

Verband medizinischer Fachberufe e.V. – Postfach 10 26 80 · 44726 Bochum

Bundesministerium für  
Gesundheit

53107 Bonn

Per Mail an  
Pflegereformgesetz-Verbaende@bmg.bund.de

## Geschäftsstelle

**Anschrift**  
Gesundheitscampus-Süd 33  
44801 Bochum

**Telefon** (0234) 777 28-0

**Telefax** (0234) 777 28-200

E-Mail: [info@vmf-online.de](mailto:info@vmf-online.de)  
<http://www.vmf-online.de>

14.07.2025

## Stellungnahme des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V. zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG)

### Vorbemerkung

Der Verband medizinischer Fachberufe e.V. (vmf) begrüßt grundsätzlich das Ziel des Referentenentwurfs, die Kompetenz der in der Pflege beschäftigten Personen zu erhöhen und zu stärken. Allerdings sieht er in einigen Positionen Änderungsbedarf. Das betrifft vor allem zwei Punkte: Einerseits werden vorhandene Strukturen nicht einbezogen und andererseits bleibt die Kompetenz der rund 340.000 Medizinischen Fachangestellten (MFA) sowie der in diesem Beruf Fortgebildeten (wie NäPA, VERAH, EVA, B.A. PCM), die in den ambulanten Arztpraxen Deutschland einen wesentlichen Beitrag zur Versorgung der Patientinnen und Patienten leisten, oft unberücksichtigt.

Im Einzelnen betrifft das die folgenden Punkte

### § 7 Pflegeberatung

*(3) Die Anzahl von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen ist so zu bemessen, dass die Aufgaben nach Absatz 1 im Interesse der Hilfesuchenden zeitnah und umfassend wahrgenommen werden können. Die Pflegekassen setzen für die persönliche Beratung und Betreuung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen entsprechend qualifiziertes Personal ein, insbesondere **Pflegefachpersonen**, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt unter Beteiligung der in § 17 Absatz 1a Satz 2 genannten Parteien bis zum 31. Juli 2018 Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern ab. **§ 4 des Pflegeberufgesetzes ist zu beachten.***

Wir begrüßen den Ausbau der Pflegeberatung durch qualifiziertes Personal, mit der entsprechenden Qualifikation, um hier niedrigschwellige Beratungsangebote zu ermöglichen. Hier sollten zudem Medizinische Fachangestellte mit der Fachqualifikation Versorgungsassistenz (NäPA, VERAH, EVA),

Casemanagement (z.B. nach Curriculum der BÄK) und die B.A. Primary Care Manager mitberücksichtigt werden. Denn diese stellen schon heute die entscheidende beratende Schnittstelle zwischen Ambulant und Stationär sicher.

#### § 7b Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine

*2. Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen,*

*3. Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.*

Unter den Aufgaben der Pflegestützpunkte § 7 b 2 und 3 werden die koordinierenden Aufgaben beschrieben und der Gedanke der Vernetzung aufgegriffen. Bei diesen bestehenden Aufgaben fehlt die Schnittmenge zu den Leistungen, die von entsprechend qualifizierten MFA (...) in den niedergelassenen Praxisteams bereits jetzt erbracht und nur bedingt finanziert werden. Hier sehen wir die Gefahr des Aufbaus von Parallelstrukturen. Gerade diese Aufgaben sollten übergreifend (verbindend) interprofessionell kommuniziert werden, um Über- sowie Unterversorgungen zu verhindern. Ein weiterer Aspekt ist die hier noch nicht vorhandene Möglichkeit des niedrigschwelligen Austauschs zwischen den verschiedenen Professionen innerhalb eines Behandlungs-/Pflegeprozesses.

#### § 7c Pflegestützpunkte, Verordnungsermächtigung

*Laut Absatz (3) 4 (Alt 5) sollen die Träger im Hinblick auf die Vermittlung und Qualifizierung von für die Pflege und Betreuung geeigneten Kräften eng mit dem Träger der Arbeitsförderung nach dem Dritten Buch und den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch zusammenarbeiten.*

Auch im Bereich der Qualifizierung von für die Pflege und Betreuung geeigneter Kräfte sind die Pflegestützpunkte zuständig, die durch die Krankenkassen finanziert werden. Hier würden wir uns einen vergleichbaren Finanzierungsrahmen für die Förderung der Qualifikation der Medizinischen Fachangestellten zur NÄPA, VERAH, EVA, B.A. PCM in diesem Bereich wünschen. Denn auch dort werden Beratungen zur Pflege an der Schnittstelle ambulante, stationäre Versorgung und Häuslichkeit bereits seit 2009 mit der „Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V oder in hausärztlichen Praxen (Delegations-Vereinbarung) vom 17. März 2009 in der Fassung vom 17. Juli 2023“ durchgeführt.

Im ZI-Paper „*Delegation ärztlicher Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung - Befragung unter den Kassenärztlichen Vereinigungen zum Einsatz besonders qualifizierter nichtärztlicher Praxisassistenten (NäPA)*“ wird ersichtlich, wie gut der Einsatz, der oben genannten Versorgungsassistentin (NäPa, EVA) etabliert ist. Hier beliefen sich 2021 die Zahlen der Versorgungsassistent\*innen auf 12.000 in 10.000 Vertragsarztpraxen, welche den Schwerpunkt des Casemanagements, also der Schnittstelle zu Themen der häuslichen sowie strukturübergreifenden Pflege, innehaben. Die Studie „*Hausärztliche Delegationskonzepte in Nordrhein-Westfalen Ergebnisse der hausärztlichen Befragung zum Einsatz von EVA, VERAH, VERAH Plus zur Delegation definierter Tätigkeiten*“ veröffentlicht über ZEFQ unterstützt das ZI-Paper.

In der Veröffentlichung „AGnES: supporting general practitioners with qualified medical practice personnel: model project evaluation regarding quality and acceptance“ zeigt die Evaluation eine hohe Akzeptanz bei den beteiligten Hausärzten, Mitarbeitern und den Patienten, durch die Hausbesuche durch die qualifizierte MFA (AGnES = Arztentlastende gemeindenahe I-Health-gestützte systemische Intervention). Das deutsche AGnES Projekt wurde auf Grund dessen fortgeführt und AGnES wurde in Anlage 8 „*Delegation ärztlicher Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung - Befragung unter den Kassenärztlichen Vereinigungen zum Einsatz besonders qualifizierter nichtärztlicher Praxisassistenten (NäPA)*“ zur NäPa weiterentwickelt.

#### § 8 Absatz Gemeinsame Verantwortung

Im § 8 Absatz 6 sollten die Qualifikationen der zusätzlichen Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, für die die Pflegeeinrichtung einen Vergütungszuschlag erhält, konkretisiert werden. Zum einen aus Transparenz für die Beschäftigten, bezüglich der fachlichen Kompetenzen und Übertragung von entsprechenden Tätigkeiten. Zum anderen, um die Wettbewerbsverzerrung, die vom Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege im Gutachten „*Fachkräfte im Gesundheitswesen; Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource*“ 2024 aufgeführt wurde, nicht weiter zu verschärfen. Die Konkretisierung der zusätzlichen Fachkräfte erfolgt erst in § 113 C Absatz 3.

#### § 8 Absatz 7: „Maßnahmen zur personenzentrierten und kompetenzorientierten Personalentwicklung unter Berücksichtigung der Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen und einschließlich der Entwicklung und Umsetzung von Delegationskonzepten, der Personalqualifizierung und der Führung“

Unter den in § 8 Absatz 7 5. genannten Personalentwicklungsmaßnahmen sollten nicht nur Pflegefachpersonen, sondern - insbesondere bei Delegationskonzepten - auch die Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich mitberücksichtigt werden. Denn hierbei geht es zum Beispiel bei Medizinischen Fachangestellten (ggf. mit entsprechenden Qualifikationen) nicht nur um administrative Aufgabenfelder, sondern auch um medizinische Aufgaben und Tätigkeiten.

#### § 11 Absatz (1a) Neu: Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie betriebliche Interessenvertretungen in die Entwicklung von einrichtungsspezifischen Konzepten zur Delegation von Leistungen von Pflegefachpersonen auf Pflegefachassistentenpersonen sowie auf Pflegehilfskräfte und anderes Personal, das Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringt, einzubeziehen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind über vorhandene Konzepte zu informieren und im Bedarfsfall zu schulen.

Nach unserer Einschätzung muss hier die Rolle der Medizinischen Fachangestellten berücksichtigt werden. Darüber hinaus ist eine Delegation von Leistungen durch Pflegefachpersonen an anderes Personal, wie MFA als Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, rechtlich nicht zulässig.

#### §37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

(3a) Die Beratung nach Absatz 3 dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege sowie der regelmäßigen Hilfestellung und der praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Wird im Rahmen der Beratung festgestellt, dass zur Stärkung der Selbständigkeit oder zur Sicherstellung der Versorgung des Pflegebedürftigen oder zur Entlastung der häuslich Pflegenden aus pflegefachlicher Sicht weitere Maßnahmen erforderlich oder zweckdienlich sind, so sind der Pflegebedürftige und die häuslich Pflegenden im Sinne einer planvollen Unterstützung unter Berücksichtigung der jeweiligen Pflegesituation und zur Vermeidung schwieriger Pflegesituationen insbesondere hinzuweisen auf

1. die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des für sie zuständigen Pflegestützpunktes,
2. die Pflegeberatung nach § 7a einschließlich der Möglichkeit der Erstellung eines Versorgungsplans,
3. die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegekursen nach § 45, auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen, und
4. sonstige geeignete Beratungs- oder Hilfsangebote.

Die Beratungsperson soll der jeweiligen Pflegesituation entsprechende Empfehlungen zur Inanspruchnahme der in Satz 2 genannten Möglichkeiten oder zu deren Kombination aussprechen und diese Empfehlungen mit Einwilligung des Pflegebedürftigen in den Nachweis über einen Beratungsbesuch nach Absatz 3 aufnehmen. Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Pflegebedürftigen und die sie häuslich Pflegenden bei der Inanspruchnahme der in Satz 2 genannten Möglichkeiten zeitnah zu unterstützen.

Wir appellieren hier, vor 4. die bestehenden Beratungs- und Versorgungsstrukturen einzubeziehen. Wie bereits unter § 7 erwähnt, sollten Doppelstrukturen sowie eine unabgestimmte Versorgung nicht zu einer Unter- oder Überversorgung sowie Parallelversorgung führen. Es ist aus unserer Sicht zwingend notwendig, hier die Arzt- und Facharztpraxen in die Beratung zur Pflegesituation einzubeziehen.

#### § 45e Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken

(5) Die in Absatz 1 Satz 4 genannten Mittel werden in den Jahren 2026 bis 2031 für die Finanzierung einer Geschäftsstelle zur Unterstützung von Netzwerkgründungen, der flächendeckenden Etablierung von Netzwerken, der qualitativen Weiterentwicklung regionaler Netzwerke sowie für eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Geschäftsstelle verwendet. Die Geschäftsstelle wird vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen ... im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen seiner Zuständigkeit errichtet. Die Errichtung bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat zudem eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Geschäftsstelle nach allgemeinen wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Näheres über das Verfahren zur Durchführung und Abwicklung der Förderung und zur Auszahlung der Fördermittel regeln das Bundesamt für Soziale Sicherung, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. durch Vereinbarung.

An dieser Stelle möchten wir auf die Einbindung bzw. Vernetzung zu bestehenden Strukturen (z.B. ambulante Versorgung durch NÄPA/VERAH/EVA) verweisen. Auch diese müssen insbesondere bei Absatz 5 berücksichtigt werden.

#### § 113b Qualitätsausschuss

(2) Der Qualitätsausschuss besteht aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (Leistungsträger) und aus Vertretern der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene (Leistungserbringer) in gleicher Zahl; Leistungsträger und Leistungserbringer können jeweils höchstens elf Mitglieder entsenden. Dem Qualitätsausschuss gehören auch ein Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und ein Vertreter der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene an; sie werden auf die Zahl der Leistungsträger angerechnet. Dem Qualitätsausschuss kann auch ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. angehören; die Entscheidung hierüber obliegt dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Sofern der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. ein Mitglied entsendet, wird dieses Mitglied

*auf die Zahl der Leistungsträger angerechnet. Dem Qualitätsausschuss soll auch ein Vertreter der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene angehören; die Entscheidung hierüber obliegt den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene. Sofern die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene ein Mitglied entsenden, wird dieses Mitglied auf die Zahl der Leistungserbringer angerechnet. Eine Organisation kann nicht gleichzeitig der Leistungsträgerseite und der Leistungserbringerseite zugerechnet werden. Jedes Mitglied erhält eine Stimme; die Stimmen sind gleich zu gewichten. Der Medizinische Dienst Bund wirkt in den Sitzungen und an den Beschlussfassungen im Qualitätsausschuss, auch in seiner erweiterten Form nach Absatz 3, beratend mit. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken in den Sitzungen und an den Beschlussfassungen im Qualitätsausschuss, auch in seiner erweiterten Form nach Absatz 3, nach Maßgabe von § 118 mit.*

Im Interesse der Qualitätssicherung der Pflegeprozesse, gerade im Fokus des ambulanten Bereiches, sollten hier auch die primären Schnittstellenberufe einbezogen werden und ebenfalls einen festen Sitz sowie Stimmrecht erhalten. Dies sind unter anderen die Bundesvertretung der MFA, welche die NÄPA, VERAH, EVA und B.A. PCM, vertritt. Wir beziehen uns hier auf § 113 c.3, in der die Medizinischen Fachangestellten als Fachkräfte miteinbezogen sind, und auf die bereits bestehenden Tätigkeitsfelder mit Schnittmenge zur Pflege. Hier appellieren wir sehr deutlich im Sinne der interprofessionellen Zusammenarbeit und der Qualitätssicherung fehlende relevante Verbände miteinzubeziehen.

#### *§ 113c Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen*

*(3)soll die Pflegeeinrichtung geeignete Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die einen personenzentrierten und kompetenzorientierten Personaleinsatz im Sinne der Ziele des § 113c gewährleisten; diese sollen sich an den fachlichen Zielen und der Konzeption der Maßnahmen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, orientieren, kann die Pflegeeinrichtung bis zum 31. Dezember 2026 für die Stellenanteile der personellen Ausstattung nach Absatz 1 Nummer 2, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgehen, auch Personal vorhalten, das über eine mindestens einjährige, medizinische, soziale, hauswirtschaftliche, kaufmännische oder betriebswirtschaftliche Qualifikation verfügt und entsprechend der Qualifikation administrative oder pflegerische Aufgaben zur Entlastung des Fachkraftpersonals nach Absatz 1 Nummer 3 übernimmt*

In § 113 c sehen wir unter den aufgezählten Kompetenzen durchaus Schnittmengen zur dreijährigen Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten. Die hierfür vorgesehenen Tätigkeitsfelder entsprechen jedoch nicht dem Anspruch des Berufsbildes MFA. Unter dem Aspekt der knappen Ressourcen, auch bei Medizinischen Fachangestellten in der ambulanten Versorgung (siehe Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege veröffentlichtes Gutachten „*Fachkräfte im Gesundheitswesen; Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource*“ 2024), sind Medizinische Fachangestellte für diese Aufgaben überqualifiziert.

*3. nach b) Finanziert werden kann auch die Differenz zwischen dem Gehalt der Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung, sofern die Pflegehilfskraft mindestens ein Jahr beruflich tätig war. Finanziert werden können zudem Ausbildungsaufwendungen, soweit diese Aufwendungen nicht von anderer Stelle finanziert werden. Die Stellenanteile, die bis zum 31. Dezember 2026 mit Personal nach Satz 1 Nummer 2 besetzt wurden, können ab dem 1. Januar 2027 zusätzlich zu den verhandelten Stellenanteilen nach Absatz 1 Nummer 2 vereinbart werden. Der Durchführung einer Ausbildung nach Satz 1*

*Nummer 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa steht es gleich, wenn die Pflegeeinrichtung nachweist, dass die Ausbildung schnellstmöglich, spätestens jedoch bis zum 30. Dezember 2028, begonnen wird und das Pflegehilfskraftpersonal bei Abschluss der Vereinbarung mindestens fünf Jahre mit im Jahresdurchschnitt mindestens hälftiger Vollzeitbeschäftigung in der Pflege tätig war.*

Der Ausgleich für die Ausbildungskosten verschärft die Wettbewerbsverzerrungen, welche bereits im Gutachten (Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege veröffentlichtes Gutachten „*Fachkräfte im Gesundheitswesen; Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource*“ 2024) kritisiert werden bzw. für die an das Bundesministerium für Gesundheit ein Prüfauftrag eingefordert wurde. Bevor weitere Gegenfinanzierungen von Ausbildungs- und Qualifizierungskosten für die Pflege übernommen werden, sollten die Gegenfinanzierungen der Ausbildungs- und Qualifizierungskosten für Medizinische Fachangestellte gefördert werden. Dies würde außerdem zur Fachkräftesicherung - ambulant, wie stationär - beitragen.

Da die Ausbildung der Medizinischen Fachangestellten vorwiegend in niedergelassenen Praxen stattfindet, werden diese Ausbildungskosten über die zuständigen Stellen (Landeskammern und Kammern) und die ausbildenden Betriebe geleistet - ohne jegliche Gegenfinanzierung. Die Kosten der Prüfungen, der inner-, über- und außerbetrieblichen Ausbildungsmaßnahmen werden beispielsweise über die Kammerbeiträge der niedergelassenen Ärzte finanziert.

Im „*IW-Arbeitsmarktforschung 2027 33/2024*“ prognostiziert das Institut der deutschen Wirtschaft in Köln eine Fachkräftelücke für medizinische Fachkräfte als Fachkraft für 2027 von 16.060 noch vor der Altenpflege als Fachkraft. Das bedeutet, dass der Wettbewerb um Medizinische Fachangestellte sich weiter verschärfen wird.

*(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene geben unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe gemeinsame Empfehlungen zu den Inhalten der Verträge nach Absatz 5 ab. Die gemeinsamen Empfehlungen nach Satz 1 umfassen auch Empfehlungen zu den Aufgabenbereichen für Personal nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3. Wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c erarbeitet wurden, sind dabei zu berücksichtigen. Sie arbeiten dabei mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen eng zusammen. Kommen die Empfehlungen nach Satz 1 nicht zustande, wird auf Antrag einer Partei nach Satz 1 ein Schiedsgremium aus drei unparteiischen und unabhängigen Schiedspersonen gebildet. Der unparteiische Vorsitzende des Schiedsgremiums und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie werden vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene benannt. Kommt eine Einigung über ihre Benennung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, erfolgt die Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Das Schiedsgremium setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder spätestens bis zum Ablauf von zwei Monaten nach seiner Bestellung die Empfehlungen fest. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu gleichen Teilen.*

Wie bereits bei § 113b Absatz 2 formuliert, sollte im Sinne der Qualitätssicherung und interkonfessionellen Versorgung auch die Bundesvertretung der MFA, welche die NÄPA, VERAH, EVA und B.A. PCM vertreten, einbezogen werden.

#### § 113c Absatz (5) 3: (Vorhaltung anderer Fachkräfte)

*die erforderlichen Qualifikationen für das Pflege- und Betreuungspersonal, das von der Pflegeeinrichtung für die personelle Ausstattung nach Absatz 1 oder Absatz 2 vorzuhalten ist; bei der personellen Ausstattung mit Fachkräften sollen neben Pflegefachpersonen auch andere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich vorgehalten werden können; dazu gehören insbesondere staatlich anerkannte Hauswirtschaftler, Ergotherapeuten, Logopäden, medizinische Fachangestellte und Physiotherapeuten sowie konzeptabhängig Heilerziehungspfleger, deren Qualifikationsprofil die Voraussetzungen des Beschlusses der Kultusministerkonferenz vom 16. Dezember 2021 „Kompetenzorientiertes Qualifikationsprofil für die Ausbildung von Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspflegern an Fachschulen“ in der Fassung, die auf der Internetseite der Kultusministerkonferenz veröffentlicht ist, erfüllen; die erforderlichen Qualifikationen für das vorzuhaltende Personal nach Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 werden auch eingehalten, wenn hierfür das Personal mit einer jeweils höheren Qualifikation vorgehalten wird; im Fall des § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1 bis 3 wird die Eingruppierung und im Fall des § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 4 die Zuordnung zu einer Qualifikationsgruppe jeweils durch den konkreten Einsatz bestimmt.*

Wir fordern in diesem Gesetzesentwurf die korrekte Erfassung und Schreibweise als **Medizinische Fachangestellte**. Des Weiteren fordern wir in Bezug auf die Wettbewerbsverzerrung eine Quotierung von 5 Prozent an Medizinischen Fachangestellten, um die Wettbewerbsverzerrung, wie oben bereits angemerkt, nicht weiter zu verzerren.

Es gilt zu berücksichtigen, dass die Berufsbilder der Medizinischen Fachangestellten und der Pflegefachpersonen gewisse Schnittstellen in der Ausbildung und Ausübung ihrer Tätigkeiten haben. Allerdings sehen wir die Gefahr bei der pflegerischen Versorgung aufgrund der nicht vorhandenen Pflegekompetenzen im Berufsbild der MFA. Diese finden sich lediglich als Schnittstellentätigkeit in der Qualifizierung zur Versorgungsassistentin. Hier betonen wir, dass es um Schnittmengen zu Pflegeprozessen geht. Diese beziehen sich vorwiegend auf die Beratung und nicht auf die Durchführung pflegerischer Tätigkeiten.

#### Absatz (9) Geschäftsstelle

*(9) Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene beauftragen gemeinsam mit den Vertragsparteien nach § 113 Absatz 1 Satz 1 bis zum 31. Dezember 2026 eine unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle mit der Begleitung und Unterstützung einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen. Die beauftragte Geschäftsstelle soll insbesondere die folgenden Zielgruppen und Maßnahmen unterstützen: 1. Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der fachgerechten Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung, 2. Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von Pflegedokumentationskonzepten, die den Anforderungen des § 113 Absatz 1 Satz 2 bis 4 entsprechen, 3. Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von personenzentrierten und kompetenzorientierten Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen; für vollstationäre Pflegeeinrichtungen auch nach § 113c Absatz 3 Satz 1 Nummer 1, 4. Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage der wissenschaftlichen Expertisen nach § 8 Absatz 3c sowie bei der Entwicklung und Umsetzung von Führungs- und Delegationskonzepten und 5. Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung eines ganzheitlichen,*

personenzentrierten Pflegeverständnisses, das die Stärkung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt stellt. Die Unterstützung nach Satz 2 soll insbesondere erfolgen durch 1. die Entwicklung und Durchführung von Schulungsmaßnahmen zu den Maßnahmen nach Satz 2, insbesondere für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, um entsprechende Schulungsmaßnahmen bundesweit in geeigneter regionaler Dichte und Häufigkeit anbieten zu können, 2. die Entwicklung und Bewertung fachlicher Informationen, von Assessmentinstrumenten und Konzepten zur Nutzung durch Pflegefachpersonen und Leitungskräfte in der Pflege zu den Maßnahmen nach Satz 2 und die öffentliche Bereitstellung dieser Informationen, Assessmentinstrumente und Konzepte im Internet. Der Medizinische Dienst Bund und die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nach Maßgabe von § 118 sowie weitere relevante Fachorganisationen sind bei der Entwicklung der Maßnahmen nach Satz 2 zu beteiligen. Näheres zur Zusammensetzung und Arbeitsweise der Geschäftsstelle, insbesondere zur Auswahl und Qualifikation der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, regeln die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene und die Vertragsparteien nach § 113 Absatz 1 Satz 1 in einer Geschäftsordnung. Die Geschäftsstelle ist bis zum 31. Dezember 2031 befristet. Die Geschäftsstelle wird aus den Mitteln des Ausgleichsfonds finanziert.

Die am Prozess beteiligten Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialwesen, wie NÄPA, VERAH, EVA, B.A. PCM als Zielgruppe müssen hier maßgeblich eingebunden werden. Insbesondere bei der Entwicklung von Führungs- und Delegationsprozessen und Entwicklungen und Durchführung von Schulungsmaßnahmen sowie die Entwicklung und Bewertung fachlicher Informationen, vor allem in Bezug auf die ambulante und sektorenübergreifende Versorgung. Aber auch die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Pflegenden und Angehörigen sowie Pflegevermeidung durch die Einbindung in die präventiven Maßnahmen, welche gut gesichert über die Arztpraxen erfolgen können.

#### § 123 Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier

(1) Im Zeitraum von 2025 bis 2029 fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen regionalspezifische Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und vergleichbar Nahestehende vor Ort und im Quartier. Die Förderung erfolgt im Zeitraum von 2025 bis 2028 aus dem Ausgleichsfonds mit bis zu 30 Millionen Euro je Kalenderjahr und in dem Jahr 2029 entsprechend Absatz 5 Satz 3. Die Förderung dient insbesondere dazu, 1. die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu erleichtern, 2. den Zugang zu den vorhandenen Pflege- und Unterstützungsangeboten zu verbessern, 3. die Pflegeprävalenz positiv zu beeinflussen, 4. den Fachkräftebedarf zu decken sowie ehrenamtliche Strukturen aufzubauen, 5. eine bedarfsgerechte integrierte Sozialplanung zur Entwicklung des Sozialraumes zu unterstützen, 6. Unterstützungs- und Entlastungsstrukturen für Pflegearrangements auf- und auszubauen und zu stabilisieren, 7. innovative Konzepte zur Stärkung der gesellschaftlichen Solidarität zu entwickeln oder 8. die Pflegeangebote untereinander digital zu vernetzen. Die Förderung nach den Sätzen 1 und 2 erfolgt, wenn die Modellvorhaben auf der Grundlage landes- oder kommunalrechtlicher Vorschriften auch durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft gefördert werden. Sie erfolgt jeweils in gleicher Höhe wie die Förderung, die vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 60 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht werden kann. Die Förderung von Modellvorhaben durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach den Sätzen 1 und 2 setzt voraus, dass diese den Empfehlungen nach Absatz 3 entsprechen, und erfolgt jeweils im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

Um einer ungleichen Förderung und der Schaffung von Parallelstrukturen entgegenzuwirken, müssen bestehende Strukturen gleichberechtigt eingebunden und gefördert werden. Eine Ausgrenzung bestehender Strukturen würde zu einer Benachteiligung der seit Jahren ambulant erbrachten Leistungen, welche mit weniger Aufwand ausbaufähig wären, führen. Die Versorgung insbesondere in unterversorgten Regionen kann nur berufsübergreifend im Sinne der interprofessionellen Zusammenarbeit gesichert werden.

#### § 125a Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege

Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung die Telepflege eingesetzt und gefördert werden soll. Wir möchten aber an dieser Stelle darauf verweisen, dass es hier zu einer weiteren Ungleichbehandlung in Bezug auf die bestehenden Strukturen, ausgeübt durch die NÄPA, VERAH, EVA, B.A. PCM, kommt. Die flächendeckende Ausstattung mit telemedizinischem Material ist bis heute nicht gesichert und scheitert immer wieder an Finanzierungsfragen.

#### § 317 SGB V Beirat der Gesellschaft für Telematik

Im Beirat der Gesellschaft für Telematik sehen auch wir eine Einbindung weiterer strukturell wichtiger Bundesverbände für sinnvoll und appellieren, hierbei die ambulanten Vertretungen, wie die der Medizinischen Fachangestellten auf Bundesebene einzubeziehen.

Verband medizinischer Fachberufe e.V. –

Hannelore König  
Präsidentin

Patricia Ley  
Vizepräsidentin