

Positionierung des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V. zum Gesetzentwurf zur Einführung der „mobilen Gemeindeschwester Plus“ in Baden-Württemberg

Gesetzentwurf der Fraktion der SPD „Gesetz zur flächendeckenden Etablierung mobiler Gemeindeschwesternplus in Baden-Württemberg“ und zur Abschlussveranstaltung zur Förderlinie Konzeptualisierung und Aufbau von Primärversorgungszentren und Primärversorgungsnetzwerken in Baden-Württemberg am 28. Mai 2025

Der Verband medizinischer Fachberufe e.V. begrüßt grundsätzlich, dass der Gesetzentwurf auf die zunehmenden Herausforderungen in der ambulanten Versorgung reagiert und Handlungsbedarf erkennt. Der anhaltende Fachkräftemangel, der nicht nur die Pflege, sondern sämtliche Berufsgruppen im und außerhalb des Gesundheitswesens betrifft, macht eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen notwendig.

Trotzdem sehen wir den vorliegenden Gesetzentwurf in zentralen Punkten kritisch, da er aus unserer Sicht unausgereift ist und Schnittstellen im bestehenden Versorgungssystem berührt, deren Veränderungen zu relevanten Versorgungsproblemen führen können.

1. Unklare Definition und fehlende Integration bestehender Berufe

Der Gesetzentwurf bleibt vage hinsichtlich der Qualifikation der „mobilen Gemeindeschwester plus“. Mal ist von der mobilen Gemeindeschwester plus, mal von der Fachkraft Gemeindeschwester plus die Rede. Erst in § 3 Absatz 1 wird von einer Pflegefachkraft gesprochen. Diese Begriffe wurden in der Abschlussveranstaltung nicht verwendet und erläutert, lediglich ein weiterer neuer Begriff die Community Health Nurse eingebracht.

2. Widersprüchliche Zielsetzung beim Umgang mit Fachkräftemangel

Dass ausgerechnet in einer Zeit akuten Personalmangels in der Pflege ein neues Berufsbild – die Community Health Nurse (CHN) – mit erweiterten Aufgaben und akademischer Qualifikation flächendeckend etabliert werden soll, erscheint widersprüchlich. Die Einführung dieses neuen Profils droht, Personalressourcen an der Basis zu entziehen und könnte bestehende Berufsgruppen in ihrer Funktion schwächen, statt Synergien zu schaffen. Eine solche Parallelstruktur gefährdet die Versorgungssicherheit. Im Übrigen wird hier von vornherein die starke Arbeitsmarktrelevanz der verschiedenen Gesundheitsberufe eingeschränkt bzw. nicht genutzt.

3. Missachtung etablierter Versorgungsmodelle und Schnittstellen

Im ambulanten Bereich existieren bereits tragfähige und etablierte Strukturen – insbesondere durch nichtärztliche Praxisassistenzen (NäPA), Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis (VERAH) und Primary Care Manager (PCM). Diese

Berufsgruppen agieren erfolgreich als Schnittstellen zwischen Patient:innen, Ärzt:innen, Pflegenden, Therapeut:innen und sozialen Diensten. Ihre Kompetenzen und Rollen werden im Gesetzentwurf kaum berücksichtigt, obwohl gerade sie zur Entlastung hausärztlicher Praxen beitragen und in Modellen wie dem in Baden-Württemberg erfolgreich erprobten HÄPPI-Projekt eine zentrale Rolle spielen.

Der Gesetzentwurf lässt offen, ob und wie bestehende Berufsgruppen in das Modell einbezogen werden sollen. Diese Unklarheit schafft Planungsunsicherheit und birgt das Risiko der Degradierung nicht-pflegerischer, aber medizinischer Gesundheitsberufe wie MFA, VERAH, NäPA oder PCM. Die wiederholte Darstellung, diese Berufe könnten CHN „unterstützen“, deutet auf ein Hierarchiedenken hin, das der Realität multiprofessioneller Zusammenarbeit widerspricht. Diese Berufe arbeiten eigenständig in ärztlicher Delegation und im Rahmen Ihrer eigenen Berufsdisziplin – nicht in pflegerischer Unterordnung.

4. Gefährliche Ausweitung von Vorbehaltsaufgaben

Die im Rahmen der Diskussion angesprochene Möglichkeit, Disease-Management-Programme (DMP) künftig als Vorbehaltsaufgaben akademisierter Pflegeberufe zu definieren, lehnen wir entschieden ab. Die Komplexität chronischer Erkrankungen verlangt eine krankheitsspezifische, interprofessionelle Versorgung, bei der alle Berufsgruppen – auch MFA, VERAH, NäPA, PCM, Physician Assistants und diverse Therapeutische Berufsgruppen – eingebunden sein müssen. Eine ausschließliche Übertragung auf die CHN widerspricht dem Prinzip kooperativer Versorgung und birgt die Gefahr einer Unterversorgung.

5. Fehlende Einbindung ärztlicher und therapeutischer Fachberufe

Der Gesetzestext verpasst es, eine zentrale Voraussetzung für gelingende Versorgung klar zu benennen: die verbindliche Einbindung von Haus- und Fachärzten sowie anderen Gesundheitsberufen. Ohne strukturierte Kommunikation und gemeinsame Fallbesprechungen (z. B. im Rahmen eines digitalen Case- und Care-Managements) ist keine effiziente, patientenzentrierte Prävention und Versorgung möglich. Dies sollte verpflichtend im Gesetz verankert sein.

6. Unpräzise Altersgrenze und fehlende Präventionslogik

Die vorgesehene Altersgrenze von 80 Jahren für präventive Hausbesuche erscheint aus berufspraktischer Sicht zu hoch. Viele chronische Erkrankungen und Pflegebedarfe treten bereits deutlich früher auf – eine präventive Versorgung muss deshalb frühzeitiger ansetzen, idealerweise ab dem 60. Lebensjahr. Nur so kann der präventive Charakter des Gesetzes tatsächlich wirksam werden.

7. Fehlende Transparenz bei der Gesetzesgestaltung

Die Abschlussveranstaltung zum Gesetzentwurf offenbarte erhebliche kommunikative Defizite. Wichtige Fragen – etwa zur Aufgabenverteilung, zur Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen oder zur Fallverantwortung – blieben unbeantwortet oder wurden falsch wiedergegeben. Der Mangel an Transparenz bei der Entwicklung des Gesetzes verstärkt unsere Bedenken hinsichtlich seiner Umsetzbarkeit und Wirkung.

Fazit

Wir als Verband medizinischer Fachberufe e.V. erkennen die Intention an, mit innovativen Ansätzen auf den Fachkräftemangel und die demografischen Herausforderungen im ambulanten Bereich zu reagieren. Der vorliegende Gesetzentwurf greift jedoch zu kurz, ist in wesentlichen Punkten nicht ausgereift und riskiert, bestehende Versorgungsstrukturen zu schwächen, statt sie zu stärken, sowie vorhandene Ressourcen verschiedener Gesundheitsberufe nicht zu nutzen.

Wir fordern daher:

- Eine klare Definition und Abgrenzung des Berufsbildes der „mobilen Gemeindegewerkschaft Plus“ zu allen anderen Gesundheitsberufen
- Die verbindliche Einbindung etablierter Berufsgruppen wie VERAH, NäPA, PCM und Physician Assistants
- Den Verzicht auf einseitige Vorbehaltsaufgaben zugunsten einer interprofessionellen Kooperation
- Die gesetzliche Verankerung patientenzentrierter, digital unterstützter Fallbesprechungen
- Eine Überarbeitung der Altersgrenze im Sinne einer effektiven Prävention
- Eine partizipative Gesetzesgestaltung unter Einbezug aller betroffenen Berufsgruppen **vor** dem Gesetzgebungsverfahren

Nur in einer echten Kooperation aller Gesundheitsberufe können wir eine stabile, zukunftsfähige ambulante Versorgung sicherstellen. Der vmf steht hierfür mit seiner Expertise und Erfahrung zur Verfügung – auch im Rahmen politischer Prozesse, Pilotprojekte und Stellungnahmen, unter anderem der zum Berufsgesetz des Physician Assistant.

Patricia Ley

Vizepräsidentin

Verband medizinischer Fachberufe e.V. (vmf)

03.06.2025