

DBfK Nordwest e.V. · Am Hochkamp 14 · 23611 Bad Schwartau

Schleswig-Holsteinischer Landtag/Landeshaus
Sozialausschuss
Vorsitzende Frau Katja Rathje-Hoffmann
Düsternbrooker Weg 70
24105 Kiel

– per E-Mail –

DBfK Nordwest e.V.

Geschäftsstelle
Bödekerstraße 56
30161 Hannover

Regionalvertretung Nord
Am Hochkamp 14
23611 Bad Schwartau

Regionalvertretung West
Beethovenstraße 32
45128 Essen

Zentral erreichbar
T +49 511 696 844-0
F +49 511 696 844-299

nordwest@dbfk.de
www.dbfk.de

16.01.2026

**Stellungnahme zum Antrag „Ambulante medizinische Versorgung in Schleswig-Holstein für die Zukunft sichern“ –
Antrag der Fraktionen von SPD, FDP und SSW, Drs. 20/3438 (neu) – 2. Fassung**

Sehr geehrte Frau Katja Rathje-Hoffmann,
sehr geehrte Mitglieder des Sozialausschusses,

der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest e.V. (DBfK Nordwest) bedankt sich für die Möglichkeit, im Rahmen der schriftlichen Anhörung des Sozialausschusses zum oben genannten Antrag (Drucksachen 20/3438) Stellung zu beziehen.

Wir begrüßen ausdrücklich, dass der Schleswig-Holsteinische Landtag die Sicherung der ambulanten medizinischen Versorgung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe und Voraussetzung für gleichwertige Lebensverhältnisse definieren und hierfür ein sektorenübergreifendes Konzept einfordern soll.

Der Antrag eröffnet einen wichtigen Rahmen. Damit daraus ein zukunftsfestes Konzept wird, müssen die pflegefachliche Perspektive und pflegegeleitete Versorgungsmodelle explizit und verbindlich einbezogen werden.

Im Folgenden legen wir Ihnen unsere umfassende Stellungnahme vor.

Stellungnahme des DBfK Nordwest e.V.

zum Antrag der Fraktionen von SPD, FDP und SSW, Drs. 20/3438
(neu) – 2. Fassung

– Ambulante medizinische Versorgung in Schleswig-Holstein für
die Zukunft sichern –

16. Januar 2026

1. Einordnung und Gesamtbewertung

Der DBfK Nordwest begrüßt die Intention der antragstellenden Fraktionen ausdrücklich, dass der Schleswig-Holsteinische Landtag die Sicherung der ambulanten medizinischen Versorgung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe und Voraussetzung für gleichwertige Lebensverhältnisse definiert und hierfür ein sektorenübergreifendes Konzept einfordert.

Aus Sicht der Profession Pflege ist es richtig und überfällig, die bisherigen, stark arztzentrierten Versorgungsstrukturen durch multiprofessionelle, primärversorgungsorientierte Modelle weiterzuentwickeln. Der DBfK fordert seit Jahren, die Primärversorgung strukturell neu aufzusetzen, die Aufgaben zwischen den Gesundheitsberufen neu zu verteilen und insbesondere die Kompetenzen hochqualifizierter Pflegefachpersonen nach dem Konzept des Advanced Practice Nursing (APN)¹ systematisch in der Versorgung zu verankern.

Positiv hervorzuheben ist, dass der Antrag die Delegation ärztlicher Leistungen an andere Berufsgruppen – ausdrücklich auch an Community Health Nurses – sowie den Ausbau telemedizinischer und digitaler Lösungen anspricht. Aus Sicht des DBfK greift das Delegationsverständnis jedoch zu kurz: Angesichts des demografischen Wandels, des Fachpersonalmangels und der zunehmenden Morbidität braucht es eine konsequente Neuverteilung von Aufgaben und Verantwortung in multiprofessionellen Teams, nicht lediglich zusätzliche Delegationsstrecken.

Der Antrag eröffnet einen wichtigen Rahmen. Damit daraus ein zukunftsfestes Konzept wird, müssen die pflegefachliche Perspektive und pflegegeleitete Versorgungsmodelle explizit und verbindlich einbezogen werden.

¹ Insbesondere Community Health Nurses (CHN) als Ausprägung von APN stellen im Kontext der Primärversorgung bzw. ambulanten medizinischen Versorgung einen entscheidenden Baustein dar: APN steht für Advanced Practice Nursing und bezeichnet ein Konzept, in dem akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen (mit Masterabschluss) erweiterte klinische Kompetenzen und Entscheidungsbefugnisse besitzen und damit eine hochwertige Versorgung sichern. CHN steht für Community Health Nursing und ist eine spezialisierte Form oder ein spezifisches Tätigkeitsfeld des APN. Community Health Nurses arbeiten primär in der wohnortnahmen, primären Gesundheitsversorgung, um die Gesundheit der Bevölkerung ganzheitlich zu stärken, nicht nur im Krankheitsfall.

2. Landesförderprogramm für kommunale MVZ

Die im Antrag geforderte Auflegung eines Landesförderprogramms für kommunale Medizinische Versorgungszentren (MVZ) bewertet der DBfK Nordwest grundsätzlich positiv. Kommunale MVZ können – bei entsprechender Ausgestaltung – einen wichtigen Beitrag zur Sicherung wohnortnaher Versorgung leisten und attraktive, angestellte Arbeitsmodelle für Haus- und Fachärztinnen und -ärzte bieten.

Gleichzeitig weisen internationale Erfahrungen und aktuelle Konzepte des DBfK und unserer Partnerorganisationen darauf hin, dass klassische MVZ allein die Herausforderungen nicht lösen werden. Erforderlich sind Primärversorgungszentren, die multiprofessionell, interdisziplinär und – wo sinnvoll – gemeinwohlorientiert organisiert sind und medizinische, pflegerische, therapeutische und sozialarbeiterische Leistungen unter einem Dach bündeln.

Aus Sicht des DBfK Nordwest sollte das geplante Landesförderprogramm daher:

- ausdrücklich Primärversorgungszentren im Sinne multiprofessioneller, sektorenübergreifender Einrichtungen adressieren,
- die gleichberechtigte Einbindung und – wo fachlich angezeigt – Leitung oder Co-Leitung durch akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen (APN/ CHN) vorsehen,
- Modellvorhaben für pflegegeleitete oder pflegekoordinierte Versorgungszentren (z.B. „nurse-led clinics“ für chronisch Erkrankte, multimorbide ältere Menschen oder pflegebedürftige Personen) gezielt fördern.

Die Wiederaufnahme der Antragsbearbeitung im Versorgungssicherungsfonds sowie die geplante finanzielle Ausstattung begrüßen wir ausdrücklich – fordern aber, pflegegeleitete und multiprofessionelle Primärversorgungsmodelle als explizite Fördertatbestände aufzunehmen.

3. Antworten auf die im Antrag formulierten Teilespekte (a bis f)

Zu a) Maßnahmen über die Mediziner:innenausbildung hinaus

Der Antrag benennt Delegation ärztlicher Leistungen an andere Fachpersonengruppen (u.a. Community Health Nurses) sowie die Förderung von Telemedizin und Digitalisierung als mögliche Maßnahmen.

Aus Sicht des DBfK Nordwest sollte dieser Punkt in drei Richtungen weiterentwickelt werden:

1. Von Delegation zu geteilter Verantwortung und Substitution

- In multiprofessionellen Teams muss die jeweils am besten qualifizierte Profession die Verantwortung für definierte Aufgaben übernehmen – einschließlich eigenständiger Entscheidungs- und Verordnungskompetenzen, z.B. bei Wundversorgung, Begleitung von Menschen mit chronischen Erkrankungen oder in Prävention und Gesundheitsförderung.
- Für spezialisierte Pflegefachpersonen (APN/ CHN) sind klar definierte, eigenständige Zuständigkeitsbereiche und Leistungsrechte zu schaffen, wie mit dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) sowie dem angekündigten APN-Gesetz vorgesehen, statt sie lediglich als „verlängerten Arm“ ärztlicher Tätigkeit zu betrachten.

- Physician Assistants (PAs) sind gerade bei einem Mangel an Ärztinnen und Ärzten in der Primärversorgung keine Lösung, da sie nicht eigenständig diagnostizieren oder kritische Entscheidungen treffen können und immer an ärztliche Aufsicht gebunden sind.

2. Advanced Practice Nursing in Form von Community Health Nurses (APN/ CHN) systematisch verankern

- CHN sind auf Masterniveau qualifizierte Pflegeexpert:innen, die u.a. Versorgungsbedarfe identifizieren, chronisch erkrankte Menschen langfristig begleiten, präventive und gesundheitsfördernde Angebote umsetzen und lokale Netzwerke koordinieren.

Für Schleswig-Holstein bedeutet das konkret:

- landesweite CHN-Modellprojekte insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen,
- Verankerung von APN/ CHN als eigenständige Leistungsanbieter:innen in Primärversorgungszentren und Gesundheitsregionen,
- Nutzung von CHN-Rollen zur Stärkung pflegender Angehöriger und zur Prävention von Pflegebedürftigkeit.

3. Telemedizin und Digitalisierung konsequent multiprofessionell denken

Digitale Infrastruktur, telemedizinische Konsultationen und gemeinsame Dokumentationssysteme müssen so gestaltet werden, dass Pflegefachpersonen – einschließlich APN/ CHN – voll in die Telematikinfrastruktur einbezogen werden (Lese- und Schreibrechte, eigenständige Leistungserfassung).

Zu b) Förderung der unterstützenden Berufsgruppen in ihrer Ausbildung

Der DBfK hat wiederholt betont, dass eine zukunftsfähige Primärversorgung nur mit einer konsequenten Stärkung der professionellen Pflege und eines durchdachten Qualifikationsmixes gelingen kann.

Für Schleswig-Holstein bedeutet dies:

- **Pflegefachassistent:**

Umsetzung der bundesweiten generalistischen Pflegefachassistentenausbildung in Schleswig-Holstein in klarer Abgrenzung zu den Pflegefachpersonen nach Pflegeberufegesetz und ohne fundamentale Verkürzungen auf eine „[Schmalspurbildungsmaßnahme“ \(320-Stunden-Kurse\)](#), wie sie beispielsweise in Niedersachsen etabliert wird. Dies würde eine Vergleichbarkeit der Qualifikationsniveaus und der tatsächlichen Kenntnisse und Fertigkeiten von Pflege(fach)assistent:innen unmöglich machen und die Sicherheit der Versorgung der Menschen gefährden.

- **Pflegefachpersonen (Bachelor):**

Ausbau hochschulischer Ausbildungskapazitäten in der Pflege; Orientierung an der DBfK-Forderung, einen erheblichen Anteil der Ausbildungskapazitäten an Hochschulen anzusiedeln, um Qualität und Attraktivität der Versorgung zu sichern.

- **Masterstudiengänge und Spezialisierungen (APN/ CHN):**

- Einrichtung und Förderung einschlägiger Masterstudiengänge (Advanced Practice Nursing mit Ausprägung CHN) an Hochschulstandorten des Landes,
- Integration von Inhalten zu Primärversorgung, interprofessioneller Zusammenarbeit und Versorgungssteuerung in allen pflegerischen Ausbildungs- und Studiengängen.

Damit wird die im Antrag erwähnte Unterstützung der „Berufsgruppen, die Hausärztinnen- und -ärzten in ihrer Tätigkeit unterstützen sollen“, fachlich fundiert und strukturell verankert, statt sie nur additiv zu betrachten.

Zu c) Praktisches Jahr (PJ) für deutsche Medizinstudierende aus dem EU-Ausland

Die beabsichtigte Entbürokratisierung von PJ-Möglichkeiten für Medizinstudierende, die im europäischen Ausland studieren, kann aus Sicht des DBfK einen Beitrag dazu leisten, zusätzliche ärztliche Kapazitäten an das Land zu binden.

Wesentlich ist aus pflegefachlicher Perspektive, dass:

- PJ-Abschnitte verstärkt in der Primärversorgung, in Primärversorgungszentren und kommunalen MVZ stattfinden,
- diese Einsätze konsequent interprofessionell organisiert werden,
- Studierende der Humanmedizin bereits im PJ mit Rollen und Kompetenzen der professionellen Pflege, insbesondere APN/ CHN, vertraut gemacht werden.

Dies fördert eine kooperative Grundhaltung und erleichtert später die Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams.

Zu d) Weiterbildungsnetzwerk Allgemeinmedizin und Weiterbildungsverbund Pädiatrie

Die Stärkung des Weiterbildungsnetzwerks Allgemeinmedizin und des Weiterbildungsverbunds Pädiatrie Schleswig-Holstein ist aus Sicht des DBfK zu begrüßen.

Wir empfehlen, die Strukturen um folgende Aspekte zu ergänzen:

- **Interprofessionelle Module**

Integration gemeinsamer Weiterbildungsbausteine von Ärzt:innen, Pflegefachpersonen, Therapeut:innen und weiteren Gesundheitsberufen, um die Zusammenarbeit in Primärversorgungszentren, Praxen und Pflegeeinrichtungen von Beginn an einzuüben.

- **Einbindung von APN/ CHN in Lehr- und Supervisionsrollen**

Nutzung der Expertise von APN/ CHN in der Betreuung von Menschen mit chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und komplexen Versorgungssituationen als verbindlicher Bestandteil der Weiterbildungsnetzwerke.

- **Schwerpunkt „medizinisch-pflegerische Basisversorgung“**

Spezifische Module zu sektorenübergreifender Versorgung älterer, multimorbider und pflegebedürftiger Menschen, inkl. Reduzierung vermeidbarer Krankenhouseinweisungen und Zusammenarbeit mit pflegegeleiteten Einrichtungen.

Zu e) Attraktive Arbeitsmodelle für Ärztinnen und Ärzte

Die im Antrag geforderte Entwicklung attraktiver Arbeitsmodelle für Ärztinnen und Ärzte ist aus Sicht des DBfK richtig – sie darf sich jedoch nicht auf ärztliche Arbeitsbedingungen beschränken.

Internationale Erfahrungen sowie unsere [gemeinsame Stellungnahme](#) mit dem Verein demokratischer Ärzt*innen (vdää*) und dem Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP) zu Primärversorgungszentren zeigen, dass multiprofessionelle Zentren mit Anstellungsmodellen, geregelten Arbeitszeiten, Teamstrukturen und geteilten Verantwortlichkeiten die Attraktivität für alle beteiligten Berufsgruppen erhöhen.

Der DBfK Nordwest regt daher an:

- Arbeitsmodelle stets multiprofessionell zu denken (Ärzt:innen, Pflegefachpersonen, weitere Gesundheitsberufe),
- pflegegeleitete oder pflegekoordinierte Strukturen explizit zu ermöglichen,
- Bürokratieabbau und digitale Unterstützung so zu gestalten, dass sie insbesondere auch pflegerische Vorbehaltsaufgaben und den Pflegeprozess stärken.

Zu f) Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen und weiteren Berufsgruppen, Gesundheitsgenossenschaften und Gesundheitsregionen

Der Antrag nennt die Gründung von Gesundheitsgenossenschaften und die Schaffung von Gesundheitsregionen als mögliche Bausteine zur Stärkung der vernetzten medizinischen und pflegerischen Grundversorgung.

Der DBfK Nordwest unterstützt diesen Ansatz ausdrücklich und empfiehlt:

- Gesundheitsgenossenschaften und Gesundheitsregionen so auszustalten, dass pflegefachliche Expertise – insbesondere durch APN/ CHN – strukturell verankert ist (Vorstände, Steuerungsgremien, fachliche Leitung),
- die bisherige Arztzentrierung zugunsten einer patient:innenzentrierten, gemeinschaftlich verantworteten Versorgung aufzubrechen, in der jede Profession einen klar umrissenen, eigenständigen Verantwortungsbereich hat,
- Gesundheitsregionen als Plattformen für Prävention, Gesundheitsförderung und Krisenbewältigung (z.B. bei Hitzewellen, Überflutungen und anderen Katastrophen) zu nutzen, in denen APN/ CHN koordinierende und vernetzende Aufgaben übernehmen.

4. Zur Bedarfsplanung und Rolle der Pflege

Der Antrag fordert zu Recht, die Bedarfsplanung für die ambulante ärztliche Versorgung am regionalen Bedarf auszurichten und sektorenübergreifende Planungspotenziale zu nutzen.

Aus Sicht des DBfK Nordwest ist es dafür unerlässlich, dass:

- in der gemeinsamen Bedarfsplanung von Land, Kassenärztlicher Vereinigung und GKV die Profession Pflege als eigenständiger Akteur beteiligt wird,

- nicht nur Arztsitzzahlen, sondern auch pflegerische Versorgungsstrukturen (z.B. Anzahl und Verteilung von Pflegefachpersonen, ambulanten Pflegediensten, CHN-Angeboten, Pflegeheimen, pflegegeleiteten Einrichtungen) systematisch berücksichtigt werden,
- Landes- und Bundesaktivitäten zur Stärkung von APN/ CHN bzw. hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen als integraler Bestandteil der Primärversorgungsplanung verstanden werden.

5. Fazit und Empfehlungen

Zusammenfassend begrüßt der DBfK Nordwest:

- die Initiative der antragstellenden Fraktionen zur Sicherung der ambulanten medizinischen Versorgung,
- die geplante Förderung kommunaler MVZ / Primärversorgungsstrukturen,
- die Absicht, ein sektorenübergreifendes Konzept zu entwickeln, das Delegation, Digitalisierung und regionale Vernetzung umfasst.

Damit der Antrag sein volles Potenzial entfalten kann, sollte er aus Sicht der Profession Pflege in folgenden Punkten geschärft und ergänzt werden:

1. konsequente Ausrichtung auf multiprofessionelle Primärversorgungszentren statt primär ärztlich definierter MVZ,
2. explizite und verbindliche Verankerung von Advanced Practice Nursing (APN) – insbesondere in der Ausprägung Community Health Nursing (CHN), und pflegegeleiteten bzw. pflegekoordinierten Strukturen,
3. Ausbau und Förderung pflegerischer Aus-, Weiter- und hochschulischer Ausbildung (inkl. Masterstudiengänge APN/ CHN) im Land,
4. interprofessionelle Ausgestaltung von Weiterbildungsnetzwerken in Allgemeinmedizin und Pädiatrie,
5. Einbindung der Profession Pflege in Bedarfsplanung und Steuerung von Gesundheitsregionen,
6. Nutzung des Versorgungssicherungsfonds zur gezielten Förderung pflegegeleiteter und multiprofessioneller Primärversorgungsmodelle.

So können die im Antrag beschriebenen Ziele – Sicherung einer bedarfsorientierten, wohnortnahmen und zukunftsfähigen ambulanten Versorgung – wirksam erreicht und gleichzeitig die Kompetenzen der größten Berufsgruppe im Gesundheitswesen, der professionellen Pflege, zum Nutzen der Bevölkerung voll ausgeschöpft werden.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Bad Schwartau, 16. Januar 2026

Dr. Martin Dichter
Vorsitzender des DBfK Nordwest e.V.

Swantje Seismann-Petersen
Stellv. Vorsitzende des DBfK Nordwest e.V.

Quellen und weiterführende Informationen

Agnes-Karli-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung (Hrsg.) (2025): Reisebericht. Studienreise Community Health Nursing nach Finnland. Online unter: https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/Reisebericht_Finnland2025_Endfassung.pdf (12.01.2026).

Burgi, Martin; Igl, Gerhard (2021): Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland. Schriften zum Sozialrecht, Band 61. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. Online unter: https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/9783748924319.pdf?download_full_pdf=1 (12.01.2026).

DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.) (2025): Forderungen an die Bundesregierung 2025. Online unter: https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/DBfK_Forderungen_Bundesregierung_2025.pdf (12.01.2026).

DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe; ÖGKV, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband; SBK – ASI, Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (2025): Advanced Nursing Practice in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Eine Positionierung des DBfK, ÖGKV und SBK. Online unter: https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/ANP-DBfK-OeGKV-SBK_2025.pdf (12.01.2026).

DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe; vdää*, Verein demokratischer Ärzt*innen; VdPP, Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (Hrsg.) (2025): Primärversorgungszentren statt Primärarztsystem. Online unter: https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/Positionspapier_Primaerversorgungszentren_DBfK_vdaeae_VdPP.pdf (12.01.2026).

DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.) (2024): Pflege 2024 – Weichenstellung für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung. Online unter: https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/DBfK-Thesenpapier_Weichenstellung_2024.pdf (12.01.2026).

DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe; vdää*, Verein demokratischer Ärzt*innen; VdPP, Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (Hrsg.) (2023): Gesundheitsversorgung sichern und weiterentwickeln: die Community Health Nurses als zentrale Akteure. Online unter: https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/Positionspapier_vdaeae_vdpp_DBfK.pdf (12.01.2026).

Agnes-Karli-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung (Hrsg.) (2022): Community Health Nursing. Aufgaben und Praxisprofile. Online unter: https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/CHN_Broschüre_2022-Aufgaben-und-Praxisprofile.pdf (12.01.2026).

DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.) (2021): Weiterentwicklung der Primärversorgung und Aufgabenverteilung unter den Gesundheitsprofessionen. Online unter: <https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/Weiterentwicklung-Primäerversorgung-2021-11.pdf> (12.01.2026).

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordwest e.V.

Regionalvertretung Nord | Am Hochkamp 14 | 23611 Bad Schwartau | Telefon: +49 511 696844-0 |
E-Mail: nordwest@dbfk.de | www.dbfk.de