



Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
18(14)0176(6)  
gel. VB zur öAnhörung am 01.06.  
16\_Transplantationsregister  
27.05.2016

## Stellungnahme



des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Errichtung eines  
Transplantationsregisters  
(Bundestagsdrucksache 18/8209;  
Stand: 25.4.2016)



## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Vorbemerkung .....</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Grundsätzliche Anmerkungen zum Gesetz zur Errichtung eines Transplantationsregisters.....</b>	<b>3</b>
<b>3.</b>	<b>Stellungnahme zu den Änderungsanträgen.....</b>	<b>5</b>
	• Ausschussdrucksache 18(14)172.1 Innovationsfonds / Zuweisungen für Krankengeld und für Auslandsversicherte im RSA Artikel 2 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch .....	5
	• Ausschussdrucksache 18(14)172.2 PSG-II und RSAV RS Artikel 2a Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch Artikel 2b Änderungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes Artikel 2c Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung Beabsichtigte Neuregelung .....	6
	• Ausschussdrucksache 18(14)172.3 Inkrafttreten RS Artikel 3 Inkrafttreten Beabsichtigte Neuregelung .....	9

## 1. Vorbemerkung

Hinsichtlich des Gesetzes zur Errichtung eines Transplantationsregisters verweisen wir auf die gemeinsame Stellungnahme der gesetzlichen Krankenkassen, abgegeben durch den GKV-Spitzenverband. Im Rahmen der hier vorliegenden Stellungnahme beschränken wir uns in Abschnitt 2 auf wenige grundsätzliche Anmerkungen.

In Abschnitt 3 gehen wir auf die Änderungsanträge der Ausschussdrucksachen ein:

- 18(14)172.1 (Zuweisungen für Krankengeld und für Auslandsversicherte im RSA,
- 18(14)172.2 PSG-II und RSAV RS,
- 18(14)172.3 Inkrafttreten RS

## 2. Grundsätzliche Anmerkungen zum Gesetz zur Errichtung eines Transplantationsregisters

Mit dem Transplantationsregistergesetz verfolgt die Bundesregierung das Ziel, die Daten rund um das Transplantationsgeschehen in Deutschland zentral zusammenzuführen. Sie setzt damit eine jahrelange Forderung aller an der Organspende und Transplantationsmedizin Beteiligten um.

Gegenwärtig ist die Erhebung transplantationsmedizinischer Daten dezentral angelegt. Daten, unter anderem zu Spendern, Spenderorganen, zu den Transplantierten, zum Vermittlungsverfahren, werden zu verschiedenen Zeitpunkten in den Transplantationszentren, in der Deutschen Stiftung Organtransplantation (Koordinierungsstelle nach § 11 Transplantationsgesetz [TPG]), bei Eurotransplant (nach § 12 TPG) und in Krankenhäusern erhoben. Diese Daten sollen mit dem beabsichtigten Gesetz standardisiert und zusammengeführt werden. Dies ist gut, weil damit auch die Voraussetzungen für eine notwendige Transparenz über das Transplantationsgeschehen in Deutschland herbeigeführt werden und Vorbehalte gegen eine Organspende abgebaut werden können. Diese Vorbehalte hatten sich wegen der Manipulation von Wartelisten in einigen großen Transplantationszentren in den letzten Jahren vergrößert mit der Folge sinkender Organspenden. Eine hinreichende Zahl von Spenderorganen ist jedoch für die medizinische Versorgung unerlässlich. Jedes einzelne Organ rettet im Zweifel ein Leben.

Die Ersatzkassen verbinden mit der Einrichtung eines zentralen Transplantationsregisters hohe Erwartungen:

Zum einen hoffen sie auf eine bessere Verteilungsgerechtigkeit. Zwar schreibt das TPG vor, dass Organe nach Dringlichkeit und Erfolgsaussicht vergeben werden. Mangels valider Daten können die meisten Organe bisher aber nur nach Dringlichkeit vermittelt werden.

Zum anderen sind zentrale Datenregister ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung, wenn die Erkenntnisse aufbereitet und an die Leistungserbringer zurückgespiegelt werden. Sie geben Aufschluss, wo das Versorgungsgeschehen gut und komplikationsarm läuft bzw. weisen umgekehrt auf Qualitätsdefizite hin. Damit ermöglichen sie gezielte Interventionen zur Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität und sind ein wichtiger Beitrag zur Steigerung der Patientensicherheit.

Der vorliegende Gesetzentwurf wird in seiner derzeitigen Ausgestaltung diesen Ansprüchen weitgehend gerecht.

Nicht akzeptabel erscheint, dass die Krankenkassen künftig für die Übermittlung von Daten der Krankenhäuser und nachsorgenden Einrichtungen an die noch einzurichtende Transplantationsregisterstelle eine Vergütung entrichten sollen. Diese Vergütung ist ungerechtfertigt, denn die Daten sind bei den Stellen vorrätig und können „per Knopfdruck“ überstellt werden. Offen bleibt auch, wer genau wofür eine Vergütung erhalten soll. Darüber hinaus erfordert der im Gesetzentwurf vorgesehene Vergütungsweg über die Transplantationsregisterstelle, die für die Vergütung der liefernden Stellen quasi „in Vorleistung“ gehen soll, ein völlig neues Datenaustauschverfahren mit den Krankenkassen. Zu den Aufwänden für eine ungerechtfertigte Vergütung gesellen sich so in der Folge unnötige Bürokratiekosten. Dies sollte dringend korrigiert werden.

Die Ersatzkassen sehen auch in einem weiteren Punkt Nachbesserungsbedarf: Der vorliegende Gesetzentwurf sieht vor, dass alle Patienten einer Datenerfassung zustimmen müssen. Für ein Register, das flächendeckend und vollständig Daten erheben soll, wirkt sich das negativ auf die Vollzähligkeit der Daten aus. Eine verpflichtende Datenerhebung bzw. maximal eine Widerspruchslösung wäre sachgerechter. Bedauerlicherweise scheint die Bundesregierung nicht die Chance nutzen zu wollen, auch auf die bereits in der Vergangenheit erhobenen Daten zurückzugreifen. Damit sind erste Ergebnisse des Registers erst in etwa zehn Jahren zu erwarten.

### **3. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen**

Ausschussdrucksache 18(14)172.1

Innovationsfonds / Zuweisungen für Krankengeld und für Auslandsversicherte im RSA

Artikel 2 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Änderung in Nummer 1 soll sichergestellt werden, dass eine Bewilligung von Mitteln aus dem Innovationsfonds für mehrjährige Projekte auch über mehrere Jahre erfolgen kann. Anders als derzeit geregelt, sollen die dafür insgesamt benötigten Mittel im Haushaltsjahr der Bewilligung reserviert werden und im notwendigen Umfang in die Folgejahre übertragen werden können. Die maximale Laufzeit der Projekte wird auf vier Jahre begrenzt. Nicht bewilligte Mittel werden an den Gesundheitsfonds und die Krankenkassen zurückgeführt.

Die Neuregelung in Nummer 2 will klarstellen, dass die durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) eingeführten Sonderregelungen zur Berechnung der Zuweisungen für Krankengeld und für die Auslandsversicherten im Risikostrukturausgleich vom Bundesversicherungsamt (BVA) schon ab dem Jahresausgleich für das Ausgleichsjahr 2013 zu berücksichtigen waren.

#### **Stellungnahme vdek**

Die Änderung unter Nummer 1 ist zu begrüßen und entspricht einer Forderung der Ersatzkassen. Die Neuregelung, wonach eine Förderung von Projekten laufzeitbezogen sowie mittels Reservierungen der Gesamtfördersumme aus dem Haushaltsjahr der Bewilligung erfolgt, entspricht darüber hinaus der gängigen Förderpraxis in anderen Bereichen. Durch diese Systematik ist zudem sichergestellt, dass auch in den Jahren 2017 bis 2019 noch mehrjährige Projekte beantragt und bis maximal zum Jahr 2022 gefördert werden können. Bisher waren die Förderdauer und damit faktisch auch die Projektdauer bis zum Jahr 2019 beschränkt. Trotz Neuregelung der Übertragbarkeit gehen die Ersatzkassen weiterhin davon aus, dass bewilligte Mittel, die durch die geförderten Projekte nicht vollumfänglich in Anspruch genommen werden, an den Gesundheitsfonds und die Krankenkassen zurückgeführt werden.

Die Neuregelung in Nummer 2 soll sicherstellen, dass die Sonderregelungen zur Berechnung der Zuweisungen für das Krankengeld und für Auslandsversi-

cherte durch das BVA rechtskräftig im Rahmen der Jahresausgleiche 2013 und 2014 umgesetzt werden konnten. Die Umsetzung wurde durch das Urteil des LSG Nordrhein-Westfalen vom 29.10.2015 (Az.: L 5 KR 745/14 KL) in Frage gestellt. Mit der Neuregelung soll rückwirkend klargestellt werden, dass das BVA zu einer Umsetzung der Übergangsregelungen ab dem Ausgleichsjahr 2013 ermächtigt war.

Das BVA hat in einem Schreiben vom 10.5.2016 darauf hingewiesen, dass die Frage der Bildung von Verpflichtungen im Rahmen des Vorsichtsprinzips nach § 77 Absatz 1a Satz 3 Nr. 4 SGB IV von jeder einzelnen Krankenkassen in eigener Verantwortung geprüft und bewertet werden kann.

### **Änderungsvorschlag**

Keiner.

**Ausschussdrucksache 18(14)172.2**

**PSG-II und RSAV RS**

**Artikel 2a Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

**Artikel 2b Änderungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes**

**Artikel 2c Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

#### Artikel 2a

In Nummer 1 wird der GKV-Spitzenverband beauftragt, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände (MDS) bis zum 30.11.2016 Richtlinien

- zur Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen erheblichen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und
- zu Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI und
- zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V zu erlassen.

Dabei ist die bisherige, durch Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) gesicherte, leistungsrechtliche Abgrenzung zu berücksichtigen.

Die Neuregelung in Nummer 2 ermächtigt die Pflegekassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit entsprechenden Prüfungen zu beauftragen.

In Nummer 3 und 4 wird die gesetzliche Verpflichtung, bei der Bemessung der Pflegesätze in der vollstationären Pflege einrichtungseinheitliche Eigenanteile

für die Pflegegrade 2 bis 5 zu ermitteln, auf die vollstationäre Langzeitpflege beschränkt.

In Nummer 5 wird für die Kurzzeitpflege eine gesonderte Berechnungsformel zur Überleitung der Pflegesätze formuliert. Diese kommt zur Anwendung, wenn für die Kurzzeitpflegeeinrichtung bis zum 30.9.2016 keine neue Pflegesatzvereinbarung mit Wirkung zum 1.1.2017 geschlossen wurde. Für Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit einem pflegestufenunabhängigen Pflegesatz wird dieser unverändert fortgeschrieben.

#### Artikel 2b

Folgeänderung zu Artikel 2a Nummer 2 Buchstabe b).

#### Artikel 2c

Die Neuregelung in Nummer 1 verpflichtet das Bundesversicherungsamt (BVA), die Festlegungen nach § 31 Absatz 4 Satz 1 RSAV nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes unterjährig anzupassen, sofern nach dem ausdrücklichen Willen des Gesetz- oder Verordnungsgebers Änderungen dieser Festlegungen nicht nur für zukünftige Ausgleichsjahre, sondern auch für noch laufende und nicht abgeschlossene Ausgleichsjahre erfolgen sollen.

Die in Nummer 2 enthaltene Folgeänderung zu Artikel 2c Nummer 1 stellt sicher, dass auch unterjährige Änderungen der Festlegungen nach § 31 Absatz 4 Satz 1 RSAV in geeigneter Weise durch das BVA bekannt gegeben werden.

### **Stellungnahme vdek**

#### Zu Artikel 2a

Nummer 1: Aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des damit verbundenen neuen Begutachtungsinstruments kann das Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit für eine zeitbezogene Aufteilung ab dem 1.1.2017 nicht mehr herangezogen werden. Damit ist eine Umsetzung der bisherigen BSG-Rechtsprechung ohne eine entsprechende Neuregelung über die voneinander abzugrenzenden Zeitanteile für die sogenannten körperbezogenen Maßnahmen nicht möglich. Aus diesem Grund begrüßt der vdek die Gesetzesänderung, dass Richtlinien, die die Kostenabgrenzung im Sinne der bisherigen BSG-Rechtsprechung ermöglichen, regeln sollen. Zukünftig sollen diese Richtlinien bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen erheblichen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben, Anwendung finden. Bisher ist eine Definition für „erheblichen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen“ nicht gegeben. Der vdek empfiehlt aus Gründen der Rechtssicherheit, die Begrifflichkeiten zu harmonisieren und auf den bereits definierten Begriff eines „besonders hohen Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege“ nach § 37 Absatz 2 Satz 3 SGB in § 1 Absatz 7 Satz 3 der

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege zurückzugreifen. Danach liegt ein besonders hoher Bedarf vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und deren Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist, insbesondere weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität oder Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nummer 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.

Die Änderung des § 18 (Nummer 2 Buchstabe a) ist eine Konsequenz aus der Ergänzung um den Absatz nach 1b im § 17.

Die Ergänzung in Nummer 2 Buchstabe b stellt klar, dass die Regelung zur Zahlung eines Betrages in Höhe von 70 Euro bei Fristüberschreitung durch die Pflegekasse an den Antragsteller für die Zeit vom 1.11.2016 bis 31.12.2017 ausgesetzt wird. Der vdek begrüßt die Gesetzesänderung, die damit ein erhöhtes Begutachtungsaufkommen im Zuge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments berücksichtigt.

Die Änderungen der Nummern 3 und 4 sind sachgerecht, da der einrichtungseinheitliche Eigenanteil nur in Einrichtungen der vollstationären Pflege zu vereinbaren ist.

Zu Nummer 5 ist anzumerken: Bisher sah das SGB XI für Einrichtungen der (sozialen) Kurzzeitpflege keine Formel zur Überleitung der Pflegesätze vor. Aufgrund des einheitlichen Leistungsbetrags nach § 42 SGB XI hätte eine Anwendung der Berechnungsformel nach § 92e Absatz 2 SGB XI zur Nivellierung der Pflegesätze geführt. Durch die Vereinbarungspartner werden in der Regel jedoch nach Pflegestufen differenzierte Pflegesätze vereinbart. Die gesetzliche Änderung ermöglicht es, im Rahmen der Überleitung nach Pflegegraden differenzierte Pflegesätze zu vereinbaren. Sofern in Kurzzeitpflegeeinrichtungen hingegen ein pflegestufenunabhängiger Pflegesatz vereinbart ist, wird gleichermaßen eine Fortschreibung dieses Pflegesatzes ermöglicht. Insgesamt ermöglicht dies ein Festhalten an der Vereinbarungspraxis, was begrüßt wird. Absatz 3a ist jedoch dahingehend zu korrigieren, dass in der aktuellen Vergütungssystematik die Pflegesätze nach Pflegestufen vereinbart werden. Darüber hinaus darf Absatz 4 keine Anwendung finden, damit der einheitliche Pflegesatz für alle Pflegegrade einschließlich des Pflegegrads 1 gilt.

#### Zu Artikel 2c

. Gegenwärtig erfolgen die Festlegungen nach § 31 Absatz 4 Satz 1 RSAV für ein Ausgleichsjahr prospektiv für das kommende Ausgleichsjahr. Eine unterjährige Anpassung ist nicht vorgesehen. Mit der hier beabsichtigten Rechtsän-



derung erhält der Gesetzgeber die Möglichkeit, unterjährig Änderungen der Festlegungen für das im laufenden Kalenderjahr per Jahresausgleich auszugleichende Vorjahr, für das laufende Ausgleichjahr sowie für das folgende Ausgleichsjahr vorzunehmen.

Durch die Neuregelung gewinnt der Verordnungsgeber einerseits an Gestaltungsmöglichkeiten; diese gehen aber zu Lasten der Planungssicherheit der Kassen. Damit drängt sich die Frage auf, ob die der Neuregelung zugrundeliegende Güterabwägung (Stärkung der Gestaltungsmöglichkeit des Gesetzgebers versus Planungssicherheit/Vertrauensschutz der Krankenkassen im Wettbewerb) der besonderen Rolle der Krankenkassen als zueinander im Wettbewerb stehende Körperschaften des öffentlichen Rechts hinreichend gerecht wird.

### **Änderungsvorschlag**

Zu Artikel 2a Nr. 1

In § 17 Absatz 1b Satz 1 wird das Wort „*erheblichen*“ durch die Wörter „*besonders hohen*“ ersetzt.

Zu Artikel 2a Nr. 5

Der letzte Satz des neuen § 92e Abs. 3 SGB XI ist wie folgt zu fassen: „*Für Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit einem nicht nach Pflegestufen differenzierten Pflegesatz gilt dieser unverändert für die Pflegegrade 1 bis 5 fort; Absatz 4 findet in diesem Fall keine Anwendung.*“

Zu Artikel 2c

Keiner.

Ausschussdrucksache 18(14)172.3

Inkrafttreten RS

Artikel 3 Inkrafttreten

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die in Artikel 2 Nummer 2 sowie Artikel 2c vorgesehenen Änderungen zu den Festlegungen des Bundesversicherungsamtes (Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte) sollen rückwirkend zum 1.8.2014 in Kraft treten.

### **Stellungnahme vdek**

Es wird auf die Stellungnahmen zu Artikel 2 Nummer 2 sowie Artikel 2c verwiesen.

### **Änderungsvorschlag**

Keiner.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Askanischer Platz 1  
10963 Berlin  
Tel.: 030/2 69 31 – 0  
Fax: 030/2 69 31 – 2900  
[info@vdek.com](mailto:info@vdek.com)