

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
18(14)0176(10)  
gel. VB zur öAnhörung am 01.06.  
16\_Transplantationsregister  
27.05.2016

—  
Stellungnahme  
des BKK Dachverbandes e.V.

vom 27. Mai 2016

—  
zum

Entwurf eines Gesetzes zur Errichtung eines  
Transplantationsregisters

sowie zu den zugehörigen Änderungsanträgen  
der Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf den  
Ausschussdrucksachen:

18(14)0172.1

18(14)0172.2

18(14)0172.3

---

## **I. Vorbemerkung**

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich die Zielsetzung des Transplantationsregistergesetzes (TxRegG), über eine Zusammenführung und Verknüpfung der Daten von Organ Spendern und -empfängern Evidenz über den Erfolg der Transplantationstätigkeit in Deutschland zu schaffen und so langfristig auch die Wartelistenkriterien und Regeln zur Verteilung der Spenderorgane weiterzuentwickeln. Der Gesetzentwurf bietet nach Auffassung der Betriebskrankenkassen grundsätzlich eine gute Grundlage zur Verbesserung der Qualität in der Versorgung von Organ Spendern und -empfängern. Um der Zielsetzung des Gesetzentwurfes jedoch umfassend und vor allem zeitnah gerecht zu werden, schlagen die Betriebskrankenkassen insbesondere die Nutzung auch bereits vorhandener Daten vor. Statt der vorgesehenen Einwilligungslösung wäre aus Sicht der Betriebskrankenkassen eine Pflicht zur Information und Aufklärung der lebenden Organ spender und Organ empfänger über die Übermittlung und Nutzung ihrer Daten zielführender.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen zudem ausdrücklich, dass die Fraktionen von CDU/CSU und SPD das TxRegG nutzen, um bei den Zuweisungen für Krankengeld und für Auslandsversicherte im Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) die notwendigen Klarstellungen vorzunehmen. Die Ausgestaltung des Morbi-RSA ist für einen gerechten Wettbewerb zwischen den Krankenkassen von zentraler Bedeutung. Es sind in dieser Legislaturperiode noch weitere Schritte vorzunehmen, um hierbei Fehlsteuerungen zu beseitigen. Der BKK Dachverband hat hierzu eigene Vorschläge gemacht.

Die Änderungen im Bereich der Pflege werden von den Betriebskrankenkassen ebenfalls befürwortet. Sie sehen hier ergänzend den Bedarf der Harmonisierung der verwendeten Begrifflichkeiten sowie einer redaktionellen Klarstellung.

## **II. Regelungen zur Errichtung eines Transplantationsregisters**

Der Gesetzentwurf sieht bislang vor, dass nur Daten zukünftiger Organ spender und -empfänger erfasst werden sollen. Damit wären die Erkenntnisse, die aus der Errichtung eines Transplantationsregisters gewonnen werden sollen, jedoch erst nach vielen Jahren verfügbar. Um hingegen schneller Aussagen treffen und vor allem Verbesserungen einleiten zu können, halten die Betriebskrankenkassen es für erforderlich, eine Rechtsgrundlage für die Nutzung der bei der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), bei Eurotransplant (ET) und beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bereits vorhandenen Daten zu schaffen. Damit könnte das Transplantationsregister ad hoc mit relevanten Informationen ausgestattet werden. Vorbehalte gegen diese Forderung werden nach Meinung der Betriebskrankenkassen durch die zu erwartende zeitnahe Verbesserung in der Transplantationsmedizin und der Versorgung von Organ Spendern und -empfängern aufgewogen.

Darüber hinaus ist laut Gesetzentwurf die Übermittlung der personenbezogenen Daten eines Organempfängers an das Transplantationsregister nur zulässig, wenn seine ausdrückliche Einwilligung vorliegt. Gleiches soll für die Übermittlung der personenbezogenen Daten eines lebenden Organspenders gelten (neuer §15e Absatz 6 TPG). Die Betriebskrankenkassen befürworten ausdrücklich eine umfassende und verpflichtende Information und Aufklärung des lebenden Organspenders und des Organempfängers über die Nutzung ihrer Daten. Sie halten die dargestellte Einwilligungslösung jedoch nicht für geeignet, eine valide Evidenz über das Transplantationsgeschehen in Deutschland zu schaffen. Bei der Transplantationsmedizin handelt es sich um einen Leistungsbereich mit einer ohnehin vergleichsweise kleinen Grundgesamtheit an Leistungsfällen. Jede nicht erfolgte ausdrückliche Einwilligung würde die Aussagekraft der in einem Transplantationsregister zusammengeführten Datensätze entsprechend stark mindern. Gesicherte Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung, etwa auch zur Weiterentwicklung der Wartelistenkriterien und der Regeln zur Verteilung der Spenderorgane, ließen sich so kaum noch oder nur sehr verzögert ableiten. Daneben wäre eine Einwilligungslösung auch anfällig für Manipulationen. Unter bestimmten Umständen könnte ein Interesse bestehen, dass eine Einwilligung nicht erfolgt. Durch ausbleibende Datenbereitstellung würden dann die Erkenntnisse des Registers mittelbar beeinflusst werden können. Die Betriebskrankenkassen fordern daher eine Übermittlungspflicht. Auch hier überwiegen nach Auffassung der Betriebskrankenkassen die zu erwartenden Verbesserungen in der Versorgung die vor allem von Seiten der Datenschützer vorgetragenen Vorbehalte.

### **III. Klarstellung zu den Zuweisungen für Krankengeld und für Auslandsversicherte im Morbi-RSA (Änderungsanträge: Ausschussdrucksachen 18(14)0172.1, 18(14)0172.2 und 18(14)0172.3)**

Die Klarstellung zu den Zuweisungen für Krankengeld und für Auslandsversicherte im Morbi-RSA wird von den Betriebskrankenkassen ausdrücklich begrüßt. Damit konkretisiert der Gesetzgeber den im GKV-FQWG bereits formulierten Willen, dass die Regelungen ab dem Ausgleichsjahr 2013 anzuwenden waren. Die folgerichtige Änderung zur unterjährigen Anpassung des Klassifikationsmodells bei Rechtsänderungen ist ebenfalls zu begrüßen.

### **IV. Regelungen zum Bereich Pflege (Änderungsantrag: Ausschussdrucksache 18(14)0172.2)**

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die vorgesehenen Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Hinsichtlich § 17 Absatz 1b wird die Harmonisierung der verwendeten Begrifflichkeiten zwischen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege und der Regelung des § 17 Absatz 1b SGB XI hinsichtlich der Betroffenenengruppe angeregt (siehe a).

In § 92e Absatz 3a sehen die Betriebskrankenkassen einen redaktionellen Klarstellungsbedarf, da die aktuellen Pflegesätze derzeit nach Pflegestufen und nicht nach Pflegegraden differenziert sind (siehe b).

**a)**

**Nr. 1**

*Nach § 17 Absatz 1a wird folgender Absatz 1b eingefügt:*

*„(1b) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bis zum 30. November 2016 Richtlinien zur Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen erheblichen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat. Dabei sind nur Maßnahmen der körperbezogenen Pflege zu berücksichtigen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beauftragt eine wissenschaftliche Evaluation der Richtlinien. Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist bis zum 31. Dezember 2018 zu veröffentlichen.“*

Gewünschte Änderung:

In § 17 Abs. 1b Satz 1 ist das Wort „erheblicher“ durch die Wörter „besonders hohen“ zu ersetzen.

Begründung:

Die Neuregelung wird notwendig, weil sich die nach § 18 SGB XI zu erstellenden Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit dem PSG II und dem damit verbundenen neuen Begutachtungsinstrument ab 01.01.2017 ausschließlich nach dem Grad der Selbständigkeit richten. Daher können die Gutachten für eine zeitbezogene Aufteilung nicht mehr herangezogen werden und eine Umsetzung der bisherigen BSG-Rechtsprechung ist deshalb ohne eine Neuregelung über die voneinander abzugrenzenden Zeitanteile für die sogenannten körperbezogenen Maßnahmen nicht denkbar. Insofern begrüßen es die Betriebskrankenkassen, dass der GKV-Spitzenverband eine Richtlinienkompetenz unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen erhält, um die die Kostenabgrenzung im Sinne der bisherigen BSG-Rechtsprechung neu zu regeln.

Die Richtlinien sollen Fälle von ambulant versorgten Pflegebedürftigen umfassen, die „einen erheblichen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben“. Allerdings existiert eine Definition für einen „erheblichen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen“ bislang nicht. Dagegen wird der Begriff eines „besonders hohen Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege“ nach § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V in § 1 Abs. 7 Satz 2 und 3 der Richtlinie des Gemein-

samen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege definiert. Danach liegt ein solcher 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 Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Da es sich hier in beiden Fällen um den Personenkreis der Intensivpflegebedürftigen (mit „rund um die Uhr erforderlicher intensivpflegerischer Versorgung“) handelt, ist es aus Gründen der Rechtssicherheit sinnvoll, die Begrifflichkeiten zu harmonisieren.

## **b)**

5.

*Nach § 92e Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:*

*„(3a) Für den Bereich der Kurzzeitpflege ergeben sich abweichend von Absatz 2 die übergeleiteten Pflegesätze wie folgt:*

*$PSPG2 = \sum PS$  dividiert durch  $(PBPG2 + PBPG3 \times 1,36 + PBPG4 \times 1,74 + PBPG5 \times 1,91)$ .*

*Dabei ist PSPG2 der Pflegesatz in Pflegegrad 2. Es gilt:*

- 1. der Pflegesatz in Pflegegrad 3 entspricht dem 1,36-Fachen des Pflegesatzes in Pflegegrad 2,*
- 2. der Pflegesatz in Pflegegrad 4 entspricht dem 1,74-Fachen des Pflegesatzes in Pflegegrad 2,*
- 3. der Pflegesatz in Pflegegrad 5 entspricht dem 1,91-Fachen des Pflegesatzes in Pflegegrad 2.*

*Für Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit einem nicht nach Pflegegraden differenzierten Pflegesatz bleibt dieser unverändert.“*

### Gewünschte Änderung:

Satz 4 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.“

Begründung:

Ziel des Satzes 4 ist es, den Pflegesatz für Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit einem pflegestufen-unabhängigen Pflegesatz unverändert fortzuschreiben. Da die aktuellen Pflegesätze derzeit nach Pflegestufen und nicht nach Pflegegraden differenziert sind, ist die hier vorgeschlagene redaktionelle Klarstellung erforderlich.

Damit sich der einheitliche Pflegesatz über alle Pflegegrade erstreckt, muss darüber hinaus Absatz 4 (0,78-Prozent-Regelung) ausgeschlossen werden.