

§ 73d

**Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen
im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung
häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation**

(1) ¹ Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger von Pflegeheimen im Sinne des § 71 Absatz 2 des Elften Buches vereinbaren bis zum 31. Dezember 2026 in einem Vertrag

1. einen Katalog an Leistungen der ärztlichen Behandlung, die Pflegefachpersonen nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 eigenverantwortlich erbringen können,
2. einen Katalog an Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, einschließlich der für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel nach § 33, die Pflegefachpersonen jeweils nach § 15a Absatz 1 Nummer 2 eigenverantwortlich verordnen können, sowie das Nähere zum Verfahren und zu der Ausgestaltung der Verordnungen,
3. Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten bei der Erbringung der nach den Nummern 1 und 2 vereinbarten Leistungen.

² In dem Vertrag sind auch Vorgaben dazu zu vereinbaren, welche in dem nach Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannten Leistungen nach einer ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung und welche dieser Leistungen nach einer pflegerischen Diagnose erbracht werden können. ³ Diese Vorgaben können in Bezug auf einzelne Leistungen, je nachdem in welchem Versorgungsbereich sie erbracht werden, voneinander abweichen. ⁴ Bis zum 31. Juli 2026 haben die in Satz 1 genannten Vertragspartner zu prüfen, ob Anpassungen des nach § 64d Absatz 1 Satz 4 geschlossenen Rahmenvertrags erforderlich sind, damit die in Anlage 1 des Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen auch in der Regelversorgung erbracht werden können.

(2) ¹ Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner haben unter Beachtung der Vorgaben von § 15a Absatz 1 in dem Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 auch festzulegen, auf der Grundlage welcher Kompetenzen Pflegefachpersonen die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Leistungen und Hilfsmittel jeweils eigenverantwortlich erbringen oder verordnen können.

² Pflegefachpersonen können die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Leistungen und Hilfsmittel bei an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern und bei den Leistungserbringern erbringen oder verordnen, mit denen Verträge nach § 132a Absatz 4 Satz 1 abgeschlossen werden. ³ Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ist vor Abschluss des Vertrags Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; sie haben das Recht, an den Sitzungen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner teilzunehmen. ⁴ Die Stellungnahmen sind beim Entscheidungsprozess der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner zu berücksichtigen. ⁵ Wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c Satz 1 des Elften Buches gefördert wurden, sollen bei der Vereinbarung der Leistungen und Hilfsmittel nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 berücksichtigt werden.

(3) ¹ Kommt der Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 nicht innerhalb der in Absatz 1 Satz 1 genannten Frist zustande, wird der Inhalt des Vertrags auf Antrag eines der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner oder des Bundesministeriums für Gesundheit durch eine von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartnern innerhalb eines Monats nach Antragstellung zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten nach ihrer Bestimmung festgelegt.

² Einigen sich die Vertragspartner nicht fristgerecht auf eine Schiedsperson, so wird diese vom Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt. ³ Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. ⁴ Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. ⁵ Ein Vorverfahren findet nicht statt. ⁶ Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts sind gegen den Vertragspartner zu richten. ⁷ Der von der Schiedsperson festgelegte Vertragsinhalt gilt bis zur gerichtlichen Feststellung der Unbilligkeit weiter.

(4) ¹ Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner evaluieren die Auswirkungen der eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in der vertragsärztlichen Versorgung und durch Pflegefachpersonen, die in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigt sind, im Hinblick auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. ² Die Evaluation erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit. ³ Das Bundesministerium für Gesundheit beteiligt das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend. ⁴ Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2029 einen Bericht über das Ergebnis der Evaluation vor.

(5) ¹ Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Entwicklung und Umsetzung der eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in der Versorgung, auch in Krankenhäusern und in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie in Pflegeeinrichtungen, soweit die eigenverantwortliche Erbringung dieser Leistungen nicht bereits Gegenstand der Evaluation nach Absatz 4 oder der Evaluation nach § 112a Absatz 4 war. ² Die Ergebnisse der Evaluationen nach Absatz 4 und § 112a Absatz 4 sind zu berücksichtigen. ³ Nach Abschluss der Evaluation nach Satz 1 prüft das Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches, ob und inwieweit die Vorgaben für die Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in der Versorgung umgesetzt wurden und ob die bestehenden leistungsrechtlichen Regelungen zur eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen angepasst werden müssen oder erweitert werden können. ⁴ Bei der Prüfung sind wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c Satz 1 des Elften Buches gefördert wurden, zu berücksichtigen. ⁵ Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend ein Jahr nachdem ihm beide Berichte nach Absatz 4 und § 112a Absatz 4 vorgelegt wurden, über das Ergebnis dieser Prüfung.

Begründung zum Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege zum Einfügen von § 73d:

Zu Absatz 1 – Anmerkung: siehe Änderung in Satz 1 und Satz 4 sowie Einfügen von Satz 2 und 3 durch den 14. Ausschuss

Die Vorgaben in § 63 Absatz 3c zu den Modellvorhaben zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachpersonen wurden trotz der durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) eingeführten gesetzlichen Konkretisierung in § 64d bisher nicht flächendeckend umgesetzt. Ein Grund hierfür ist, dass die berufsrechtlich zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Erbringung von nach dem Gesetzeswortlaut „erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten“ qualifizierten Pflegefachpersonen durch das lediglich modellhafte Erproben ihrer möglichen Aufgaben keine belastbare Perspektive für ein dauerhaftes Ausüben dieser Aufgaben hatten und deswegen das Interesse an der Teilnahme an den Modellvorhaben gering war. Um den Pflegefachpersonen diese Perspektive zu eröffnen, werden die Modelle in die Regelversorgung überführt.

Die Festlegung der konkreten Leistungen der ärztlichen Behandlung, die Pflegefachpersonen mit der erforderlichen fachlichen Qualifikation zukünftig im Rahmen der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen können, erfolgt in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 zu schließenden Vertrag. Mit diesem können nicht nur die Modellvorhaben in die Regelversorgung überführt, sondern auch zusätzliche Möglichkeiten zur Erbringung von bestimmten Leistungen der ärztlichen Behandlung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege und der Hilfsmittelversorgung geschaffen werden. Dabei ist der gesamte Bereich der ärztlichen Behandlung, einschließlich der ärztlichen rehabilitativen Leistungen zu berücksichtigen. Darüber hinaus wird die Möglichkeit geschaffen, über die Regelungen der Modellvorhaben hinaus weitere Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen auf der Grundlage der erforderlichen fachlichen Kompetenzen zu vereinbaren, die neben Ärztinnen und Ärzten auch von Pflegefachpersonen erbracht werden können. Damit ist ein wichtiger Schritt zur Entwicklung einer kompetenzorientierten, teambasierten Zusammenarbeit und zur Aufwertung der Kompetenzen entsprechend qualifizierter Pflegefachpersonen in der gesetzlichen Krankenversicherung getan.

Die Einzelheiten werden bis zum 31. Juli 2027 in einem Vertrag durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger von Pflegeheimen im Sinne des § 71 Absatz 2 des Elften Buches vereinbart. So kann eine bereits etablierte Struktur genutzt werden, da die vormaligen Vertragspartner das Thema unter dem Blickwinkel der Modellvorhaben schon einmal bearbeitet haben und somit auf den entsprechenden Rahmenvertrag nach § 64d Absatz 1 Satz 4 aufbauen können. Dabei sollen in den Vertrag nach § 73d Absatz 1 Satz 1 nur solche Leistungen aufgenommen werden, die nicht bereits heute regelhaft zu pflegerischen Aufgaben gehören und beispielsweise verpflichtend durch Pflegefachpersonen aufgrund von Qualitätssicherungsvorgaben im Elften Buch zu erbringen sind. Dafür sollte eine fachliche Auseinandersetzung insbesondere mit den nach dem Pflegeberufgesetz und der Pflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung vermittelten Kompetenzen, auch unter Einbeziehung des Rahmenlehrplans und der Mustercurricula der Fachkommission nach § 53 des Pflegeberufgesetzes, mit etablierten Qualitätssicherungsinstrumenten in der Pflege (beispielsweise den Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege), den pflegerelevanten Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und den Inhalten der externen Qualitätssicherung pflegerischer Leistungen und eine Identifikation der darin implizit enthaltenen Kompetenzanforderungen und bereits heute der Pflege zugeordneten Aufgaben erfolgen. Auf dieser Basis können darüberhinausgehende, weitergehende Leistungen, für die die erforderlichen fachlichen Kompetenzen bei Pflegefachpersonen bestehen und die bisher allein den Ärzten vorbehalten waren, identifiziert und vereinbart werden. Die Pflegefachpersonen erbringen die im Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 zu vereinbarenden Leistungen eigenverantwortlich und berufsrechtlich weisungsfrei. Voraussetzung hierfür ist, dass sie über die fachlich erforderlichen Kompetenzen verfügen. Dabei soll der Vertrag die Leistungen, die erbracht werden können, abhängig vom vorhandenen beruflichen Qualifikationsniveau oder abhängig von im Wege der Weiterbildung erworbenen fachlichen Kompetenzen, darstellen. Das in dem Vertrag enthaltene, berufliche Qualifikationsniveau kann Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 1 oder nach § 1 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes umfassen. Die in dem Vertrag zu regelnden Leistungen setzen eine ärztliche Diagnose und Indikationsstellung voraus. Bei den Katalogen ist mit abzubilden, dass die Pflegeprozessverantwortung der Pflegefachperson nach § 4 des Pflegeberufgesetzes bestehen bleibt und sich nach § 15a Absatz 2 im Fall der Erbringung der nach Absatz 1 vereinbarten Leistungen auch auf diese erstreckt, ohne die gleichzeitig bestehende Einbindung der Pflegefachpersonen in die teambasierte Ausgestaltung eines ärztlichen Therapieprozesses in Frage zu stellen.

Der Umfang der berufsrechtlichen Qualifikation ergibt sich für Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes aus den §§ 4, 4a und 5 des Pflegeberufgesetzes; für Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes darüber hinaus aus § 37 des Pflegeberufgesetzes. Erfasst sind damit ab dem 1. Januar 2025 auch die Bereiche diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz aus § 37 Absatz 2 Satz 2 i. V. m. Absatz 3 Satz 2 Nummer 6 bis 9 des Pflegeberufgesetzes. Soweit im Vertrag die Erbringung bestimmter Leistungen der ärztlichen Behandlung einschließlich der rehabilitativen ärztlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen auf der Grundlage von staatlich anerkannten Weiterbildungen vereinbart ist, können hierfür auch staatlich anerkannte Weiterbildungen, die die in den Modulen der Fachkommission nach § 14 des Pflegeberufgesetzes sowie in den standardisierten Kompetenzbeschreibungen nach § 14a des Pflegeberufgesetzes enthaltenen Kompetenzen vermitteln, berücksichtigt werden. Ebenso können staatliche anerkannte Fachweiterbildungen, z. B. im Bereich Diabetes mellitus oder Wundmanagement, gerontopsychiatrische Zusatzqualifikationen, aber auch Weiterbildungen in anderen Bereichen der Versorgung berücksichtigt werden.

Für Pflegefachpersonen mit einer beruflichen oder hochschulischen Pflegeausbildung (Erlaubnis nach § 1 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes) kommen als zu vereinbarende, eigenverantwortlich zu erbringende Leistungen, für die die berufliche oder hochschulische Ausbildung die erforderlichen fachlichen Kompetenzen vermittelt, beispielsweise die Entscheidung über die Anlage eines Venenverweilkatheters/einer subkutanen Kanüle, die Gabe einer physiologischen Infusionslösung bei Exsikkose, die Entscheidung über die Anlage eines transurethralen Blasenkatheters bei einem Harnverhalt sowie die Entscheidung über dessen Entfernung in Betracht. Für Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes, die im Rahmen ihrer hochschulischen Ausbildung die in § 37 Absatz 2 Satz 2 i. V. m. Absatz 3 Satz 2 Nummer 6 bis 9 des Pflegeberufgesetzes genannten Kompetenzen in den Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz erworben haben, werden in § 37 Absatz 3 Nummer 8 des Pflegeberufgesetzes bereits ausdrücklich die Verabreichung von Infusionstherapie und Injektionen sowie die Verordnung von und Versorgung mit Medizinprodukten und Hilfsmitteln in den drei genannten Bereichen als Aufgaben, für die diese qualifiziert sind, genannt. Darüber hinaus verfügen diese Pflegefachpersonen über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen, um beispielsweise in

einem bestimmten Rahmen Insulindosen bei Blutzucker-Abweichungen anzupassen oder kapilläre und venöse Blutentnahmen oder eine Uringewinnung zur Routinediagnostik und Verlaufskontrolle bei Diabetes mellitus Typ 1 und 2 vorzunehmen; sie können zudem beispielsweise die Information, Beratung, und Schulung, zum Beispiel zur Ernährung – soweit nicht eine weitergehende Ernährungstherapie durch die dafür zuständigen Berufsgruppen indiziert ist – sowie zur Bewegung, Hautpflege und Risikominimierung bei Diabetes mellitus Typ 1 und 2 durchführen. Im Zusammenhang mit dem Management chronischer Wunden können sie zum Beispiel venöse Blutentnahmen/Wundabstriche durchführen und entsprechende Laborwerte (zum Beispiel zur Kontrolle von Entzündungsparametern) bewerten. Zudem können sie die Information, Schulung und Beratung zum Beispiel zu Themen wie Selbstpflege, Selbstmanagement, Ernährung, Druckentlastung, Prävention von Durchblutungsstörungen, Bewegungsförderung, Infektionsprävention, Körperbild, Hautschutz und Rezidivprophylaxe durchführen. Zu prüfen wäre zudem, ob entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen, auch mit einer geeigneten, qualifizierten Fachweiterbildung, zum Beispiel eigenverantwortliche Entscheidungen über den Einsatz von Wundpräparaten und speziellen Verbandsmaterialien treffen können.

Die eigenverantwortliche Erbringung entsprechender Aufgaben durch Pflegefachpersonen kann nach internationalen Erkenntnissen, gerade auch durch die Einbringung der pflegerischen Perspektive und spezifischen Kompetenzen von Pflegefachpersonen, zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgung, insbesondere beim Management chronischer Erkrankungen und bei Patientinnen und Patienten mit Demenz, führen. Zudem können Arbeitsprozesse durch Pflegefachpersonen ohne Abwarten ärztlicher Anordnungen oder Verordnungen erfolgen, was Aufwand und ggf. Wegezeiten, insbesondere für ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen, einsparen kann. Für die Ärztin oder den Arzt kann die eigenverantwortliche Übernahme dieser Leistungen durch Pflegefachpersonen eine Entlastung in der Praxistätigkeit und eine Verbesserung der Compliance, gerade bei der Betreuung chronisch kranker Patientinnen und Patienten, bedeuten, die wiederum die Häufigkeit von Arzt- und Praxiskontakten reduzieren kann.

Die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen wird über den Katalog in Satz 1 Nummer 1 hinaus in Nummer 2 auch dahingehend konkretisiert, dass die eigenverantwortliche Entscheidung über die (Folge-)Verordnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege und der für die Ausführung dieser Leistungen benötigten Hilfsmittel unter der Voraussetzung einer ärztlichen Erst-Verordnung ermöglicht wird. Daher ist im Vertrag auch ein Katalog dieser Leistungen einschließlich der hierfür benötigten Hilfsmittel zu vereinbaren. Die Möglichkeit zur Ausstellung von Folgeverordnungen soll ebenfalls nach der vorhandenen Qualifikation der Pflegefachperson gestaffelt werden. So können Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufgesetzes eigenverantwortlich Folgeverordnungen beispielsweise für Leistungen der Grundpflege, hauswirtschaftlichen Versorgung, Ausscheidungen, oralen Ernährung, für das Absaugen der oberen Luftwege, die Versorgung eines suprapubischen Katheters, zum Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung, zur Katheterisierung der Harnblase, zur Stomabehandlung, zur PEG/PEJ-Versorgung sowie zur Wundversorgung einer akuten Wunde auf der Grundlage der in der Pflegeausbildung vermittelten fachlichen Kompetenzen ausstellen. Diese Maßnahmen sind bereits Gegenstand der sog. Blanko-Verordnung nach § 37 Absatz 8. Darüber hinaus ist die Möglichkeit von Folgeverordnungen durch Pflegefachpersonen für Sondennahrung über eine Magensonde oder für die Blutzuckermessung zu prüfen. Pflegefachpersonen, die über eine Erlaubnis nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes und damit zusätzlich über die in § 37 Absatz 2 Satz 2 i. V. m. Absatz 3 Satz 2 Nummer 6 bis 9 des Pflegeberufgesetzes genannten Kompetenzen in den Bereichen diabetische Stoffwechsellaage, chronische Wunden und Demenz oder vergleichbare Kompetenzen verfügen, können zudem beispielsweise Folge-Verordnungen für Hilfsmittel und Materialien zur Insulinbehandlung oder Folge-Verordnungen zur Versorgung von chronischen Wunden ausstellen. Da im Vertrag auch durch staatlich anerkannte Weiterbildungen erworbene Kompetenzen für eine eigenverantwortliche Erbringung dieser Leistung zugrunde gelegt werden können, sind auf Grundlage entsprechender Weiterbildungen grundsätzlich auch Folgeverordnungen in anderen Bereichen wie zum Beispiel bei Ernährungs- und Ausscheidungsproblemen, Tracheostoma, akuter oder chronischer Beeinträchtigung der Atmung, bei Vorliegen der fachlich erforderlichen Kompetenzen auch in der Intensivversorgung und der psychiatrischen Versorgung möglich.

Die Vertragspartner bestimmen darüber hinaus das Nähere zur formalen und inhaltlichen Ausgestaltung der Folgeverordnungen für Leistungen der häuslichen Krankenpflege und Hilfsmittelversorgung durch Pflegefachpersonen.

Besonders wichtig wird zukünftig eine teambasierte, interprofessionelle Zusammenarbeit der eigenverantwortlich Leistungen der ärztlichen Behandlung erbringenden Pflegefachpersonen mit Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Berufsgruppen sein. Dafür sind im Vertrag Festlegungen zu treffen. Diese können beispielsweise die Voraussetzungen für die Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes der Patientin oder des Patienten oder der Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch die Pflegefachperson über die als Folgeverordnung veranlassten Maßnahmen

men betreffen. Die für eine teambasierte, interprofessionelle Zusammenarbeit erforderlichen fachlichen Kompetenzen werden im Rahmen der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung allen Pflegefachpersonen vermittelt (vgl. § 5 Absatz 3 Nummer 3 des Pflegeberufgesetzes). Nach § 37 Absatz 3 Nummer 6 bis 9 des Pflegeberufgesetzes findet in der hochschulischen Pflegeausbildung, in der auch heilkundliche Kompetenzen in den Bereichen diabetische Stoffwechselerkrankungen, chronische Wunden und Demenz vermittelt werden, auch eine vertiefte Auseinandersetzung u. a. mit Fragen der interprofessionellen Zusammenarbeit und wirtschaftlichen Fragen statt. Grundsätzlich sind bei den Katalogen nach Absatz 1 zudem die pflegerischen Vorbehaltsaufgaben (vgl. § 15a Absatz 2) mit abzubilden.

Sofern zur Umsetzung des bisherigen Rahmenvertrags in der Regelversorgung noch Anpassungen erforderlich sind, die sich daraus ergeben, dass die selbständige Erbringung heilkundlicher Leistungen bisher in einem Modellprogramm und nicht der Regelversorgung, erfolgt, zum Beispiel bezüglich der Abrechnung der Leistungen, sind diese bis zum 31. März 2027 nach § 64d Absatz 1 zu vereinbaren.

Zu Absatz 2

In Satz 1 wird vorgesehen, dass die Vertragspartner nach Absatz 1 festlegen, auf der Grundlage welcher erforderlichen fachlichen Kompetenzen Pflegefachpersonen die Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 erbringen oder verordnen können. Dabei haben sie die Vorgaben nach § 15a Absatz 1 zu beachten.

In Satz 2 werden die Versorgungsbereiche, in denen die im Vertrag festgelegten Leistungen durch Pflegefachpersonen erbracht werden können, benannt. Die in dem Katalog vereinbarten Leistungen können Pflegefachpersonen gegenüber Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen, wenn sie bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer oder bei Leistungserbringern, die Verträge nach § 132a Absatz 4 SGB V abgeschlossen haben, angestellt sind. Im Rahmen einer Anstellung bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer können Pflegefachpersonen Leistungen des SGB V zudem im Bereich der stationären Langzeitpflege (stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2 SGB XI), etwa durch Hausbesuche oder im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung nach § 119b Absatz 1 Satz 1 erbringen. Pflegefachpersonen können die vereinbarten Leistungen darüber hinaus gegenüber pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen erbringen, die gemäß § 119b Absatz 1 Satz 3 vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind. In diesem Fall werden die Pflegefachpersonen in einem Anstellungsverhältnis mit der ermächtigten Pflegeeinrichtung tätig. Im Übrigen gilt für die Langzeitpflege § 28 Absatz 5 des Elften Buches.

Die Pflegefachpersonen werden im Fall einer Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung in der Regel im Angestelltenverhältnis bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer tätig. Sie erbringen an Stelle der Ärztin oder des Arztes Leistungen der ärztlichen Behandlung. Die Ärztin oder der Arzt kann entscheiden, ob sie oder er die Leistung weiter selbst erbringen will oder ob sie oder er die Leistung nach sachgerechter Auswahl und erster Diagnose und Indikationsstellung grundsätzlich auch durch eine hierfür qualifizierte Pflegefachperson im Wege der eigenverantwortlichen Ausübung erbringen lässt.

Die Sätze 3 bis 5 regeln Einzelheiten des Verfahrens der Vertragsvereinbarung. Um bei der Erarbeitung des Vertrags an die fachliche Kompetenz der beteiligten Berufsgruppen anzuknüpfen, ist den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches, der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Bundesärztekammer vor Abschluss des Vertrags nach Absatz 1 Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Um die Stellungnahmemöglichkeit effektiv nutzen zu können und um die Zusammenarbeit und das gegenseitige fachliche Verständnis zwischen den Professionen zu befördern, haben diese zudem das Recht, an den Sitzungen der Vertragspartner zur Erarbeitung des Vertrags teilzunehmen. Zudem sind wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c Satz 1 des Elften Buches gefördert werden, ebenso wie weitere relevante pflegewissenschaftliche Erkenntnisse und pflegfachliche Grundlagen (siehe dazu die Ausführungen in der Begründung zu Absatz 1) einzubeziehen. Soweit die Vertragspartner von den Expertisen abweichen, die nach § 8 Absatz 3c Satz 1 des Elften Buches gefördert werden, insbesondere Einschränkungen von eigenverantwortlich auszuübenden Aufgaben im Vertrag vorsehen, ist dies qualifiziert zu begründen.

Der Vertrag nach § 73d unterscheidet sich hinsichtlich Regelungsauftrag und -inhalten von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Versorgung der Versicherten mit häuslicher Krankenpflege und mit Hilfsmitteln. Der G-BA beschließt entsprechend seinem gesetzlichen Auftrag zur Sicherung der ärztlichen Versorgung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege und von Hilfsmitteln. Die Festlegung von Inhalt und Umfang des Leistungsanspruchs der Versicherten bleibt unverändert in der Normsetzungskompetenz des G-BA. Insoweit darf in dem Vertrag nach § 73d Absatz 1 Satz 1 nichts Abweichendes festgelegt werden. Die Vertragspartner des Vertrags nach § 73d Absatz 1 Satz 1 erhalten

den Auftrag festzulegen, welche dieser Leistungen von Pflegefachpersonen eigenverantwortlich erbracht bzw. verordnet werden können. Beide Regelwerke (der Vertrag und die Richtlinien des G-BA) regeln unterschiedliche Gegenstände und richten sich an unterschiedliche Normadressaten; sie stehen daher nebeneinander. Allgemein gilt, dass jeder Normgeber bei Regelungen im Rahmen seiner Normsetzungskompetenz jeweils geltendes Recht zu beachten hat.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt das Schiedsverfahren. Ebenso wie die Vertragspartner kann das Bundesministerium für Gesundheit im Fall einer Nichteinigung die Festsetzung der Inhalte des Vertrags durch eine Schiedsperson beantragen. Damit wird sichergestellt, dass es im Fall einer Nichteinigung nicht zu längeren Verzögerungen aufgrund der Nichtanrufung einer Schiedsperson kommt. Der Entfall der aufschiebenden Wirkung und das Entfallen des Vorverfahrens dienen der Beschleunigung des Schiedsverfahrens. Die vorläufige Weitergeltung beklagter Schiedssprüche dient der Verhinderung vertragsloser Zustände.

Zu Absatz 4 – Anmerkung: siehe Änderung durch den 14. Ausschuss

Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner werden verpflichtet, im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung und, soweit es sich um Leistungen handelt, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in der Langzeitpflege erbracht werden, die Auswirkungen der eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung der Versicherten zu evaluieren und dem Bundesministerium für Gesundheit einen Bericht über das Ergebnis der Evaluation vorzulegen. Die Evaluation soll neben Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes und mit vorhandenen Weiterbildungen auch die Gruppe der hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen, die Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 Pflegeberufgesetzes eigenverantwortlich wahrnehmen, einbeziehen. Die Frist berücksichtigt daher, dass Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes, die im Rahmen ihrer hochschulischen Ausbildung regelhaft Kompetenzen für die eigenverantwortliche Wahrnehmung von Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes erworben haben, regelhaft und in größerer Zahl ab dem Jahr 2027 in die Versorgung eintreten werden. Die Festlegungen der Ziele und Inhalte der Evaluation erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend, um eine fachliche und methodische Abstimmung mit der durch das Bundesministerium für Gesundheit selbst durchgeführten Evaluation nach Absatz 5 herzustellen.

Zu Absatz 5

Das Bundesministerium für Gesundheit wird in Absatz 5 beauftragt unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Entwicklung und Umsetzung der eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in der Versorgung, auch in Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zu evaluieren. Auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Evaluierung und der Evaluierungen nach Absatz 4 und § 112a prüft das Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend insbesondere, inwieweit die im Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 vereinbarten Leistungen mit den wissenschaftlichen Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c des Elften Buches gefördert wurden, übereinstimmen bzw. inwieweit davon abgewichen wurde und ob diese Abweichung fachlich begründet ist. Darüber hinaus prüft es, inwieweit inhaltliche oder Verfahrensvorgaben dieses Buches eine effektive Umsetzung der Regelungen und der Verträge nach Absatz 1 Satz 1 und § 112a Absatz 1 in der Versorgung befördern oder behindern. Neben den Erkenntnissen aus den Evaluationen sind auch Weiterentwicklungen in der Pflegewissenschaft und Medizin zu betrachten, die neue fachliche Bewertungen der Regelungen und der Inhalte der Verträge nach Absatz 1 Satz 1 und § 112a Absatz 1 erfordern können. Auf Grundlage dieser Prüfung empfiehlt das Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend, ob und ggf. welcher Anpassungsbedarf im Leistungsrecht diesen und ggf. auch des Elften Buches besteht, um den Zielen der Regelungen möglichst umfassend Rechnung zu tragen. Zu prüfen ist dabei auch, ob die Ausübung erweiterter Befugnisse in der Langzeitpflege im Vergütungsrecht angemessen abgebildet ist. Es legt den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes (Bundestag und Bundesrat) dazu einen Bericht vor. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in zentralen Versorgungsbereichen entsprechend den Zielsetzungen und gesetzlichen Vorgaben umgesetzt wird.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 1 Satz 1 und Satz 4, Satz 2 und 3 – eingefügt und Absatz 4

Durch die Anpassung der Frist in § 73d Absatz 1 Satz 1 SGB V wird der Zeitraum zur Vereinbarung des Vertrags nach § 73d Absatz 1 Satz 1 SGB V – neu zur Beschleunigung des Verfahrens um sie-

ben Monate verkürzt und beläuft sich damit auf den 31. Dezember 2026. Durch die Anpassung der Frist in § 73d Absatz 1 Satz 4 SGB V – neu wird der Zeitraum zur Verpflichtung der Vertragspartner zur Prüfung, ob im Rahmenvertrag nach § 64d Absatz 1 Satz 4 SGB V Anpassungen erforderlich sind, damit Pflegefachpersonen die in Anlage 1 des Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung auch in der Regelversorgung erbringen können, um fünf Monate verkürzt und beläuft sich damit auf den 31. Juli 2026.

Aufgrund der Änderung der Fristen für die Anpassung des Rahmenvertrags in § 64d SGB V und für die Vereinbarung des Vertrages nach § 73d Absatz 1 Satz 1 SGB V wird die Frist für die Evaluation in § 73d Absatz 4 SGB V angepasst. Die Änderungen dienen der Beschleunigung des Verfahrens.

Darüber hinaus wird mit der Änderung des § 15a Absatz 1 Nummer 1 SGB V die Möglichkeit vorgesehen, dass bestimmte Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen nach einer pflegerischen Diagnose erbracht werden können. Die Vertragspartner legen fest, welche Leistungen nach einer ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung und welche Leistungen nach einer pflegerischen Diagnose durch die Pflegefachperson erbracht werden können. Da der Vertrag nach § 73d Absatz 1 Satz 1 SGB V Vereinbarungen insbesondere für die vertragsärztliche Versorgung, die häusliche Krankenpflege und die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen trifft, können unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsabläufe in den einzelnen Leistungsorten unterschiedliche Vorgaben in Bezug auf einzelne Leistungen getroffen werden, je nachdem in welchem Versorgungsbereich sie erbracht werden. Während in der vertragsärztlichen Versorgung, in der die Pflegefachpersonen als Angestellte der Arztpraxen tätig sind, der ärztliche Erstkontakt mit ärztlicher Diagnose- und Indikationsstellung erforderlich sein wird, kann in Pflegeeinrichtungen allein die pflegerische Einschätzung für die Erbringung der Leistung ausreichend sein.