize für interprofessionelle Zusammenarbeit bestehen und somit ganze Teams in der Primärversorgungspraxis gestärkt werden. Dies bedeutet, dass auch Finanzierungsmodelle die gemeinsame Leistung aller Berufsgruppen einer Primärversorgungspraxis abbilden und das Team als Einheit honorieren.

B. Pflegekompetenz als Impuls der Transformation

In vielen Ländern stellen hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen gemeinsam mit Ärzt:innen die Primärversorgung sicher (Brownwood & Lafortune, 2024). Die Bezeichnung Pflegefachperson wird hier im Papier für akademisch und nichtakademisch qualifizierte Pflegefachpersonen verwendet, in Anlehnung an die Definition von Pflegefachpersonen des ICN (ICN, 2025). Akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen auf Masterniveau werden als Advanced Practice Nurse (APN) bezeichnet, hierzu gehört auch die Community Health Nurse (CHN). In Deutschland werden Kompetenzen von Pflegefachpersonen mit und ohne akademischem Abschluss in der Primärversorgung weitgehend noch nicht gezielt eingesetzt und genutzt (Schlegel et al., 2025). Das Einbeziehen der pflegerischen Kompetenzen und der zum Teil langjährigen Berufserfahrung von Pflegefachpersonen mit und ohne akademische Qualifikation in Primärversorgungsteams leistet einen relevanten Beitrag zur Sicherung und Stabilisierung der Versorgungsqualität (Henderson et al., 2023). Damit stellt dieser Schritt der Integration einen Impulsgeber für die Transformation zur Primärversorgungspraxis dar.

B 1 Pflegekompetenz ist besonders relevant bei komplexen Versorgungssituationen und im Bereich Prävention

Pflegefachpersonen verfügen über pflegerische und klinische Expertise, die insbesondere bei komplexem Bedarf (Multimorbidität, chronischen Erkrankungen und komplexen Versorgungssituationen) erforderlich bzw. wirksam wird. Durch kontinuierliche Begleitung entlang des Versorgungsprozesses (Assessment, Intervention, Monitoring/Evaluation) werden Veränderungen des Gesundheitszustandes frühzeitig erkannt und es kann gezielt in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration und Palliation beraten werden. Hierdurch fördern Pflegefachpersonen Selbstmanagement und Gesundheitskompetenz und damit das Erreichen und den Erhalt gesundheitlicher Stabilität und Lebensqualität der Patient:innen. Pflegefachpersonen verbinden medizinische, pflegerische und soziale Perspektiven bei der Begleitung/Versorgung der Patient:innen sowie deren Angehörigen und tragen vor dem Hintergrund des demographischen Wandels wesentlich zu einer zukunftsorientierten Versorgung bei.

B 2 Hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen sind wichtige Akteure in der Primärversorgungspraxis

In Deutschland werden Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss seit 2025 zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung heilkundlicher Aufgaben in den Bereichen chronische Wunden, diabetische Stoffwechsellagen und Demenz qualifiziert und können mit diesen Kompetenzen bereits heute die Primärversorgungspraxis ergänzen.

Internationale Studien und erste nationale Projekte belegen: Der Einsatz von auf Masterniveau qualifizierten APN/CHN verbessert die Versorgungsqualität und -kontinuität sowie die Patient:innenzufriedenheit und reduziert Krankenhausaufenthalte – insbesondere in strukturschwachen Regionen (Brownwood & Lafortune, 2024). Während APN in vielen Ländern eigenständige Rollen mit klaren Zuständigkeiten (z. B. Nurse Practitioners in UK, Family Health Nurses in Kanada, District Nurses in Neuseeland) übernehmen, fehlt in Deutschland auf vielen Ebenen die Wahrnehmung des Entwicklungspotentials dieser Rolle sowie eine gesetzlich verankerte Definition ihrer Aufgabenbeschreibung und Rolle in der Primärversorgungspraxis. Mit Einführung von APN/CHN in der Primärversorgungspraxis werden komplexe Versorgungsprozesse in der Primärversorgungspraxis durch diese Rolle gesteuert (Case Management). Innerhalb interprofessioneller Teams der Primärversorgungspraxis sind APN/CHN im Versorgungsprozess eigenständig, selbstverantwortlich und autonom Handelnde im Rahmen ihrer medizinisch-therapeutischen Kompetenzen. In dieser Rolle leisten APN/CHN einen zentralen Beitrag im Versorgungsprozess einschließlich Gesundheitsförderung und Prävention sowie Beratung von PatientInnen und deren An- und Zugehörigen.

B 3. Qualifikation, Regulation und Vergütung fördern die Integration der neuen Rolle

Deutschland braucht regulierte Qualifikationswege für Pflegefachpersonen in der Primärversorgungspraxis – von Ausbildung bis hin zur akademischen Qualifikation (z. B. hochschulische Primärqualifizierung und Masterstudiengänge APN/CHN). Notwendig sind zudem ein rechtlich verankerter Handlungs- und Verantwortungsrahmen entsprechend der unterschiedlichen Qualifikationsstufen sowie Vergütungssysteme für die Abrechnung der jeweils erbrachten Leistungen. Diese rechtlichen Regulierungen sind erforderlich, damit die Transformation zur Primärversorgungspraxis unter Integration von Pflegefachpersonen gelingt und die Gesundheitsversorgung in Deutschland handlungs- und zukunftsfähig ist.

Fazit

Die Zukunft der Primärversorgung liegt in interprofessionellen Teams, die alle für die Primärversorgungspraxis relevanten Kompetenzen und Berufsgruppen einbinden. Pflegefachpersonen und hierbei insbesondere auf Masterniveau qualifizierte APN/CHN sind dabei kein „nice-to-have“, sondern übernehmen eine zentrale Rolle in einer modernen, qualitativ hochwertigen, patient:innenzentrierten und effizienten Gesundheitsversorgung. Deutschland hat die Chance, die gut etablierten hausärztlichen Versorgungsstrukturen unter Einbezug internationaler Erkenntnisse weiterzuentwickeln. Hierfür bedarf es geeigneter gesetzlicher, organisatorischer und finanzieller Rahmenbedingungen, die eine verbindliche interprofessionelle Zusammenarbeit ermöglichen. Voraussetzung hierfür ist die Offenheit und Gestaltungsbereitschaft aller beteiligten Akteure, um die Primärversorgung als gemeinsames Zukunftsprojekt strukturell zu stärken und so einen nachhaltigen Beitrag zur langfristigen Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu leisten.

Hinweis zur Förderung und Entstehung des Papiers

Dieses Papier entstand als Ergebnis eines durch die Eva Mayr-Stihl Stiftung geförderten interprofessionellen Workshops, an dem alle Autor:innen teilgenommen haben. Die dargestellten Inhalte spiegeln nicht notwendigerweise die Position der Förderinstitution wider.

Literatur

- Bouton, C., Journeaux, M., Jourdain, M., Angibaud, M., Huon, J. F., & Rat, C. (2023). Interprofessional collaboration in primary care: what effect on patient health? A systematic literature review. *BMC Prim Care*, 24(1), 253. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02189-0>
- Brownwood, I., & Lafortune, G. (2024). Advanced practice nursing in primary care in OECD countries: Recent developments and persisting implementation challenges. In OECD (Ed.), (Vol. OECD Health Working Papers No. 165). Paris.
- Grant, A., Kontak, J., Jeffers, E., Lawson, B., MacKenzie, A., Burge, F., Boulos, L., Lackie, K., Marshall, E. G., Mireault, A., Philpott, S., Sampalli, T., Sheppard-LeMoine, D., & Martin-Misener, R. (2024). Barriers and enablers to implementing interprofessional primary care teams: a narrative review of the literature using the consolidated framework for implementation research. *BMC Prim Care*, 25(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02240-0>
- Haj-Ali, W., Hutchison, B., Moineddin, R., Wodchis, W. P., & Glazier, R. H. (2021). Comparing primary care Interprofessional and non-interprofessional teams on access to care and health services utilization in Ontario, Canada: a retrospective cohort study. *BMC Health Serv Res*, 21(1), 963. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06595-x>
- Henderson, C., Mackavey, C., Petri, S., & Wöhrle, O. (2023). Germany pioneers an expansion of the advance practice nurse role. *International Journal for Advancing Practice*, 1(2), 100-102. <https://doi.org/10.12968/ijap.2023.1.2.100>
- ICN. (2025). DIE NEUDEFINITION VON PFLEGE UND PFLEGEFACHPERSON. In: ICN (International Council of Nurses), DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe), ÖGKV (Österreichischer Gesundheits und Krankenpflegeverband), SBKASI (Schweizer Berufsverband der Pflegefach frauen und Pflegefachmänner).
- Lukewich, J., Martin-Misener, R., Norful, A. A., Poitras, M. E., Bryant-Lukosius, D., Asghari, S., Marshall, E. G., Mathews, M., Swab, M., Ryan, D., & Tranmer, J. (2022). Effectiveness of registered nurses on patient outcomes in primary care: a systematic review. *BMC Health Serv Res*, 22(1), 740. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07866-x>
- Schlegel, E., Gold, A. W., Maier, C. B., & Bozorgmehr, K. (2025). Transforming primary care through advanced practice nursing. *The Lancet Primary Care*, 1(6). <https://doi.org/10.1016/j.lanprc.2025.100083>
- Shi, Y., Li, H., Yuan, B., & Wang, X. (2025). Effects of multidisciplinary teamwork in non-hospital settings on healthcare and patients with chronic conditions: a systematic review and meta-analysis. *BMC Prim Care*, 26(1), 110. <https://doi.org/10.1186/s12875-025-02814-0>
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*, 83(3), 457-502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
- White, F. (2015). Primary health care and public health: foundations of universal health systems. *Med Princ Pract*, 24(2), 103-116. <https://doi.org/10.1159/000370197>
- World Health Organization. (2003). A global review of primary health care: emerging messages: global report.