



Die
Bundesregierung

DISTATIS
Statistisches Bundesamt

Erfüllungsaufwand im Bereich...

Pflege

Antragsverfahren auf gesetzliche
Leistungen für Menschen, die
pflegebedürftig oder chronisch
krank sind

Projektreihe
Bestimmung des bürokratischen Auf-
wands und Ansätze zur Entlastung

März 2013

BürokratieAbbau
Zeit für das Wesentliche

Projektreihe

Bestimmung des bürokratischen Aufwands und Ansätze zur Entlastung

- Betriebliche Beauftragte
- Anträge auf gesetzliche Leistungen für Existenzgründer und Kleinunternehmen sowie bei drohender Firmeninsolvenz
- [Anträge auf gesetzliche Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig, chronisch krank oder akut schwer krank sind](#)
- Planungs- und Baurecht von Infrastrukturvorhaben
- Anträge auf gesetzliche Leistungen für Familien und Alleinerziehende
- Aufbewahrungs- und Prüfungsfristen nach Handels-, Steuer- und Sozialrecht
- Steuererklärungen, steuerliche und zollrechtliche Nachweispflichten
- Erleichterung der elektronischen Gewerbeanzeige

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	3
Abbildungsverzeichnis	7
1. Einleitung	8
1.1 Projekthintergrund	8
1.2 Projektziele	9
2. Methodik des Erfüllungsaufwands	10
2.1 Definition des Erfüllungsaufwands	10
2.2 Relevante Kostenfaktoren.....	12
3. Untersuchungsgegenstand	14
4. Einführung in die Rechtsgrundlagen	20
4.1 Antragsverfahren auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit.....	20
4.2 Antragsverfahren im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung.....	21
4.3 Pflegedokumentation	25
5. Datenerhebung.....	26
6. Zusammenfassende Ergebnisvorschau	31
7. Ergebnisse.....	37
7.1 Hinweise zur Interpretation der Ergebnisse	37
7.2 Der Hauptantrag.....	40
7.2.1 Antrag auf Feststellung der Pflegestufe.....	42
7.2.2 Verfahren zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers auf Anregung.....	57
7.3 Materielle Unterstützung	62
7.3.1 Antrag auf Hilfe zur Pflege	63
7.3.2 Antrag auf Rentenversicherungspflicht von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen.....	70
7.3.3 Antrag auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen für chronisch Kranke.....	74
7.4 Technische Unterstützung.....	80
7.4.1 Antrag auf Hilfs- und Pflegehilfsmittel	81
7.4.2 Antrag auf einen Zuschuss für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	90
7.5 Medizinische Unterstützung	97
7.5.1 Antrag auf häusliche Krankenpflege	98
7.5.2 Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.....	104
7.5.3 Antrag auf Heilmittel.....	107
7.6 Pflegedokumentation	110
8. Antragsverfahren: Von der Beantragung bis zur Bescheidung	120
8.1 Fallkonstellation A.....	120
8.2 Fallkonstellation B.....	122

8.3	Fallkonstellation C.....	125
8.4	Fallkonstellation D.....	127
9.	Verfahrensdauer	130
9.1	Gegenüberstellung der Netto- und der Bruttobearbeitungszeiten.....	131
9.2	Unterschiede in der Verfahrensdauer eines Antragsverfahrens im Einzelfall	132
10.	Verbesserungsvorschläge	134
10.1	Zusammenfassende Vorschau.....	134
10.2	Vereinfachungs- und Verbesserungsvorschläge.....	135
11.	Bewertung.....	144
11.1	Bereich des Pflegeversicherungsrechts.....	144
11.2	Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung.....	149
11.3	Bereich des Betreuungsrechts	153
12.	Stellungnahme der Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege im Bundesministerium für Gesundheit	155
12.1	Allgemeines	155
12.2	Kommentierung zu Einzelthemen	156
12.2.1	Antrag auf Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel	156
12.2.2	Antrag auf Häusliche Krankenpflege	157
12.2.3	Pflegedokumentation	160
12.3	Ausblick und Handlungsbedarf	163
	Abkürzungsverzeichnis	164
	Literaturverzeichnis.....	165
	Anhang	166

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Mögliche Aktivitäten zur Erfüllung einer Vorgabe.....	12
Tabelle 2:	Mögliche Sachkosten zur Erfüllung einer Vorgabe.....	13
Tabelle 3:	Untersuchte Antragsverfahren aus dem Bereich der Pflegeversicherung nach SGB XI.....	16
Tabelle 4:	Untersuchte Antragsverfahren aus dem Bereich der Krankenversicherung nach SGB V	17
Tabelle 5:	Weitere untersuchte Verfahren	17
Tabelle 6:	Befragte Normadressaten.....	18
Tabelle 7:	Mögliche Aktivitäten der Bürgerinnen und Bürger zur Erfüllung einer Vorgabe im Rahmen der Antragsverfahren in der Pflege	27
Tabelle 8:	Mögliche Aktivitäten der Wirtschaft und der Verwaltung zur Erfüllung einer Vorgabe im Rahmen der Antragsverfahren in der Pflege und zur Pflegedokumentation	29
Tabelle 9:	Kosten der Antrags-/Verfahren.....	32
Tabelle 10:	Antragsverfahren der Bürgerinnen und Bürger – Zeitaufwand pro Fall/Fallzahlen der Lebenslage	34
Tabelle 11:	Pflegedokumentation – Fallzahl und Kosten der Lebenslage.....	36
Tabelle 12:	Kosten der Antragsgruppe „Der Hauptantrag“	42
Tabelle 13:	Gesamtaufwand für die Antragstellung auf Feststellung der Pflegestufe.....	50
Tabelle 14:	Gesamtaufwand für die Bearbeitung des Antrags auf Feststellung der Pflegestufe durch Pflegekasse/privates Pflegeversicherungsunternehmen	51
Tabelle 15:	Gesamtaufwand für die Sachbearbeitung des Begutachtungsauftrags (inkl. Beauftragung der Gutachterin/des Gutachters und ggf. weiterer Datenanforderungen)	52
Tabelle 16:	Zeitaufwand für die Begutachtung der/des Pflegebedürftigen	53
Tabelle 17:	Gesamtaufwand im Rahmen der Datenlieferung an MDK/ MEDICPROOF/ Gutachter/in	54
Tabelle 18:	Gesamtaufwand für den Normadressaten Bürgerinnen und Bürger für das Erstellen des Widerspruchs/ Einspruchs.....	55
Tabelle 19:	Gesamtaufwand für die Bearbeitung des Widerspruchs/ Einspruchs.....	56
Tabelle 20:	Zeitaufwand im Rahmen der Teilnahme an Widerspruchsbegutachtung/ Zweitbegutachtung der bzw. des Pflegebedürftigen.....	57
Tabelle 21:	Gesamtaufwand in einem Krankenhaus oder in einer Pflegeeinrichtung im Zusammenhang mit der Anregung an das Betreuungsgericht, eine rechtliche Betreuerin bzw. einen rechtlichen Betreuer zu bestellen.....	60

Tabelle 22	Aufwand der betreuungsbedürftigen Person sowie der/des (künftigen) Betreuerin/ Betreuers im Verfahren zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers auf Anregung.....	61
Tabelle 23:	Kosten der Antragsgruppe „Materielle Unterstützung“.....	63
Tabelle 24:	Gesamtaufwand für Bürgerinnen bzw. Bürger beim Antrag auf Hilfe zur Pflege	68
Tabelle 25:	Gesamtaufwand bei Sozialhilfeträgern für die Bearbeitung des Antrags auf Hilfe zur Pflege.....	69
Tabelle 26:	Gesamtaufwand bei gesetzlichen Pflegekassen/privaten Pflegeversicherungsunternehmen für die Übermittlung des Gutachtens an den Sozialhilfeträger	70
Tabelle 27:	Gesamtaufwand der pflegenden Person bei der Antragstellung auf Rentenversicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung.....	72
Tabelle 28:	Aufwand bei gesetzlichen Pflegekassen/ privaten Pflegeversicherungsunternehmen für die Bearbeitung des Antrags auf Rentenversicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung	74
Tabelle 29:	Aufwand der Bürgerin bzw. des Bürgers bei der Antragstellung auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen für chronisch Kranke.....	77
Tabelle 30:	Gesamtaufwand bei gesetzlichen Krankenkassen für die Bearbeitung des Antrags auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen für chronisch Kranke.....	78
Tabelle 31:	Zeitaufwand bei Arztpraxen für die Ausstellung der Bescheinigung über das Vorliegen einer chronischen Erkrankung	78
Tabelle 32:	Kosten der Antragsgruppe „Technische Unterstützung“.....	81
Tabelle 33:	Gesamtaufwand für die Bürgerinnen und Bürger beim Beantragen und Beschaffen eines Pflege-/ Hilfsmittels	86
Tabelle 34:	Zeitaufwand in Arztpraxen für die Verordnung eines Hilfsmittels	87
Tabelle 35:	Gesamtaufwand bei gesetzlichen Krankenkassen für die Bearbeitung des Antrags auf Hilfsmittel	88
Tabelle 36:	Gesamtaufwand bei gesetzlichen Pflegekassen/ privaten Pflegeversicherungsunternehmen für die Bearbeitung des Antrags auf Pflegehilfsmittel.....	88
Tabelle 37:	Gesamtaufwand bei Begutachtungsdiensten für die Bearbeitung von Anträgen auf technische Pflegehilfsmittel.....	89
Tabelle 38:	Aufwand für Bürgerinnen und Bürger beim Antrag auf einen Zuschuss für eine Maßnahme zur Verbesserung des Wohnumfeldes (inkl. Beschaffung eines Kostenvoranschlags).....	94
Tabelle 39:	Aufwand bei gesetzlichen Pflegekassen/privaten Pflegeversicherungsunternehmen für die Bearbeitung des Antrags auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	96
Tabelle 40:	Gesamtaufwand bei Begutachtungsdiensten für die Sachbearbeitung (inkl. Gutachtenerstellung) des Antrags auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen.....	96

Tabelle 41:	Kosten der Antragsgruppe „Medizinische Unterstützung“	97
Tabelle 42:	Aufwand der Bürgerinnen und Bürger für die Übermittlung der Verordnung auf häusliche Krankenpflege an die Krankenkasse (inkl. Beschaffung der Verordnung)	102
Tabelle 43:	Zeitaufwand für die Arztpraxen beim Ausstellen der Verordnung auf häusliche Krankenpflege	102
Tabelle 44:	Aufwand der ambulanten Pflegedienste bei der Beteiligung am Antragsverfahren auf häusliche Krankenpflege	103
Tabelle 45:	Aufwand der gesetzlichen Krankenkassen für die Bearbeitung des Antrags auf häusliche Krankenpflege	103
Tabelle 46:	Aufwand der Sozialdienste im Krankenhaus bei der Antragsinitiierung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.....	106
Tabelle 47:	Aufwand für gesetzliche Krankenkassen bei der Sachbearbeitung des Antrags auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.....	107
Tabelle 48:	Aufwand der Bürgerinnen und Bürger bei der Beschaffung des Heilmittels (inkl. Beschaffung der Verordnung).....	109
Tabelle 49:	Aufwand für die Arztpraxen beim Ausstellen der Verordnung auf ein Heilmittel....	109
Tabelle 50:	Einrichten der Pflegedokumentation, ggf. inkl. Rücksprache mit weiteren Stellen [Aufwand pro Neuaufnahme]	114
Tabelle 51:	Aufwand im Rahmen der Datenlieferung an Pflegeeinrichtung [Aufwand pro Fall]	115
Tabelle 52:	Aufwand im Rahmen des Ausfüllens von Leistungsnachweisen in vollstationärer Pflegeeinrichtung [Aufwand pro Tag].....	116
Tabelle 53:	Gesamtaufwand im Rahmen des Ausfüllens von Leistungsnachweisen in Tagespflege bzw. in ambulanten Pflegediensten [Aufwand pro Tag]	117
Tabelle 54:	Zeitaufwand im Rahmen von Meldungen zum Pflegebericht [Aufwand anteilig pro Tag]	118
Tabelle 55:	Zeitaufwand im Rahmen von Ergänzungen des Pflegeberichts, ggf. Überarbeitung der Pflegeplanung [Aufwand pro Tag]	118
Tabelle 56:	Zeitaufwand für nicht anlassbezogene Evaluierungen der Pflegeplanung [Aufwand pro Evaluierung]	118
Tabelle 57:	Zeitaufwand für die Archivierung der Unterlagen [Aufwand pro Monat]	119
Tabelle 58:	Gesamtaufwand für Fallkonstellation A – Bürgerinnen/Bürger -.....	121
Tabelle 59:	Gesamtaufwand für Fallkonstellation A - Wirtschaft/Verwaltung -.....	121
Tabelle 60:	Gesamtaufwand für Fallkonstellation B – Bürgerinnen/Bürger –	123
Tabelle 61:	Gesamtaufwand für Fallkonstellation B – Wirtschaft/Verwaltung –	124
Tabelle 62:	Gesamtaufwand für Fallkonstellation C – Bürgerinnen/Bürger –	125
Tabelle 63:	Gesamtaufwand für Fallkonstellation C – Wirtschaft/Verwaltung –	126
Tabelle 64:	Gesamtaufwand für Fallkonstellation D – Bürgerinnen/Bürger –.....	127

Tabelle 65:	Gesamtaufwand für Fallkonstellation D – Wirtschaft –	128
Tabelle 66:	Gegenüberstellung der Netto- und Bruttobearbeitungszeiten bei verschiedenen Antragsverfahren	131

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Berechnungsschema des Erfüllungsaufwandes	10
Abbildung 2: Standardprozessablauf – Antrag auf Feststellung der Pflegestufe.....	44
Abbildung 3: Standardprozessablauf – Antrag auf Hilfe zur Pflege	65
Abbildung 4: Standardprozessablauf – Antrag auf Hilfsmittel.....	83
Abbildung 5: Standardprozessablauf – Antrag auf häusliche Krankenpflege	99
Abbildung 6: Streuung der Angaben zur Verfahrensdauer.....	133

1. Einleitung

1.1 Projekthintergrund

Im Koalitionsvertrag für die 17. Legislaturperiode hat sich die Regierungskoalition das Ziel gesetzt, den bürokratischen Aufwand, der den Bürgerinnen und Bürgern, der Wirtschaft und Verwaltung aus der Erfüllung rechtlicher Vorgaben entsteht, spürbar und nachhaltig zu reduzieren. Für die Ermittlung des bürokratischen Aufwandes kommt nunmehr das Konzept des Erfüllungsaufwands zum Tragen, eine Methodik, die den Ansatz des Standardkosten-Modells erweitert und neben den Informationspflichten zusätzliche weitere Vorgaben und Kostenfaktoren in den Blick nimmt.

Der Koalitionsvertrag und der Beschluss des Bundeskabinetts vom 27. Januar 2010 nennen acht prioritäre Lebens- und Rechtsbereiche, bei denen im Rahmen von Projekten der Erfüllungsaufwand ermittelt sowie Vereinfachungs- und Entlastungsmaßnahmen entwickelt und umgesetzt werden sollen. Hierzu gehören auch „Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig, chronisch krank oder akut schwer krank sind“. Mit diesem Projekt wurde ebenenübergreifend der entstehende Erfüllungsaufwand aus Bundesrecht und aus dessen Vollzug durch Länder und Kommunen sowie bei den Sozialversicherungsträgern untersucht. Im Fokus stand dabei die Frage, wie gesetzliche Leistungen schneller, einfacher und/oder kostengünstiger gewährt werden können, ohne die Standards der Leistungen selbst oder bestehende Vorkehrungen zum Missbrauchsschutz zu verringern.

Koordiniert wurde das Projekt von der Geschäftsstelle Bürokratieabbau im Bundeskanzleramt (GBü). Die Datenerhebung und Dokumentation der Ergebnisse lag in der Verantwortung des Statistischen Bundesamtes (StBA). Im Hinblick auf Fragen des Kranken- und Pflegeversicherungsrechts wurde es vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) fachlich eng begleitet. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) war hinsichtlich der Fragen zur Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII an dem Projekt beteiligt. Die Zuständigkeit für den Bereich des Betreuungsrechts liegt beim Bundesministerium der Justiz (BMJ). Der Nationale Normenkontrollrat (NKR) hat das Projekt unter methodischen Gesichtspunkten begleitet.

In enger Abstimmung mit allen Projektverantwortlichen wurde ein Projektsteckbrief formuliert. Am 10. Februar 2011 fand im Bundeskanzleramt die Auftaktsitzung zur Abstimmung der Untersuchungsinhalte mit den am Projekt beteiligten Ressorts, Vertretern der gesetzlichen Pflege- und Krankenkassen sowie der privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, der Ärzte und weiterer Institutionen aus dem Bereich Gesundheitswesen statt.

Anschließend wurde ein Messkonzept entwickelt und mit Vorbefragungen zwecks Planung des Untersuchungsdesigns begonnen. Es folgten die eigentlichen Befragungen der betroffenen Bürgerinnen und Bürger, Wirtschaft und Verwaltung. Nach deren Abschluss wurden die Daten aufbereitet und ausgewertet. Das methodische Vorgehen und ausgewählte Ergebnisse wurden den Projektbeteiligten in einer Veranstaltung am 13. März 2012 vorgestellt.

Die angewendete Methodik dient ausschließlich zur Ermittlung des durch rechtliche Regelungen verursachten Erfüllungsaufwands. Sie ist nicht zu vergleichen mit repräsentativen und betriebswirtschaftlichen Kostenstrukturerhebungen. Die Ergebnisse dienen ausschließlich dazu, die Belastung der Normadressaten aufgrund bürokratischer Aufwände einzuschätzen und lassen keine Schlussfolgerungen hinsichtlich betriebswirtschaftlicher Abläufe zu.

1.2 Projektziele

Das Projekt dient der Darstellung des gesamten messbaren Erfüllungsaufwands bei Antragsverfahren für Pflegebedürftige, chronisch Kranke und akut schwer Kranke und bei der Pflegedokumentation. Auf dieser Grundlage sollen Verbesserungs- und Vereinfachungsvorschläge gesammelt und Einsparpotenziale aufgezeigt werden.

Folgende Ziele werden im Einzelnen mit dem Projekt verfolgt:

- Beschreibung möglicher idealtypischer Antragsprozesse für eine exemplarisch ausgewählte Lebenslage sowie des Prozesses der Pflegedokumentation
- Ermittlung einer einheitlichen und abgestimmten Datenbasis als Grundlage zur zahlenmäßigen Bestimmung des Erfüllungsaufwands
- Identifizierung von möglichen Vereinfachungsmaßnahmen bei den Antragsverfahren in der ausgewählten Lebenslage

2. Methodik des Erfüllungsaufwands

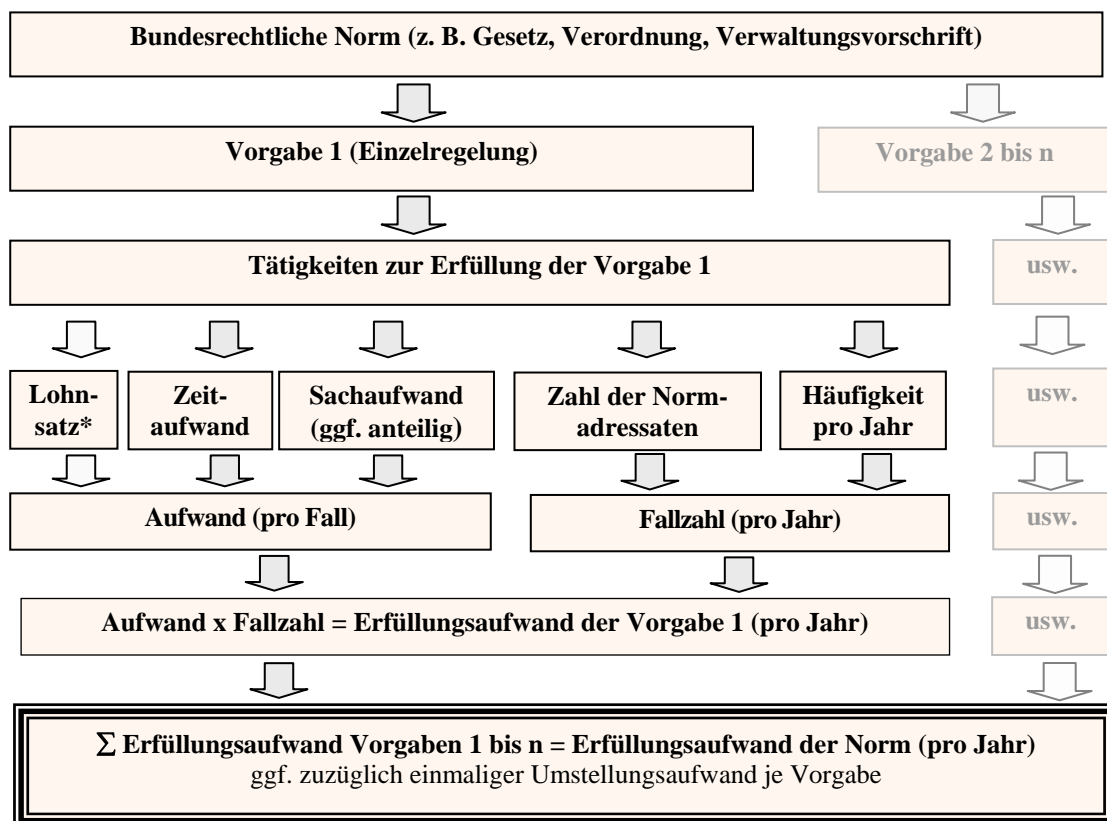
2.1 Definition des Erfüllungsaufwands

Für die Ermittlung des Erfüllungsaufwands im Rahmen des Projekts gilt die Definition gemäß § 2 Absatz 1 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates (NKRK):

„Der Erfüllungsaufwand umfasst den gesamten messbaren Zeitaufwand und die Kosten, die durch die Befolgung einer bundesrechtlichen Vorschrift bei Bürgerinnen und Bürgern, Wirtschaft sowie der öffentlichen Verwaltung entstehen.“

Die Methodik zur Messung des Erfüllungsaufwands entspricht den im Leitfaden zur Ermittlung des Erfüllungsaufwands eines Regelungsvorhabens beschriebenen Grundsätzen¹. Weiterhin wurde auf die Erfahrungen und Erkenntnisse aus verschiedenen Pilotprojekten zum Erfüllungsaufwand zurückgegriffen. Das Berechnungsschema des Erfüllungsaufwands, welches sich an die Vorgehensweise des Standardkosten-Modells² anlehnt, ist in Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1: Berechnungsschema des Erfüllungsaufwandes



* Lohnsatz entfällt bei Bürgerinnen und Bürgern

¹ Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung. Abrufbar unter: www.destatis.de/webskm → Downloads

² Zum Standardkosten-Modell vgl. Chlumsky, et al.: Das Standardkosten-Modell und seine Anwendung auf der Bundesebene, in: Wirtschaft und Statistik, Heft 10, 2006, Seite 993-1002.

Der sich aus den Vorgaben einer bundesrechtlichen Norm ergebende und zu ermittelnde Erfüllungsaufwand betrifft grundsätzlich alle Normadressaten (Bürgerinnen und Bürger, Wirtschaft und Verwaltung). Neben der „klassischen“ Verwaltung, wie z. B. Sozialämtern zählen die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen ebenfalls zum Normadressaten Verwaltung, während die privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen dem Normadressaten Wirtschaft zugeordnet werden.

Erfüllungsaufwand auslösende Vorgaben sind Einzelregelungen, deren Befolgung bei den Normadressaten unmittelbar zu Kosten, Zeitaufwand oder beidem führen. Sie ergeben sich aus bundesrechtlichen Regelungen und veranlassen die Normadressaten, bestimmte Ziele oder Anordnungen zu erfüllen oder auch bestimmte Handlungen zu unterlassen. Dazu zählen bspw. auch Verpflichtungen zur Kooperation mit Dritten sowie zur Kontrolle von Zuständen, Handlungen, numerischen Werten oder Verhaltensweisen. „Unmittelbar“ bedeutet, dass die Kosten oder der Zeitaufwand in direkter Verbindung mit der Befolgung der jeweiligen Vorgabe stehen. Nicht darunter fallen demnach mittelbare Effekte, wie z. B. Wettbewerbsnachteile (Umsatzeinbußen) auf den internationalen Absatzmärkten aufgrund gestiegener Produktionskosten im Inland, bedingt durch (neue) einzuhaltende bundesrechtliche Vorgaben. Informationspflichten, deren Befolgung im Sinne des Standardkosten-Modells zu Bürokratiekosten führen, sind eine Teilmenge von Vorgaben. Gemeinsames Merkmal von Vorgaben und Informationspflichten ist, dass die Normadressaten ihnen Folge leisten müssen, um nicht gegen Rechtsvorschriften zu verstoßen oder etwaige Ansprüche auf staatliche Leistungen zu verlieren.

Für die Verwaltung entsteht Erfüllungsaufwand insbesondere durch den Vollzug bundesrechtlicher Regelungen. Neben der Bearbeitung von Anträgen und dem Erstellen von Bescheiden fallen auch Planungs- und Kontrolltätigkeiten oder Aktivitäten im Rahmen von Ausschreibungsverfahren unter den Erfüllungsaufwand der Verwaltung. Aufgrund der methodischen Schwierigkeit, bei den im Verwaltungsvollzug anfallenden Tätigkeiten in Informationspflichten und andere Vorgaben zu unterscheiden, wird für diesen Normadressaten nur der Begriff Vorgabe verwendet.

Für die Ermittlung des Erfüllungsaufwands sind zunächst die relevanten rechtlichen Vorgaben zu identifizieren. Nach erfolgter Identifizierung sind der Aufwand zur einmaligen Erfüllung der Vorgabe sowie die Fallzahl pro Jahr zu bestimmen. Die Fallzahl kann bei periodisch zu erfüllenden Vorgaben (z. B. mehrmals tägliches Ausfüllen von Leistungsnachweisen) aus der Häufigkeit (Erfüllung pro Jahr) und der Anzahl der Betroffenen berechnet werden. Bei anlassbezogen zu erfüllenden Vorgaben ist die Anzahl der jährlichen Fälle direkt zu schätzen. So ist bspw. beim Antrag auf Feststellung der Pflegestufe die Zahl der jährlich eingehenden Anträge zugrunde zu legen.

Bei der Ermittlung des Aufwands pro Fall werden die Aktivitäten identifiziert, die zur Erfüllung einer gesetzlichen Vorgabe im Einzelfall standardmäßig zu erwarten sind. Für diese so genannten Standardaktivitäten wird der zu erwartende Personal- und Sachaufwand ermittelt. Dabei ergibt sich der monetarisierte Personalaufwand im Bereich der Wirtschaft und der Verwaltung aus der Arbeitszeit, die für die Erfüllung der jeweiligen Aktivitäten einer Vorgabe benötigt wird, multipliziert mit dem Lohnsatz.

Für Bürgerinnen und Bürger entfällt die Monetarisierung und es wird nur der Zeitaufwand ausgewiesen. Soweit eine Ermittlung des Sachaufwands nicht für den Einzelfall möglich ist, wird ein anteiliger Sachaufwand je Fall ermittelt.

Durch Multiplikation der Fallzahl mit dem monetarisierten Aufwand pro Fall wird bei den Normadressaten Wirtschaft und Verwaltung der Erfüllungsaufwand für eine Vorgabe berechnet. Beim Normadressaten Bürgerinnen und Bürger werden die Aufwände ausschließlich je Fall und getrennt nach Zeit- und Sachaufwand ausgewiesen. Der Erfüllungsaufwand insgesamt bezogen auf eine bundesrechtliche Norm ergibt sich aus der Summe des Aufwands aller enthaltenen Vorgaben, sofern die Norm mehrere Vorgaben enthält.

2.2 Relevante Kostenfaktoren

Im Rahmen des Projektes wird derjenige Aufwand betrachtet, der den unterschiedlichen Normadressaten aufgrund der Erfüllung von Vorgaben entsteht. In der Untersuchung wurden Aktivitäten abgefragt, die zur Erfüllung der Vorgaben in Zusammenhang mit den Antragsverfahren, dem Verfahren zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers auf Anregung und dem Verfahren der Pflegedokumentation möglich sind (vgl. Kapitel 5). Dabei sind die Aktivitäten bei den Normadressaten Wirtschaft und Verwaltung deckungsgleich. Sie sind in der Tabelle 1 – neben den Aktivitäten der Bürgerinnen und Bürger – dargestellt.

Tabelle 1: Mögliche Aktivitäten zur Erfüllung einer Vorgabe

Bürgerinnen und Bürger	Wirtschaft und Verwaltung
	Schulung/Fortbildung
Einarbeitung/Beratung	Beratung (vor Antragstellung)
Datenbeschaffung/-aufbereitung	Sachbearbeitung
Begutachtung	Begutachtung
Externer Kontakt	Externe Kommunikation
	Interne Kommunikation
Ausfüllen von Formularen	
Übermittlung	Übermittlung
Wartezeiten	

Zur Erfüllung einer speziellen Vorgabe muss nicht zwangsläufig jede in der Tabelle aufgeführte Aktivität anfallen. Die Befragten gaben bei den zutreffenden Aktivitäten einen Zeitwert in Minuten an. Jedem dieser Zeitwerte wurde für Wirtschaft und Verwaltung ein entsprechender Tarif zugeordnet, wodurch dann ein Eurobetrag für jede Aktivität dargestellt werden konnte.

Neben den Zeitaufwänden für die Aktivitäten können bei den verschiedenen Normadressaten zusätzlich Sachkosten anfallen, deren Arten in Tabelle 2 dargestellt sind (vgl. Kapitel 5).

Tabelle 2: Mögliche Sachkosten zur Erfüllung einer Vorgabe

Bürgerinnen und Bürger	Wirtschaft und Verwaltung
Fachliche Beratung	
	Externe Bearbeitung
	Anschaffungskosten
Kopier- und Portokosten	Kopier- und Portokosten
Wegekosten	

Im Falle, dass für die Erfüllung von Vorgaben externe Bearbeitung in Anspruch genommen wird, z. B. durch externe Gutachter, werden die dafür anfallenden Kosten mit eingerechnet. Nicht betrachtet wird dabei die verrichtete Arbeitszeit des Externen, da dies bereits über die in Rechnung gestellten Kosten abgegolten ist.

3. Untersuchungsgegenstand

Der Untersuchungsgegenstand „Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig, chronisch krank oder akut schwer krank sind“ ist sehr vielfältig und differenziert. Um die Ermittlung des Erfüllungsaufwands in diesem Bereich überschaubar und messbar zu gestalten, wurde eine exemplarische Lebenslage ausgewählt, anhand der die Verfahren von der Beantragung bis zum Bescheidversand betrachtet wurden. Die Lebenslage gab vor nur Personen in die Untersuchung einzubeziehen, die nicht mehr im erwerbstätigen Alter sind (65 Jahre und älter) und erstmalig den Antrag auf Feststellung der Pflegestufe stellen. Durch die ausgewählte Lebenslage konnte einerseits das Spektrum der möglichen Antragsverfahren und der zuständigen Kostenträger eingegrenzt und eine detaillierte Betrachtung von zehn Antragsverfahren, dem Verfahren zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers auf Anregung und dem Verfahren der Pflegedokumentation gewährleistet werden. Andererseits konnten mit dieser Auswahl rund 84 Prozent aller pflegebedürftigen Menschen berücksichtigt werden. Innerhalb des gewählten Verfahrensabschnitts wurden für die Antragsverfahren alle involvierten Akteure – von Antragstellenden über Antragsbearbeitende bis Leistungsprüfenden – zu ihren Zeit- und Kostenaufwänden befragt. Daneben wurden die Zeit- und Kostenaufwände für die Pflegedokumentation ermittelt.

In die Berechnung des jährlichen Erfüllungsaufwands ist, soweit ermittelbar, als Fallzahl die Anzahl der Antragstellenden eingegangen, die die oben genannten Kriterien der Lebenslage erfüllen. Auch die im Rahmen der Antragstellung und Antragsbearbeitung erhobenen Bearbeitungszeiten der Wirtschaft und der Verwaltung sind unter Beachtung dieser Rahmenbedingungen erfragt worden. **Dies muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.**

Lebenslage: pflegebedürftige Person 65+

Der Auftrag aus dem Koalitionsvertrag gibt vor, den Erfüllungsaufwand zu ermitteln, der beim Beantragen von gesetzlichen Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig, chronisch krank oder akut schwer krank sind, entsteht. Damit stehen zunächst drei Zielgruppen im Fokus des Auftrags. In § 14 SGB XI wird der Begriff der Pflegebedürftigkeit definiert. Kriterien für eine Definition der Personengruppe der chronisch Kranken sind in § 2 Absatz 2 der Richtlinie zur Umsetzung der Regelungen in § 62 SGB V (Chroniker-Richtlinie) festgelegt. Eine rechtliche Verankerung des Begriffes „akut schwer krank“ findet sich dagegen nicht. Da keine Anhaltspunkte bekannt sind, welche Vorschriften die Leistungsansprüche dieser Personengruppe über die beiden genannten Gruppen hinaus regeln, wurde dieser Bereich nicht gesondert untersucht.

Da es zwischen Pflegebedürftigen und chronisch Kranken eine Schnittmenge gibt, wurde zwischen den Projektbeteiligten vereinbart, sich in erster Linie mit Antragsverfahren für Personen im Sinne des § 14 SGB XI zu befassen. Durch die Eingrenzung innerhalb der Betroffenen auf das Alter von 65 Jahren und älter wurden auf Seiten der Verwaltung die Kostenträgerzuständigkeit für Leistungen

aus dem Gesundheits- und Pflegebereich auf Kranken- und Pflegekassen bzw. private Pflegeversicherungsunternehmen und der Umfang möglicher Leistungen eingegrenzt. Damit wurden eine einheitliche Ausgangsbasis für Messungen und Auswertungen sowie Vergleichbarkeit der Verfahrensprozesse untereinander hergestellt.

Eingrenzung der Kostenträgerzuständigkeiten und der Leistungsansprüche durch die Lebenslage

Das Alter und der Erwerbsstatus der Antragstellenden sowie die Ursachen für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit sind Faktoren, die sich auf den Verfahrensablauf, die Leistungsansprüche und die Kostenträgerzuständigkeiten auswirken. Durch die Auswahl der beschriebenen Lebenslage konnte die Variabilität der Verfahrensabläufe, die Vielfalt möglicher Leistungsansprüche sowie der Kostenträgerzuständigkeiten und damit die Komplexität des Untersuchungsgegenstands reduziert werden. Dazu zwei Beispiele:

- 1) Wird eine Person aufgrund einer Berufskrankheit oder infolge eines Arbeits- oder Wegeunfalls pflegebedürftig, hat sie Anspruch auf diverse Leistungen, für die die Unfallversicherung als zuständiger Kostenträger aufkommt. Das Feststellungsverfahren zur Prüfung von Leistungsansprüchen wird in diesem Fall von Amts wegen eingeleitet. Es bedarf keines Antrags der Betroffenen oder ihrer Angehörigen, da die Anzeige eines Versicherungsfalles durch die behandelnde Ärztin, den behandelnden Arzt oder die Arbeitgeberin bzw. den Arbeitgeber vorgenommen wird. Außerhalb eines Versicherungsfalles – also für die im Projekt definierte Lebenslage – kommen die Krankenkassen/private Krankenversicherungsunternehmen bzw. Pflegekassen/private Pflegeversicherungsunternehmen für diese Leistungen auf. Die entsprechenden Antragsverfahren werden auf Initiative der Bürgerin bzw. des Bürgers eingeleitet.
- 2) Pflegebedürftige oder chronisch kranke Personen im erwerbsfähigen Alter haben Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder auf Erwerbsminderungsrenten, deren Gewährung durch die Rentenversicherungsträger geprüft wird – sofern die Unfallversicherungsträger nicht zuständig sind. Diese Leistungen richten sich nicht an die betrachtete ältere (65+) Betroffenenengruppe, da für sie eine Eingliederung in den Arbeitsmarkt nicht relevant ist.

Untersuchte Antragsverfahren

Für die ausgewählte Betroffenenengruppe gibt es eine Bandbreite an möglichen Anträgen und Verfahren. Um eine Untersuchung von Antragsverfahren innerhalb des begrenzten Projektzeitraums zu gewährleisten, wurden bestimmte Anträge ausgewählt. Aus dem Leistungsbereich der Pflegeversicherung wurden vier Antragsverfahren betrachtet und eine Differenzierung nach der Verfahrensort vorgenommen (Tabelle 3). Diese Antragsverfahren wurden sowohl für gesetzlich versicherte als auch privat versicherte Pflegebedürftige untersucht.

Tabelle 3: Untersuchte Antragsverfahren aus dem Bereich der Pflegeversicherung nach SGB XI

Antragsverfahren nach SGB XI	Gesetzliche Grundlagen	Spezifizierung/Differenzierung
Feststellung der Pflegestufe	§ 18	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erstantragstellung durch Bürger/-innen ▪ Erstantragstellung mit Unterstützung des Sozialdienstes im Krankenhaus ▪ Widerspruch-/Einspruchsverfahren
Pflegehilfsmittel	§ 40 Abs. 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel ▪ Technische Pflegehilfsmittel
Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	§ 40 Abs. 4, § 18 Abs. 1	
Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen	§ 44	

Aus dem Leistungsbereich der Krankenversicherung wurden fünf Antragsverfahren ausgewählt und ausschließlich für gesetzlich Versicherte untersucht. Auch hier wurde zwischen verschiedenen Antragsarten differenziert (Tabelle 4).

Der Umfang des Leistungsanspruchs von privat Versicherten ist im Bereich der Krankenversicherung von der individuellen Vertragsausgestaltung zwischen der Versicherungsnehmerin bzw. dem Versicherungsnehmer und dem jeweiligen Versicherungsunternehmen abhängig. Damit sind die Rahmenbedingungen für privat versicherte Antragsteller nicht einheitlich, weshalb hier keine Untersuchung durchgeführt wurde.

Tabelle 4: Untersuchte Antragsverfahren aus dem Bereich der Krankenversicherung nach SGB V

Antragsverfahren nach SGB V	Gesetzliche Grundlagen	Spezifizierung/ Differenzierung
Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen für chronisch Kranke	§ 62	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erstattungsantrag ▪ Vorauszahlungsantrag
Hilfsmittel	§ 33	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel ▪ Technische Hilfsmittel
Häusliche Krankenpflege	§ 37	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erstverordnung durch Hausärztin bzw. Hausarzt oder behandelnde Fachärztin bzw. Facharzt ▪ Antragstellung durch Bürger/-innen ▪ Antragstellung mit Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	§ 40	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antragstellung resultierend aus einer Empfehlung des MDK im Zuge der Begutachtung zum Antrag auf Feststellung der Pflegestufe ▪ Antragstellung mit Unterstützung des Sozialdienstes im Krankenhaus im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt
Heilmittel	§ 32	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erstverordnung ▪ Verordnungsart nach Maßgaben des Heilmittel-Katalogs (Regelfall)

Darüber hinaus wurde das Verfahren zur Beantragung von Hilfe zur Pflege, das Verfahren zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers auf Anregung sowie das Verfahren der Pflegedokumentation betrachtet (Tabelle 5). Hier wurden sowohl gesetzlich Versicherte als auch privat Versicherte in die Erhebung einbezogen.

Tabelle 5: Weitere untersuchte Verfahren

Antrags-/ Verfahren	Gesetzliche Grundlagen	Spezifizierung/Differenzierung
Hilfe zur Pflege	§ 61 SGB XII	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erstmalige Beantragung von Sozialhilfeleistungen ▪ Antragsteller/-in erhält bereits Sozialhilfe ▪ Übermittlung von Unterlagen an das Sozialamt durch die Pflegekasse/privates Pflegeversicherungsunternehmen
Verfahren zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers auf Anregung	§§ 1896 ff. BGB	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verfahrensanregung sowie Beteiligung am laufenden Verfahren durch Bürger/-innen ▪ Verfahrensanregung zur Bestellung einer/s rechtlichen Betreuer/in durch Dritte (Sozialdienst im Krankenhaus; Pflegeeinrichtungen)
Pflegedokumentation	§ 113 SGB XI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einrichtung der Pflegedokumentation bei Neuaufnahme einer pflegebedürftigen Person ▪ Laufender Dokumentationsaufwand

Ausgeklammerte Themenbereiche

Neben den genannten Anträgen und Verfahren gibt es eine Reihe weiterer Leistungen, die Personen in der ausgewählten Lebenslage rechtlich beanspruchen können. An dieser Stelle seien der Antrag auf

einen Schwerbehindertenausweis, der Antrag auf Umstellung der Pflegeleistungen (z. B. Höherstufungsantrag) oder auf Kurzzeitpflege sowie die Anträge auf Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht oder auf Fahrtkostenerstattung genannt. In anderen Lebenslagen nimmt bspw. der Antrag auf ein trägerübergreifendes Persönliches Budget eine relevante Rolle ein. Aufgrund des Projektzeitrahmens wurde die Untersuchung auf die oben genannten Antragsverfahren und die beschriebene Lebenslage beschränkt.

Antragsverfahren von der Beantragung bis zur Bescheidung

Mit dem Projekt wurde ebenenübergreifend der entstehende Erfüllungsaufwand aus Bundesrecht und dessen Vollzug durch Länder und Kommunen sowie bei den Sozialversicherungsträgern untersucht. Ebenenübergreifend bedeutet in diesem Zusammenhang, dass zeitliche und finanzielle Aufwände bei allen an den ausgewählten Verfahren beteiligten Akteuren ermittelt wurden. Die Beteiligung bezieht sich dabei auf den Zeitraum von der Leistungsbeantragung bis hin zur ggf. schriftlichen Mitteilung über die Bewilligung bzw. Ablehnung der beantragten Leistung. Aufwände außerhalb dieses Zeitrahmens, die im Zusammenhang mit den Antragsverfahren stehen (bspw. Einleitung der Leistungserbringung oder anschließendes Einbeziehen weiterer Kostenträger zur ergänzenden Kostenübernahme wie der Beihilfestelle) sind nicht Bestandteil der Untersuchung.

Im Rahmen der Untersuchung des Antragsverfahrens auf Feststellung der Pflegestufe wurde zusätzlich das sich ggf. an die schriftliche Mitteilung anschließende Widerspruchs-/Einspruchsverfahren berücksichtigt (vgl. Kapitel 7.2).

Beteiligte Normadressaten

Alle Personen und Institutionen, die von der Beantragung bis zur Bescheidung an den ausgewählten Antragsverfahren und der Pflegedokumentation beteiligt sind, stellen für die Untersuchung die tragenden Akteure dar. Dabei lassen sich die Verfahrensbeteiligten zu Normadressaten – Bürgerinnen und Bürger, Wirtschaft und Verwaltung – der gesetzlichen Regelungen im Rahmen der Antragsverfahren zusammenfassen (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Befragte Normadressaten

Bürgerinnen und Bürger	Wirtschaft	Verwaltung
Pflegebedürftige	Private Pflegeversicherungsunternehmen (PPV)	Gesetzliche Pflege-/Krankenkassen
Angehörige/Bezugspersonen von Pflegebedürftigen	MEDICPROOF	Medizinische Dienste der Krankenversicherung (MDK)
Ehrenamtliche Betreuer/-innen (nach § 1896 BGB)	Arztpraxen	Sozialhilfeträger
Stellvertretende Experten/-innen	Sozialdienste in Krankenhäusern (SiK)	
	Ambulante Pflegedienste/stationäre Pflegeeinrichtungen/Tagespflegeeinrichtungen	

Der Normadressat Bürgerinnen und Bürger ist als Antragstellender sowie als Auskunftserteilender in die Verfahren eingebunden.

Akteure aus dem Normadressatenbereich Wirtschaft übernehmen abhängig vom betrachteten Antrag sowohl eine unterstützende Rolle bei der Antragstellung der Bürgerin bzw. des Bürgers als auch verfahrenseinleitende Aufgaben, wie bspw. die Ärztin oder der Arzt, die/der eine Verordnung ausstellt. Darüber hinaus wirken sie durch das Bereitstellen von notwendigen Daten und Informationen am Antragsprozess mit. Beim Verfahren der Pflegedokumentation sind Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen für alle damit verbundenen Tätigkeiten zuständig. Dabei kann der einzelne in Tabelle 6 genannte Normadressat ggf. als eine Arbeitseinheit und nicht als einzelne Person betrachtet werden. So sind bspw. bei Verfahren, an denen die Ärztin bzw. der Arzt beteiligt ist, auch entsprechende Aufwände der Angestellten der Arztpraxis in die jeweiligen Gesamtaufwände eingegangen.

Normadressaten aus dem Verwaltungsbereich sind für die Antragsprüfung und -bearbeitung sowie für die Entscheidung über die Antragsbewilligung bzw. -ablehnung zuständig. Dabei sind die gesetzlichen Krankenkassen für Anträge aus dem Bereich der Krankenversicherung und die gesetzlichen Pflegekassen für Anträge aus dem Bereich der Pflegeversicherung verantwortlich. Sofern medizinische und pflegerische Fragestellungen an die Antragsprüfung geknüpft sind, wird der MDK in die Antragsbearbeitung einbezogen. Sozialhilfeträger sind für die Bearbeitung und Prüfung der Anträge auf Hilfe zur Pflege zuständig.

Eine Besonderheit stellen die Normadressaten private Pflegeversicherungsunternehmen und der Begutachtungsdienst der privaten Krankenversicherungsunternehmen MEDICPROOF dar. Das Aufgabenspektrum dieser Akteure ist identisch mit dem der gesetzlichen Pflegekassen und der MDK. Da sie jedoch privatrechtlich organisiert und somit keine Körperschaften des öffentlichen Rechts sind, werden sie dem Adressatenkreis der Wirtschaft zugeordnet.

Zu differenzierten Tätigkeitsbeschreibungen der genannten Normadressaten vgl. Kapitel 5; zur detaillierten Verfahrensbeteiligung der einzelnen Normadressaten vgl. Kapitel 7.

4. Einführung in die Rechtsgrundlagen

4.1 Antragsverfahren auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit³

Als Rechtsgrundlage für die vier untersuchten Antragsverfahren aus dem Bereich der Pflegeversicherung (SGB XI) ist zunächst § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB XI zu nennen. Diese Vorschrift bestimmt, dass die Leistungen der Pflegeversicherung nur auf Antrag gewährt werden. Antragsberechtigt ist derjenige, der die Leistungen begehrt, also grundsätzlich die pflegebedürftige Person, für Ansprüche nach §§ 44 und 44a SGB XI (Soziale Sicherung der Pflegeperson) sowie § 45 SGB XI (Pflegekurse) die Pflegeperson. Der Antrag kann formlos gestellt werden. Als Antrag gilt auch die Meldung einer Pflegebedürftigkeit durch Dritte (z. B. Angehörige, Hausärztin bzw. Hausarzt, Pflegedienst). Für die Organisation des Antragsprozesses sowie die Gestaltung von Antragsformularen sind die jeweiligen Pflegekassen/privaten Pflegeversicherungsunternehmen zuständig.

Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit richtet sich verfahrensmäßig nach § 18 SGB XI. Danach haben die Pflegekassen durch den MDK prüfen zu lassen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Im Rahmen dieser Prüfungen hat der Medizinische Dienst durch eine Untersuchung der Antragstellerin oder des Antragstellers die Einschränkungen bei den Verrichtungen im Sinne des § 14 Absatz 4 SGB XI festzustellen sowie Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Hilfebedürftigkeit und das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI zu ermitteln. Darüber hinaus sind auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind; insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Auch das Antragsverfahren sowie die Fristen innerhalb derer einer antragstellenden Person die Entscheidung der Pflegekasse bzw. des privaten Pflegeversicherungsunternehmens schriftlich mitgeteilt werden muss, sind allgemein in § 18 SGB XI geregelt.

Pflegehilfsmittel

Die Versorgung mit Hilfsmitteln im ambulanten Bereich richtet sich nach § 40 Absatz 1 bis 3 SGB XI. Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden der bzw. des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Be-

³ Sofern nicht anders ausgewiesen bezieht sich die Darstellung der Rechtsgrundlagen im Bereich des Pflegeversicherungsrechts auf den Rechtsstand vor Verkündung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG). Grundlage für die Datenerhebung der vorliegenden Untersuchung war ebenfalls der Rechtsstand vor Verkündung des PNG.

hinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Die Pflegekasse überprüft die Notwendigkeit der Versorgung mit dem beantragten Pflegehilfsmittel unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes.

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Pflegebedürftige haben Anspruch auf finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes, bspw. für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird (§ 40 Absatz 4 SGB XI).

Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen

Pflegepersonen, die eine Pflegebedürftige bzw. einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 SGB XI nicht erwerbsmäßig in seiner häuslichen Umgebung pflegen, haben Anspruch auf Leistungen zur sozialen Absicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn sie eine pflegebedürftige Person wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegen (§§ 19, 44 SGB XI).

Hilfe zur Pflege

Sofern über die Leistungen der Pflegeversicherung hinaus auch Leistungen der Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII) erforderlich werden, richtet sich dieser Anspruch nach den §§ 61 ff SGB XII, wobei die Träger der Sozialhilfe nach § 62 SGB XII an die Entscheidung der Pflegekassen gebunden sind.

4.2 Antragsverfahren im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung

Antrag auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen für chronisch Kranke

Die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) haben sich an den Kosten bestimmter Leistungen zu beteiligen. Der Eigenanteil soll bewirken, dass die Versicherten im Rahmen ihrer Möglichkeiten auf eine kostenbewusste und verantwortungsvolle Inanspruchnahme von Leistungen Wert legen.

Grundsätzlich zahlen Versicherte nach § 61 SGB V Zuzahlungen in Höhe von 10 Prozent des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro. Es sind jedoch nie mehr als die Kosten des jeweiligen Mittels zu entrichten. Besondere Zuzahlungsregelungen bestehen für die Bereiche der stationären Behandlung (stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistung einschließlich einer Anschlussrehabilitation sowie Krankenhausbehandlung) und der Heilmittel, bei häuslicher Krankenpflege sowie bei den Fahrkosten.

Belastungsgrenzen sorgen dafür, dass kranke und behinderte Menschen die medizinische Versorgung in vollem Umfang erhalten und durch die gesetzlichen Zuzahlungen nicht unzumutbar belastet werden.

Jeder Versicherte hat nach § 62 SGB V pro Kalenderjahr Zuzahlungen höchstens bis zu seiner individuellen Belastungsgrenze zu zahlen. Die Belastungsgrenze beträgt 2 Prozent der zu berücksichtigenden Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Der Versicherte und seine berücksichtigungsfähigen Ehegatten/Lebenspartner und Kinder haben die ihnen im laufenden Kalenderjahr entstehenden Zuzahlungen zu dokumentieren. Die Krankenkassen sind verpflichtet, denjenigen, die die Belastungsgrenze während eines Kalenderjahres erreicht haben, einen *Befreiungsbescheid* für den Rest dieses Jahres auszustellen.

Besondere Regelungen gelten für chronisch Kranke:

Für Versicherte, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind, gilt grundsätzlich eine geringere Belastungsgrenze von nur 1 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. § 62 Absatz 1 Satz 10 SGB V sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien das Nähere zur Definition einer chronischen Krankheit bestimmt.

Nach der "Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte ("Chroniker-Richtlinie")" gilt eine Krankheit als schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde und eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II oder III vor.
- Es liegt ein Grad der Behinderung nach Schwerbehindertenrecht/Versorgungsrecht von mindestens 60 vor oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit nach Unfallversicherungsrecht von mindestens 60 Prozent.
- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Die Feststellung, ob ein Versicherter an einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung im Sinne der Richtlinien leidet, trifft die Krankenkasse. Versicherte, die mit ihren Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr diese Belastungsgrenze erreichen, können sich für die weitere Dauer des Jahres von ihrer Krankenkasse von sämtlichen Zuzahlungen befreien lassen.

Versorgung mit Hilfsmitteln

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben gemäß § 33 SGB V Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder durch Rechtsverordnung ausgeschlossen sind. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch sowie die zur Vermeidung unvertretbarer gesundheitlicher Risiken erforderlichen Wartungen und technischen Kontrollen. Nach § 23 SGB V besteht auch im Rahmen medizinischer Vorsorgeleistungen ein Anspruch auf Versorgung mit notwendigen Hilfsmitteln, z. B. um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Für Sehhilfen gelten besondere Regelungen. Seit 2004 haben erwachsene Versicherte einen Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen nur noch bei schwerer Sehbeeinträchtigung sowie auf therapeutische Sehhilfen zur Behandlung von Augenverletzungen und Augenerkrankungen.

Antrag auf häusliche Krankenpflege

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten neben der ärztlichen Behandlung auch häusliche Krankenpflege, wenn bestimmte Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Die Krankenkasse leistet als gesetzliche Pflichtleistung nach § 37 Absatz 1 SGB V die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn diese durch häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird.

Häusliche Krankenpflege in Form von Behandlungspflege wird gemäß § 37 Absatz 2 SGB V auch dann erbracht, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzlich zu leistende Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung vorsehen und deren Umfang und Dauer bestimmen. Diese zusätzlichen Satzungsleistungen dürfen allerdings nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht mehr von den Krankenkassen übernommen werden, da sie dann zum Aufgabenbereich der gesetzlichen Pflegeversicherung gehören (§ 37 Absatz 2 Satz 6 SGB V).

Die näheren Einzelheiten zur Erbringung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten im Rahmen des § 37 SGB V werden in der "Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)" geregelt, die der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V beschlossen hat. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht gemäß § 37 Absatz 3 SGB V nur, soweit eine im Haushalt lebende Person die Kranke bzw. den Kranken nicht im erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind dem Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten (§ 37 Absatz 4 SGB V).

Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Reicht zur Krankenbehandlung oder zur medizinischen Rehabilitation die ambulante Behandlung durch niedergelassene Ärzte nicht aus, erbringt die gesetzliche Krankenkasse die erforderlichen Leistungen in Form einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme (§ 40 Absatz 1 SGB V). Wenn auch die ambulante Rehabilitationsmaßnahme nicht ausreicht, leistet die Krankenkasse stationäre Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Absatz 2 SGB V). Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme kann als Anschlussrehabilitation im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erbracht werden. Die Rehabilitationsleistungen sollen längstens für 3 Wochen erbracht werden. Das Wiederholungsintervall beträgt vier Jahre. In medizinisch erforderlichen Fällen ist sowohl eine Verlängerung der Maßnahme als auch eine frühere Wiederholung möglich (§ 40 Absatz 3 SGB V). Ein Anspruch des Versicherten gegen die Krankenkasse besteht nach § 40 Absatz 4 SGB V allerdings nicht, wenn eine entsprechende Leistung von Rentenversicherungs- oder Unfallversicherungsträgern erbracht werden könnte. Deren Leistungen sind vorrangig.

Nähere Einzelheiten zur Versorgung mit Rehabilitationsleistungen regelt gem. § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V die "Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie)". Die Rehabilitations-Richtlinie bildet die Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit von Vertragsärzten und Krankenkassen bei der Beratung und Einleitung von im Einzelfall notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Nach dem im Sozialgesetzbuch Neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (SGB IX) in § 9 SGB IX festgelegten Grundsatz haben Rehabilitationsträger bei der Entscheidung über Leistungen den berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten zu entsprechen (Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten). Dies gilt insbesondere für die Auswahl der Rehabilitationseinrichtung.

Versorgung mit Heilmitteln

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln, wenn diese notwendig sind, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden (§§ 23, 32 SGB V). Die nähere Konkretisierung des Leistungsanspruchs erfolgt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

in der Heilmittel-Richtlinie. Die Heilmittel-Richtlinie dient der Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln. Hierfür legt sie insbesondere die Verordnungsgrundsätze fest und enthält einen Katalog verordnungsfähiger Heilmittel, in dem die einzelnen Heilmittel bestimmten Diagnosegruppen zugeordnet und Verordnungsmengen im Regelfall bestimmt sind. Zu den verordnungsfähigen Heilmitteln gehören danach Maßnahmen der physikalischen Therapie (z. B. Krankengymnastik), der Ergotherapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie der podologischen Therapie.

4.3 Pflegedokumentation

Nach § 113 Absatz 1 SGB XI sind Regelungen hinsichtlich der Pflegedokumentation von den Vertragspartnern zu treffen. Danach ist es Aufgabe der Vertragsparteien (Spitzenverband Bund der Pflegekassen, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene) gemeinsam "Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements"(MuG) zu vereinbaren. Diese Maßstäbe und Grundsätze müssen auch die Anforderungen an eine praxistaugliche Pflegedokumentation regeln, die über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen dürfen. Die aktuell geltenden MuG sind am 21. Juli 2011 für alle Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen verbindlich in Kraft getreten.

Der Gesetzgeber selbst gibt weder den Inhalt noch den Umfang einer Pflegedokumentation vor. Pflege-Dokumentationssysteme werden derzeit i. d. R. von den Herstellern in Absprache mit den jeweiligen Pflegeeinrichtungen erstellt.

5. Datenerhebung

Der Prozess der Datenerhebung erfolgte in drei Phasen, die inhaltlich aufeinander aufbauen: der explorativen Vorbereitung, der Entwicklung des Erhebungsinstruments und der Feldphase.

Explorative Vorbereitungen

Um für die zehn ausgewählten Antragsverfahren sowie für das Verfahren zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers auf Anregung und für das Verfahren der Pflegedokumentation Standardprozesse abzubilden, wurden im Vorfeld der Untersuchung Befragungen mit betroffenen Normadressaten und Expertinnen und Experten geführt. Die Vorbefragungen fanden als Vor-Ort-Gespräche in Form von Leitfaden-Interviews statt. In den Interviews wurden Verfahrensabläufe aus Sicht der jeweiligen Akteure beschrieben und Hinweise auf normadressatenspezifische Unterschiede in der Ablauforganisation eines Verfahrens erläutert. Bereits hier wurden Verbesserungs- und Vereinfachungsvorschläge gesammelt.

Auf Grundlage der Vorgespräche wurden Standardprozessabläufe für die zu untersuchenden Verfahren herausgearbeitet und in messbare Prozessschritte eingeteilt. Für eine fachliche Überprüfung wurde in einem weiteren Schritt die Liste mit den Prozessschritten an die Projektbeteiligten mit der Bitte um Ergänzungen und korrektive Anmerkungen versandt. Von den eingegangenen Rückmeldungen sind diejenigen Hinweise aufgenommen worden, die der Abbildung des Regelfalls (Standardprozess) entsprechen. Anmerkungen, die sich hingegen auf Sonderfälle bezogen (z. B. Genehmigungsverfahren bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls), sind nicht aufgenommen worden.

Insgesamt wurden über alle Verfahren hinweg 94 Prozessschritte herausgearbeitet. Jeder Prozessschritt bezieht sich auf den Aufwand für einen Normadressaten zu einem bestimmten Verfahrensabchnitt innerhalb eines Antragsverfahrens bzw. der Pflegedokumentation. Alle herausgearbeiteten und anschließend erhobenen Prozessschritte können dem Anhang 1 (Ergebnisübersichten) entnommen werden.

Entwicklung des Erhebungsinstruments

Im nächsten Schritt wurden vor dem Hintergrund der in Vorbefragungen gewonnenen Informationen Aktivitäten herausgearbeitet, die für die Prozessschritte prägend sind. Mit Hilfe der Aktivitäten wurden die Zeitaufwände zur Bestimmung des Erfüllungsaufwands bei den beteiligten Normadressaten erhoben (vgl. auch 2.2). Tabelle 7 stellt die Aktivitäten der Bürgerinnen und Bürger mit Beispielen und Erläuterungen zur Abgrenzung dar.

Tabelle 7: Mögliche Aktivitäten der Bürgerinnen und Bürger zur Erfüllung einer Vorgabe im Rahmen der Antragsverfahren in der Pflege

Erhobene Aktivitäten	Beispiele/Erläuterung
Einarbeitung/Beratung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Literatur-/Internetrecherche ▪ Telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Kostenträger <i>im Vorfeld</i> der Antragstellung ▪ Beratungszeit bei dafür zuständigen Institutionen
Datenbeschaffung/-aufbereitung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zeitaufwand für die Beschaffung des Formulars/Vordrucks ▪ Ggf. Zeitaufwand für Beschaffung und Zusammenstellung weiterer Unterlagen (z. B. Bescheinigungen, Kostenvoranschläge) ▪ Zeitaufwand für den Kontakt mit den zuständigen Stellen zwecks Terminvereinbarung und für das Abholen des Formulars ▪ Berechnungen durchführen ▪ Adressen recherchieren ▪ Archivieren, Abheften von Schreiben des Kostenträgers im Rahmen des Antragsverfahrens ▪ Bei Antragsverfahren, die ärztliche Verordnungen voraussetzen, auch Zeit für das gemeinsame Arzt-Patienten-Gespräch, welches für die Ausstellung der Verordnung notwendig ist
Begutachtung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zeitaufwand für medizinische Untersuchung durch die Ärztin oder den Arzt ▪ Zeitaufwand für Vor-Ort-Begutachtung durch einen Begutachtungsdienst ▪ Medizinische Begutachtungsdauer, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der beantragten Leistung steht
Externer Kontakt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zeitaufwand für Rückfragen an zuständige Stellen, die im <i>laufenden</i> Verfahren entstehen (in Abgrenzung zu Einarbeitung/Beratung) ▪ Rückfragen von zuständigen Stellen beantworten, die im <i>laufenden</i> Verfahren entstehen
Ausfüllen von Formularen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausfüllen des Antragsformulars ▪ Formulieren des formlosen Antrags
Übermittlung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zeitaufwand, um Schriftstücke versandfertig zu machen (bspw. Kuvertieren für Postversand, Formatieren für elektronischen Versand, Abschicken eines Fax) ▪ Zeitaufwand für das Erstellen von Begleitschreiben
Wartezeiten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wartezeit vor Ort (z. B. Wartezeit in der Beratungsstelle oder in der Arztpraxis) ▪ Wartezeit im Fachhandel, sofern relevant für Verfahrensbeteiligung (z. B. zum Erhalt des Kostenvoranschlags; nicht zum Einreichen eines bewilligten Rezepts)

Neben den zeitlichen Aufwänden für die genannten Aktivitäten wurden bei den Bürgerinnen und Bürgern auch mögliche Sachkosten erhoben. Dazu gehören:

- Kosten für das Inanspruchnehmen fachlicher Beratung
- Kopier- und Portokosten

- Wegekosten⁴
- ggf. sonstige Kosten

Die Aktivitäten zur Bestimmung des Zeitaufwands der Normadressaten Wirtschaft und Verwaltung sind mit Beispielen und inhaltlichen Erläuterungen in Tabelle 8 dargestellt. Neben den Zeitaufwänden wurden auch bei diesen Normadressaten Sachkosten erhoben. Zu diesen zählen:

- Zahlungen, die für eine externe Bearbeitung geleistet werden müssen
- Anschaffungskosten (z. B. für Hardware oder Software)
- Kopier- und/oder Portokosten (z. B. für den Versand von Formularen, Entscheidungsschreiben und Begutachtungsaufträgen)
- ggf. sonstige Kosten

Die genannten Aktivitäten und Sachkosten bildeten die Grundlage für die eingesetzten Leitfäden und Fragebögen. Daneben waren Verbesserungsvorschläge für die erfragten Antragsverfahren bzw. das Verfahren der Pflegedokumentation Bestandteil der normadressatenspezifischen Befragungen (siehe Anhang 3).

Feldphase

In Abhängigkeit von dem Antragsverfahren und den zu untersuchenden Prozessschritten wurden die Aufwände durch folgende Befragungstechniken erhoben:

- leitfadengestützte Vor-Ort- oder Telefoninterviews
- leitfadengestützte Experteninterviews oder Expertenpanel
- standardisierte schriftliche Befragung (Fragebogenversand)
- Analyse von extern erhobenen Daten (z. B. bei Krankenkassen oder Begutachtungsdiensten)

Die Datenerhebung stützt sich demnach auf einen Methoden-Mix.

Zum Einstieg in die Befragung wurden die Normadressaten nach Merkmalen befragt, die für die Auswertung bzw. für die weitere Bearbeitung der Ergebnisse benötigt wurden. Dazu gehörten bei den Bürgerinnen und Bürgern u. a. die Angaben zum Versichertenstatus und die Konkretisierung des Betroffenenstatus. Bei der Wirtschaft und der Verwaltung wurde die betriebliche Position bzw. die Laufbahngruppe der Bearbeiterin bzw. des Bearbeiters erfragt, um den konkreten Lohnsatz zu bestimmen.

⁴ Für die Ermittlung der Wegekosten wurde die angegebene Strecke von zu Hause bis zur zuständigen Stelle mit 0,30 Euro pro Kilometer multipliziert.

Tabelle 8: Mögliche Aktivitäten der Wirtschaft und der Verwaltung zur Erfüllung einer Vorgabe im Rahmen der Antragsverfahren in der Pflege und zur Pflegedokumentation

Erhobene Aktivitäten	Beispiele/Erläuterungen
Schulung/Fortbildung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anteiliger Zeitaufwand einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters für Schulungen und Fortbildungen ausschließlich zu dem betrachteten Antragsverfahren und bezogen auf den einzelnen Antrag ▪ Berechnungsbeispiel: fünf zuständige Sacharbeiter/-innen absolvieren je 10 Stunden (600 Min.) Schulungen pro Jahr und bearbeiten gemeinsam 1.000 Anträge: $5 \times 600 \text{ Min.} / 1.000 =$ anteilig 3 Min. je Antrag
Beratung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratungstätigkeiten (unabhängig von der Antragsbearbeitung) ▪ Berechnungsbeispiel: Jede/r 10. Antragstellerin/Antragsteller lässt sich vorher 20 Min. beraten = 2 Min. Beratung je Fall
Sachbearbeitung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eingangsdokumentation/Anlegen des Falles in elektronischen Systemen ▪ Weitergabe des Antrags an die/den zuständige/n Bearbeiter/in ▪ Verarbeitung/Auswertung und Archivierung von Unterlagen ▪ Datenbeschaffung (z. B. Beschaffung ergänzender Informationen über den Versicherten) ▪ Ggf. Zusammenstellen der Unterlagen für den Begutachtungsdienst bzw. den auftraggebenden Kostenträger ▪ Dateneingabe zum Erstellen von Bescheiden ▪ Erstellen von Schreiben (bspw. Bescheide oder Terminanschreiben)
Begutachtung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufwand der/s Gutachter/in für Vor- und Nachbereitung einer Begutachtung ▪ Begutachtungsdauer beim Pflegebedürftigen vor Ort
Externe Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbale und/oder schriftliche Kommunikation mit anderen Institutionen, Personen und Behörden. Hierzu zählen bspw. Tochterorganisationen, Kranken- und Pflegekassen, Begutachtungsdienste, Kommunikation mit Pflegediensten, Ärzten und/oder dem Sozialdienst eines Krankenhauses, Kontakt zum Versicherten im laufenden Antragsverfahren
Interne Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sitzungen, Besprechungen ausschließlich innerhalb der eigenen Organisation und bezogen auf die einzelne Antragsbearbeitung
Übermittlung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zeitaufwand um Schriftstücke versandfertig zu machen, bspw. Kuvertieren für Postversand oder Formatieren für elektronischen Versand (nicht die Erstellung der Schriftstücke; diese fallen unter Sachbearbeitung)

Bei Befragungen zum Verfahren der Pflegedokumentation wurden die Pflegeeinrichtungen nach Umfang und Struktur ihrer Bewohnerinnen und Bewohner und ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie nach der eingesetzten Erfassungsart (elektronisch, teilelektronisch, manuell) zur Dokumentation von Pflegetätigkeiten gefragt.

Insgesamt wurden aus den rund 200 geführten Befragungen 940 Datensätze erstellt:

- 243 Datensätze durch die Befragungen betroffener Bürgerinnen und Bürger und stellvertretender Expertinnen und Experten
- 578 Datensätze durch Befragungen von Leistungserbringern, darunter Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser, Arztpraxen
- 119 Datensätze durch die Befragungen von Kostenträgern und ihrer Begutachtungsdienste

6. Zusammenfassende Ergebnisvorschau

Bevor im nachfolgenden Kapitel die einzelnen Verfahren detailliert beschrieben und die Ergebnisse dargestellt werden, wird in diesem Abschnitt eine kurze Übersicht über die Gesamtergebnisse - getrennt nach den Antragsverfahren, dem Verfahren zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers auf Anregung und der Pflegedokumentation - gegeben.

Antragsverfahren

Die zehn betrachteten Antragsverfahren verursachen zusammen mit dem Verfahren zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers auf Anregung bei den Normadressaten Wirtschaft und Verwaltung insgesamt einen jährlichen Erfüllungsaufwand von rund 449 Mio. Euro. Davon trägt die Verwaltung rund 60 Prozent und die Wirtschaft knapp 40 Prozent. Die Kosten der einzelnen Antragsverfahren sind deutlich unterschiedlich, wie der Tabelle 9 zu entnehmen ist. Die Verfahren mit den größten Belastungen sind die Feststellung der Pflegestufe und der Antrag auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen, die zusammen mehr als die Hälfte der Gesamtbelastung ausmachen. Dies liegt vor allem an der Belastung der Verwaltung durch diese Verfahren. Die Wirtschaft wird dagegen am stärksten vom Antrag auf Heilmittel belastet. Dieser Antrag spielt bei der Verwaltung keine Rolle, was wiederum zeigt, dass nicht nur die Kosten der Verfahren unterschiedlich hoch, sondern die beiden Normadressaten Verwaltung und Wirtschaft auch in unterschiedlichem Maße von den Antragsverfahren belastet sind.

Verhältnismäßig geringen Aufwand verursachen, sowohl bei der Verwaltung als auch bei der Wirtschaft, das Verfahren zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers auf Anregung, der Antrag auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen und die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Tabelle 9: Kosten der Antrags-/Verfahren

Leistungsart	Antrags-/Verfahren	Gesamt		Verwaltung		Wirtschaft	
		in 1.000 EUR	in %	in 1.000 EUR	in %	in 1.000 EUR	in %
Hauptantrag	Feststellung der Pflegestufe	109.784	24,44	80.242	28,87	29.542	17,24
	Verfahren zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers auf Anregung*	90	0,02	-	-	90	0,05
Materielle Unterstützung	Hilfe zur Pflege	14.328	3,19	14.328	5,16	0**	-
	Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen	132.668	29,53	109.784	39,51	22.884	13,35
	Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung	1.645	0,37	1.478	0,53	167	0,10
Technische Unterstützung	Hilfsmittel	57.843	12,87	40.531	14,59	17.313	10,10
	Pflegehilfsmittel	10.178	2,27	8.422	3,03	1.756	1,02
	Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes	513	0,11	437	0,16	76	0,04
Medizinische Unterstützung	Antrag auf häusliche Krankenpflege	53.772	11,97	21.599	7,77	32.172	18,77
	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	3.958	0,88	1.076	0,39	2.882	1,68
	Antrag auf Heilmittel	64.511	14,36	-	-	64.511	37,64
Insgesamt		449.289	100	277.895	100	171.394	100

* Betreuungsverfahren betreffen die rechtliche Betreuung und sind als ein gerichtsförmliches Verfahren ausgestaltet. Die im Projekt ermittelten Aufwände zu diesem Verfahren sind daher nicht vergleichbar mit den ermittelten Aufwänden für sozialrechtliche Antragsverfahren zur Gewährung von Sozial- oder Pflegeleistungen. Zur inhaltlichen Sonderstellung des Betreuungsverfahrens vgl. Kapitel 7.2.2.

** Für dieses Verfahren wurde für die privaten Pflegeversicherungsunternehmen eine jährliche Fallzahl von 40 angegeben (siehe Anhang 2). Bei der ermittelten Belastung von 4,48 Euro pro Fall beläuft sich der jährliche Erfüllungsaufwand auf 179,20 Euro. Im Endergebnis in Tausend Euro ist entsprechend eine gerundete 0 ausgewiesen.

Die Höhe des Erfüllungsaufwands hängt maßgeblich von zwei Faktoren ab: der Fallzahl und der Bearbeitungszeit. Diese beziehen sich, wie in Kapitel 3 auf S. 14 beschrieben, auf die Lebenslage.

Die beiden am wenigsten kostenträchtigen Verfahren haben jeweils Fallzahlen von unter 10.000 (zur Fallzahl siehe Tabelle 10 auf S. 34 und Anhang 2), während der Antrag auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen aufgrund der hohen Fallzahl von rund 4,9 Mio. die höchsten Kosten verursacht. Zu beachten ist, dass die angegebene Fallzahl zum Antrag auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen abweichend von der untersuchten Lebenslage die Anzahl der von der Zuzahlung befreiten Rentnerinnen und Rentner sowie deren mitversicherten Familienangehörigen angibt. Weil Anträge auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen zudem pro Haushalt gestellt werden, ist die relevante Fallzahl der

Anträge tatsächlich geringer. Diese konnte im Projekt nicht ermittelt werden (zu weiteren Limitationen bezüglich der angegebenen Fallzahl siehe Erläuterungen unterhalb der Tabelle 23 auf S. 63).

Die Verteilung der Kosten zwischen den Normadressaten Wirtschaft und Verwaltung wird u. a. durch den Versicherungsstatus der Bürgerinnen und Bürger bestimmt. Die gesetzlichen Versicherungen zählen zum Normadressatenkreis Verwaltung während die privaten Versicherungsunternehmen zum Normadressatenkreis Wirtschaft gehören. Da nur rund zehn Prozent aller Bürgerinnen und Bürger privat krankenversichert sind, sind die Kosten in der Verwaltung höher als in der Wirtschaft. Neben den privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen gehören auch die Arztpraxen, die Pflegeeinrichtungen und die Sozialdienste in Krankenhäusern zum Normadressatenkreis Wirtschaft, der insgesamt einen jährlichen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 171 Mio. Euro zu leisten hat. Zu beachten ist hierbei, dass – wie in Kapitel 3 bereits beschrieben – die Ergebnisse zu den Anträgen auf häusliche Krankenpflege, auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, auf Heil- und Hilfsmittel sowie auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen für chronisch Kranke keine Kosten für die privat Versicherten enthalten sind. Sie wurden nicht erhoben, da sie auf individuellen Bestandteilen von Vertragsinhalten aufbauen. Daher beinhalten bei diesen Antragsverfahren die Kosten der Wirtschaft ausschließlich die Aufwände der Arztpraxen, der ambulanten Pflegedienste sowie der Sozialdienste in Krankenhäusern.

Für den Normadressaten Verwaltung, der sich in dieser Untersuchung aus den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sowie den Sozialämtern (für die Bearbeitung des Antrags auf Hilfe zur Pflege) zusammensetzt, resultiert ein jährlicher Erfüllungsaufwand von rund 278 Mio. Euro. Diese Kosten ergeben sich aus insgesamt neun betrachteten Verfahren, an denen die Verwaltung beteiligt ist.

Bei dem Antragsverfahren auf Heilmittel wurde der Erfüllungsaufwand der Bürgerinnen bzw. Bürger und der Wirtschaft betrachtet. Der Aufwand der gesetzlichen Krankenkassen wurde nicht erhoben. Eine Bearbeitung zwecks Antragsgenehmigung findet hierbei für gewöhnlich nur bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls statt, die nicht Teil des Untersuchungsgegenstands waren.

Für die betroffenen Bürgerinnen bzw. Bürger liegt der Erfüllungsaufwand der einzelnen Antragsverfahren - wie in Tabelle 10 dargestellt - zwischen drei Minuten und 435 Minuten. Der zeitaufwändigste Antrag ist der auf Hilfe zur Pflege, der im Vergleich zu anderen untersuchten Anträgen mit 64.000 zugleich eine relativ niedrige Fallzahl ausweist. Der hohe Zeitaufwand ist z. T. darin begründet, dass nicht nur die Antragstellenden, sondern oft auch deren Angehörigen in das Verfahren involviert sind, deren Zeitaufwände eingerechnet wurden. Ein weiteres sehr zeitaufwändiges Antragsverfahren ist die Feststellung der Pflegestufe. Die mit Abstand größte Fallzahl hat der Antrag auf Heilmittel, wobei die zeitliche Beanspruchung für die Betroffenen mit 20 Minuten verhältnismäßig gering ist. Drei weitere Anträge mit Fallzahlen über zwei Mio. haben ebenfalls Bearbeitungszeiten von unter einer Stunde. Da

zwischen Zeitaufwand und Fallzahl mit $-0,377^5$ eine negative Korrelation vorliegt, kann ein negativer Zusammenhang zwischen der Häufigkeit eines Antrags und dessen Bearbeitungskomplexität für die Bürgerinnen bzw. Bürger angenommen werden: Je höher die Fallzahl desto einfacher der Antrag.

Tabelle 10: Antragsverfahren der Bürgerinnen und Bürger – Zeitaufwand pro Fall/Fallzahlen der Lebenslage

Antragsverfahren	Min. pro Fall	Fallzahl in 1.000
Antrag Heilmittel	20,0	11.526
Befreiung von Zuzahlungen	53,5	4.861
Hilfsmittel	22,5	3.234
Antrag häusliche Krankenpflege	48,0	2.130
Feststellung der Pflegestufe	218,0	666
Pflegehilfsmittel	15,0	771
Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung	16,0	110
Hilfe zur Pflege	435,0	63
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	3,0	51
Verbesserung des Wohnumfeldes	191,0	9

Bei vier Verfahren (Antrag auf Feststellung der Pflegestufe sowie das Widerspruchs-/Einspruchsverfahren, Antrag auf Hilfe zur Pflege und Antrag auf einen Zuschuss für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen) wurden die normadressatenübergreifenden Gesamtbearbeitungszeiten (Nettozeiten) der von Bürgerinnen und Bürgern angegebenen Verfahrensdauer (Bruttozeit) gegenübergestellt. Bei allen vier Verfahren liegt der Anteil der jeweiligen Nettozeit gemessen an der Bruttozeit unter fünf Prozent (Kapitel 9).

Im Rahmen der Erhebung wurden alle Normadressaten nach Vereinfachungs- und Verbesserungsvorschlägen gefragt. Dabei kristallisierten sich die Aspekte

- Gestaltung von Antragsformularen,
- Übermittlungswege von Antragsverfahren, Informationen und Bescheiden sowie
- Transparenz, Aufklärung und Beratung

als zentrale Bereiche heraus. Nahezu alle Verfahrensbeteiligten sehen hier Vereinfachungspotenziale. Näheres hierzu kann Kapitel 10 entnommen werden.

Verfahren zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers auf Anregung

In einigen Fällen der ausgewählten Lebenslage, in denen die pflegebedürftige Person ihre rechtlichen Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr besorgen kann, muss im Vorfeld der Beantragung von

⁵ Verwendet wurde der Korrelationskoeffizient nach Bravais Pearson. Dieser ist definiert zwischen -1 und + 1. Bei negativen Werten geht man von einem negativen Zusammenhang aus, bei positiven von einem positiven. Bei Werten um Null liegt kein linearer Zusammenhang vor.

oben genannten Leistungen die Bestellung einer rechtlichen Betreuerin bzw. eines rechtlichen Betreuers bei Gericht angeregt werden (vgl. Kapitel 7.2.2).

Bei dem Verfahren zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers auf Anregung wurde der Erfüllungsaufwand der Bürgerinnen bzw. Bürger und der Wirtschaft betrachtet.⁶ Der Aufwand der am Verfahren beteiligten Bürgerinnen und Bürger beläuft sich auf insgesamt rund 252 Minuten pro Verfahren. Die Anzahl der jährlich angeregten Betreuungsverfahren für die untersuchte Lebenslage liegt dabei schätzungsweise bei 125.000 (vgl. Anhang 2). Der Aufwand der zuständigen Gerichte war nicht Bestandteil der Untersuchung, so dass hier keine Verwaltungskosten angegeben werden.

Pflegedokumentation

Zusätzlich zu den zehn Antragsverfahren und dem Verfahren zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers auf Anregung wurde das Verfahren der Pflegedokumentation in die Untersuchung aufgenommen. Der im Zuge des Projekts gemessene Erfüllungsaufwand der Wirtschaft, der sich aus den Vorgaben zur Pflegedokumentation (vgl. Kapitel 4.3) ergibt, beziffert sich – wie in der Tabelle 11 dargestellt – auf insgesamt rund 2,7 Mrd. Euro jährlich. Die Höhe der Kosten ergibt sich maßgeblich über die Fallzahl. Alleine das Ausfüllen der Leistungsnachweise⁷, das mit jährlichen Kosten von rund 1,9 Mrd. Euro die kostenintensivste Vorgabe aus dem Bereich der Pflegedokumentation ist, wird jährlich rund 408 Mio. mal durchgeführt. Das Ausfüllen eines einzelnen Leistungsnachweises ist dabei zeitlich wenig aufwändig. Erst der Umstand, dass es mehrmals täglich und für jede pflegebedürftige Person durchgeführt werden muss (ergibt im Mittel neun Minuten pro Tag pro Pflegebedürftigen), führt zu einer hohen jährlichen Fallzahl und damit zu einem hohen Erfüllungsaufwand, der zwei Drittel des gesamten Erfüllungsaufwandes der Pflegedokumentation ausmacht. Auch müssen Meldungen und Ergänzungen zum Pflegebericht häufig dokumentiert werden, weshalb diese beiden Vorgaben mit rund 290 bzw. rund 364 Mio. Euro ebenfalls kostenintensiv sind. Zusammen machen sie fast ein Viertel der Gesamtkosten aus. Von den restlichen Vorgaben ist noch die nicht anlassbezogene Evaluierung der Pflegeplanung mit rund 120 Mio. Euro von Relevanz. Verglichen mit anderen Vorgaben im Rahmen der Pflegedokumentation ist die jährliche Fallzahl dieser Tätigkeit (rund 4,6 Mio.) relativ gering. Die Kosten entstehen durch die vergleichsweise hohe Bearbeitungszeit pro Fall, die einen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 121 Mio. Euro verursacht.

⁶ Betreuungsverfahren betreffen die rechtliche Betreuung und sind als ein gerichtsförmliches Verfahren ausgestaltet. Die im Projekt ermittelten Aufwände zu diesem Verfahren sind daher nicht vergleichbar mit den ermittelten Aufwänden für sozialrechtliche Antragsverfahren zur Gewährung von Sozial- oder Pflegeleistungen (vgl. Kapitel 7.2.2).

⁷ Leistungsnachweise dienen u. a. der Abrechnung der Leistungen und der Qualitätssicherung.

Tabelle 11: Pflegedokumentation – Fallzahl und Kosten der Lebenslage

Prozessschritt	Fallzahl	Gesamtbelastung	
		in 1.000 EUR	in %
Einrichten der Pflegedokumentation	225.700	47.728	1,74
Ausfüllen der Leistungsnachweise	407.932.509	1.855.920	67,85
Meldungen zum Pflegebericht	407.932.500	290.092	10,60
Ergänzung des Pflegeberichts, ggf. Überarbeitung der Pflegeplanung	407.932.500	364.410	13,32
Nicht anlassbezogene Evaluierung der Pflegeplanung	4.649.520	121.306	4,43
Übermittlung der Leistungsnachweise	5.249.500	25.198	0,92
Archivierung der Unterlagen	13.573.500	29.316	1,07
Gesamtantragsverfahren (Pflegedokumentation)		2.735.490	100

Das Einrichten der Pflegedokumentation muss bei jeder Neuaufnahme einer pflegebedürftigen Person erfolgen. Die Vorgabe verursacht in den Pflegeeinrichtungen einen hohen einmaligen Zeitaufwand (zwischen 158 Minuten in der Tagespflege und 386 Minuten in stationären Pflegeeinrichtungen; vgl. Tabelle 50 auf S. 114). In jedem zweiten Fall entsteht zusätzlich ein Aufwand von 17 Minuten für Ärzte, die Informationen zwecks Erstellung der Pflegedokumentation an die Pflegeeinrichtung weitergeben. Dieser Aufwand der Ärztinnen und Ärzte (rund 1,5 Mio. Euro) ist in der ausgewiesenen Belastung der Wirtschaft enthalten. Daneben sind auch Bürgerinnen und Bürger, zumeist deren Angehörige, in diesen Prozessschritt eingebunden, die im Mittel eine Stunde für die Zulieferung von notwendigen Informationen aufbringen müssen.

Im nächsten Kapitel wird der hier dargestellte Erfüllungsaufwand detailliert beschrieben. Dabei werden die untersuchten Verfahren in ihrem Ablauf dargestellt. Die dabei anfallenden Tätigkeiten für beteiligte Normadressaten werden inhaltlich erläutert und die ermittelten Zeiten für entsprechende Aktivitäten ausgewiesen.

7. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden zunächst grundlegende Hinweise zur Interpretation der Ergebnisse gegeben. Anschließend werden die untersuchten Antragsverfahren gebündelt nach Leistungsarten (Hauptantrag, materielle, technische und medizinische Unterstützung) sowie das Verfahren der Pflegedokumentation erläutert. Dabei erfolgt bei jeder Antragskategorie eine zusammenfassende Darstellung der (monetarierten) Ergebnisse. Jedes Verfahren wird zunächst im Standardprozessablauf beschrieben. Dabei wird aufgezeigt, welche Normadressaten in welche Verfahrensabschnitte eingebunden sind. Im nächsten Schritt erfolgt in Anlehnung an die Standardprozessbeschreibung die Darstellung der ermittelten Zeit- und Sachkosten für jeden beteiligten Normadressaten pro Fall.

7.1 Hinweise zur Interpretation der Ergebnisse

Ziel des Projektes war es, nachvollziehbar, objektiv und unter Zuhilfenahme von Expertenhinweisen den *standardisierten Ablauf* von zehn ausgewählten Antragsverfahren darzustellen, die mit Leistungen verbunden sind, die einer pflegebedürftigen und/oder chronisch kranken Person im Sinne der deutschen Gesetzgebung zustehen. Die Regelungen der Leistungsvergabe sind von vielfältigen landesspezifischen, organisationsinternen und individuellen Rahmenbedingungen abhängig, die eine solche Standardisierung erschweren. Gleiches trifft auf das Verfahren zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers auf Anregung sowie das Verfahren der Pflegedokumentation zu.

In der Untersuchung wurden die vielfältigen Rahmenbedingungen *methodisch so vereinheitlicht*, dass die ausgewählten Antragsverfahren ggf. ins Verhältnis zueinander gesetzt werden *können*. Dies ist jedoch keinesfalls das primäre Ziel. Vielmehr soll aufgezeigt werden, an welcher Stelle im Antragsverfahren welche Instanz nach welchen Vorgaben/Kriterien Entscheidungen trifft und in welcher Weise sich diese auf den Verfahrensablauf und die Einbeziehung weiterer Akteure auswirken.

Um die Ergebnisse richtig interpretieren zu können, sind bestimmte Annahmen zu beachten. Diese wurden in vorangegangenen Kapiteln erläutert. Nachfolgend werden sie noch einmal alphabetisch geordnet zusammengefasst.

Arztpraxis: Die zeitlichen Aufwände des Normadressaten Arztpraxis umfassen nicht nur die Tätigkeiten der Ärztinnen und Ärzte, sondern beziehen sich auf die subsumierten Aufwände der Arbeitseinheit Arztpraxis. Sofern die Beteiligung von medizinischen Fachangestellten bei einem Verfahren überwiegt, wurde dies durch Anwendung eines entsprechenden Lohnsatzes berücksichtigt (vgl. Anhang 2). Gleiches gilt für Verfahren, an denen das Krankenhauspersonal (Ärztinnen und Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter) beteiligt ist.

Bearbeitungszeiten: Ermittelt wurden die im Mittel anfallenden Nettoarbeitszeiten. Rückschlüsse auf bspw. Liegezeiten von Anträgen vor, während und nach der Bearbeitung können daraus nicht abgeleitet werden. Synergieeffekte, die z. B. durch zeitgleiche Bearbeitung mehrerer Vorgänge oder bei der Bearbeitung von Wiederholungsfällen entstehen, konnten nicht berücksichtigt werden.

Eingeschränkte Alltagskompetenz: Entsprechend der Definition in § 45a SGB XI sind Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen unter bestimmten Voraussetzungen in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt. Im Rahmen des Projektes lag der Fokus innerhalb dieser Betroffenengruppe vor allem auf Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen. In diesem Bericht wird der Begriff *eingeschränkte Alltagskompetenz* als Synonym für *Demenz* verwendet.

Fallzahlen: Alle ausgewiesenen Fallzahlen beziehen sich auf das Jahr 2009.

Fallzahlen, die öffentlich zugänglichen Statistiken entnommen sind, wurden mit dem Lebenslagenquotienten gewichtet (LLQ = 0,85) und bilden damit eine modellierte Fallzahl für die ausgewählte Lebenslage.

Fallzahlen, die nicht in öffentlich zugänglichen Statistiken festgehalten sind, wurden bei befragten Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., befragten Pflegeeinrichtungen sowie Sozialdiensten in Krankenhäusern erhoben und ggf. anschließend für Gesamtdeutschland hochgerechnet. Sofern Fallzahlangaben auf Expertenschätzungen, Hochrechnungen oder Annahmen des Statistischen Bundesamtes beruhen, sind sie gerundet ausgewiesen.

Die Fallzahlen nachfolgender Antragsverfahren haben keinen Bezug zur Lebenslage und beziehen sich auf alle Versicherten bzw. Leistungsbezieher, die 65 Jahre und älter sind bzw. der Personengruppe der Rentnerinnen und Rentner angehören (also nicht ausschließlich auf pflegebedürftige Personen, die 65 Jahre und älter sind):

- Antrag auf teilweise Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen für chronisch Kranke
- Antrag auf Hilfsmittel
- Antrag auf Heilmittel

Die Fallzahlen der erhobenen Prozessschritte sowie die Fallzahlquellen können dem Anhang 2 entnommen werden.

Grundantrag: Der erstmalige Antrag auf Feststellung der Pflegestufe wird im vorliegenden Bericht als Grundantrag bezeichnet.

Lebenslage: Im Fokus der Erhebung stand die Lebenssituation von pflegebedürftigen Menschen, die 65 Jahre und älter sind und erstmalig den Antrag auf Feststellung der Pflegestufe gestellt haben (vgl. Kapitel 3).

Lebenslagenfallzahl/Lebenslagenquotient (LLQ): Nach Angabe des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sind ca. 85 Prozent der Pflegebedürftigen in der Altersklasse 65 Jahre und älter. Bei allen Werten in den mit LLQ gekennzeichneten Feldern (Anhang 2) wurde dieser Quotient zur Berechnung der Lebenslagenfallzahl herangezogen, wenn lediglich Fallzahlen für Pflegebedürftige aller Altersklassen vorhanden waren.

Monetarisierete Ergebnisse: Die ausgewiesenen monetarisierten Ergebnisse für die Normadressatenkreise Wirtschaft und Verwaltung basieren, sofern nicht anders im Text angegeben, auf der Multiplikation der Lebenslagenfallzahl mit dem ermittelten Zeitwert pro Fall und dem entsprechenden Lohnsatz zuzüglich Sachkosten pro Fall (vgl. Kapitel 2). Die verwendeten Lohnsätze können dem Anhang 2 entnommen werden.

Pflegeeinrichtung: Der Begriff *Pflegeeinrichtung* wird übergreifend für alle Pflegeeinrichtungsarten (stationäre Pflegeeinrichtung/ambulanter Pflegedienst/Tagespflegeeinrichtung) verwendet. Sofern die Ausführungen sich ausschließlich auf eine der Einrichtungsformen beziehen, wird die Einrichtungsart explizit genannt.

Pflegekasse/privates Pflegeversicherungsunternehmen: Träger der Sozialen Pflegeversicherung für *gesetzlich* krankenversicherte Personen sind die gesetzlichen Pflegekassen. Gesetzliche Pflegekassen sind als rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts bei entsprechenden gesetzlichen Krankenkassen eingerichtet. Für den Versicherungsschutz in der Sozialen Pflegeversicherung ist das Elfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) maßgebend. *Privat* krankenversicherte Personen müssen mit ihrem privaten Krankenversicherungsunternehmen einen Versicherungsvertrag zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit abschließen. Dieses Vertragsverhältnis richtet sich nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Dabei sind die Vertragsleistungen nach Art und Umfang den Leistungen des vierten Kapitels des SGB XI gleichwertig.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen der beiden Versicherungsarten haben zu einer Auswirkung auf die im vorliegenden Bericht verwendeten Terminologien: Der Begriff *Pflegekasse* bezieht sich ausschließlich auf gesetzlich versicherte Pflegebedürftige. Werden beide Begriffe *Pflegekasse/privates Pflegeversicherungsunternehmen* verwendet, so können die beschriebenen Sachverhalte auf beide Versichertengruppen übertragen werden. In diesen Fällen wurden auch die Begriffe *Widerspruch* und *Bescheid* (für gesetzlich Versicherte) um die Begriffe *Einspruch* und *Entscheidung* (für privat Versicherte) ergänzt. Zum anderen haben die rechtlichen Rahmenbedingungen Auswirkungen auf den Umfang der untersuchten Antragsverfahren: Für gesetzlich versicherte Antragstellerinnen und Antragsteller wurde der Erfüllungsaufwand für alle zehn ausgewählten Antragsverfahren untersucht (vgl. Kapitel 3). Für fünf Antragsverfahren sind dafür Regelungen des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) ausschlaggebend, welches die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung regelt. Es handelt sich dabei um:

- Antrag auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen für chronisch Kranke
- Antrag auf Hilfsmittel
- Antrag auf häusliche Krankenpflege
- Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Antrag auf Heilmittel

Im Bereich der privaten Krankenversicherung sind diese fünf Leistungsbereiche vom Versicherungsvertrag abhängig, der zwischen der privat versicherten Person und dem Versicherungsunternehmen individuell geschlossen wird. Daher können hier die Aufwände nicht einheitlich erhoben werden. Aus diesem Grund beziehen sich die dargestellten Ergebnisse zu diesen fünf Antragsverfahren ausschließlich auf die Personengruppe der gesetzlich Versicherten und ihre Kostenträger.

Standardprozess: Aktivitäten und Sachkosten, die in den Kapiteln 7.2 – 7.5 dargestellt sind, geben an, welche Aufwände standardmäßig bei der Erfüllung entsprechender Vorgaben anfallen. Dies bedeutet nicht, dass weitere Aktivitäten oder Sachaufwände in der Praxis nicht vorkommen können, sondern dass diese standardmäßig bzw. typischerweise anfallenden Aktivitäten und Sachkosten vom überwiegenden Teil der Befragten als zutreffend beschrieben wurden.

7.2 Der Hauptantrag

Einer Person, die in Folge von Pflegebedürftigkeit den Lebensalltag nicht mehr ohne Hilfe bewerkstelligen kann, stehen per Gesetz verschiedene Formen der Unterstützung zu. In der Bundesrepublik Deutschland gibt es eine rechtliche Trennung zwischen der Kranken- und Pflegeversicherung, weshalb für etwaige Kostenübernahmen für pflegerische Leistungen die Feststellung der Pflegestufe das wesentliche Kriterium ist. Die Bewilligung des Antrags auf Feststellung der Pflegestufe ist die Voraussetzung dafür, dass man per Gesetz der Personengruppe von pflegebedürftigen Menschen zugeordnet wird und damit prinzipiell Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat. Deshalb fällt dieses Antragsverfahren im Rahmen der vorliegenden Untersuchung unter die Kategorie Hauptantrag. Für einige Antragstellende ist im Zweifelsfall das Ergebnis des Widerspruchs-/Einspruchsverfahrens im Anschluss an den Erstantragstellung für den Anspruch auf Folgeleistungen der Pflegeversicherung entscheidend. Daher wird auch dieser Verfahrensabschnitt berücksichtigt.

Bei pflegebedürftigen Menschen, die in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind und aus physischen oder psychischen Gründen ihre rechtlichen Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen können, ist für Antragsstellungen zunächst die Bestellung einer rechtlichen Betreuerin bzw. eines rechtlichen Betreuers notwendig. Durch den anerkannten Status als rechtliche Betreuerin bzw. als rechtlicher Betreuer kann eine dritte Person sich stellvertretend um die Belange der bzw. des Betreuungsbedürftigen kümmern und bspw. Antragsformulare unterschreiben und damit Antragsverfahren einleiten. Dadurch ist auch das Verfahren zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers auf Anregung als ein Teil des Hauptantrages zu betrachten.

Für Bürgerinnen und Bürger ist das Antragsverfahren auf Feststellung der Pflegestufe mit 218 Minuten pro Fall (Tabelle 13 auf S. 50) das drittaufwändigste Verfahren, das im Projekt untersucht wurde.

Für Wirtschaft und Verwaltung nimmt diese Antragsgruppe mit knapp 110 Mio. Euro fast ein Viertel des im Projekt ermittelten Erfüllungsaufwands ein (Tabelle 12). Dabei ist bei den ermittelten Kosten des Antragsverfahrens zur Feststellung der Pflegestufe zweierlei zu beachten:

Zum einen enthält das monetarisierte Ergebnis sowohl Kosten, die aus der Bearbeitung von Erstanträgen resultieren, als auch Kosten, die mit der Bearbeitung von Widerspruchs-/Einspruchsanträgen zusammenhängen und sich an die Erstantragstellung anschließen. Bei der Wirtschaft belaufen sich die Aufwände im Rahmen der Widerspruchs-/Einspruchsverfahren auf 880 Tausend Euro. Bei der Verwaltung entfallen rund 6 Mio. Euro auf das Widerspruchsverfahren.

Zum anderen sind in den Kosten der Wirtschaft sowohl die monetarisierten Aufwände der privaten Pflegeversicherungsunternehmen und ihrer Begutachtungsdienste enthalten (rund 30 Prozent) als auch Aufwände von Sozialdiensten in Krankenhäusern, die die pflegebedürftige Person bei einer Antragstellung aus dem Krankenhaus unterstützen. Ebenso beinhalten die Kosten der Wirtschaft Aufwände von Arztpraxen und Pflegeeinrichtungen, die im Rahmen der Weitergabe von Informationen über die antragstellende Person an den Kostenträger anfallen oder durch die Teilnahme an der Begutachtung der bzw. des Pflegebedürftigen entstehen.

Damit ist bei der Interpretation des monetarisierten Gesamtergebnisses zum Antragsverfahren auf Feststellung der Pflegestufe zu berücksichtigen, dass sich die Kosten dieses Antragsverfahrens auf insgesamt sieben Akteure aus dem Normadressatenbereich Wirtschaft und Verwaltung verteilen. Aufgrund der zusätzlichen Betrachtung des Widerspruchs-/Einspruchsverfahrens setzten sich die Kosten bei sechs dieser Akteure aus der doppelten Beteiligung am Antragsverfahren zusammen.

Tabelle 12: Kosten der Antragsgruppe „Der Hauptantrag“

Antragsverfahren	Fallzahl in 1.000	Kosten in 1.000 EUR		
		Gesamt	Verwaltung	Wirtschaft
Feststellung der Pflegestufe	807	109.784 (24,44%)*	80.242 (28,87%)	29.542 (17,24%)
Verfahren zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers auf Anregung**	125	90 (0,02%)	-	90 (0,05%)
Erfüllungsaufwand der Antragsgruppe	x	109.874 (24,46%)	80.242 (28,87%)	29.632 (17,29%)
Gesamter Erfüllungsaufwand der elf untersuchten Verfahren	x	449.289 (100%)	277.895 (100%)	171.394 (100%)

* Die Prozentangaben geben den jeweiligen Anteil an dem ermittelten Erfüllungsaufwand der zehn ausgewählten Antragsverfahren sowie dem Verfahren zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers auf Anregung wieder. Vgl. hierzu Kapitel 6 Tabelle 9.

** Zur inhaltlichen Sonderstellung dieses Verfahrens vgl. Kapitel 7.2.2.

7.2.1 Antrag auf Feststellung der Pflegestufe

Standardprozessbeschreibung

Das Antragsverfahren auf Feststellung der Pflegestufe⁸ durchläuft drei bis vier Verfahrensabschnitte:

- Antragstellung
- Antragsbearbeitung bei der Pflegekasse/dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen
- Begutachtung durch MDK/MEDICPROOF
- ggf. Widerspruchsverfahren

Welche Prozessschritte in den einzelnen Abschnitten vorkommen, also ob bspw. die Antragstellung eigenständig durch die Bürgerin bzw. den Bürger oder mit Unterstützung des Sozialdienstes im Krankenhaus (SiK) geschieht, ob die Antragsbearbeitung durch eine gesetzliche Pflegekasse oder ein privates Pflegeversicherungsunternehmen erfolgt, hängt von den situativen Rahmenbedingungen im Einzelfall ab.

Abbildung 2 stellt die Verfahrensabschnitte, die damit verbundenen Tätigkeiten sowie die jeweils beteiligten Akteure dar.

Antragstellung

Für Bürgerinnen und Bürger gibt es zwei Wege das Verfahren zur Feststellung der Pflegestufe einzuleiten und damit den Grundantrag zu stellen, nämlich a) persönlich und b) mit Hilfe des Sozialdienstes im Krankenhaus.

- a) Eine pflegebedürftige Person (oder ggf. stellvertretend für sie auch Angehörige, Bekannte, gesetzliche Vertreterin oder Vertreter) stellt einen formlosen Antrag bei der gesetzlichen Pflege-

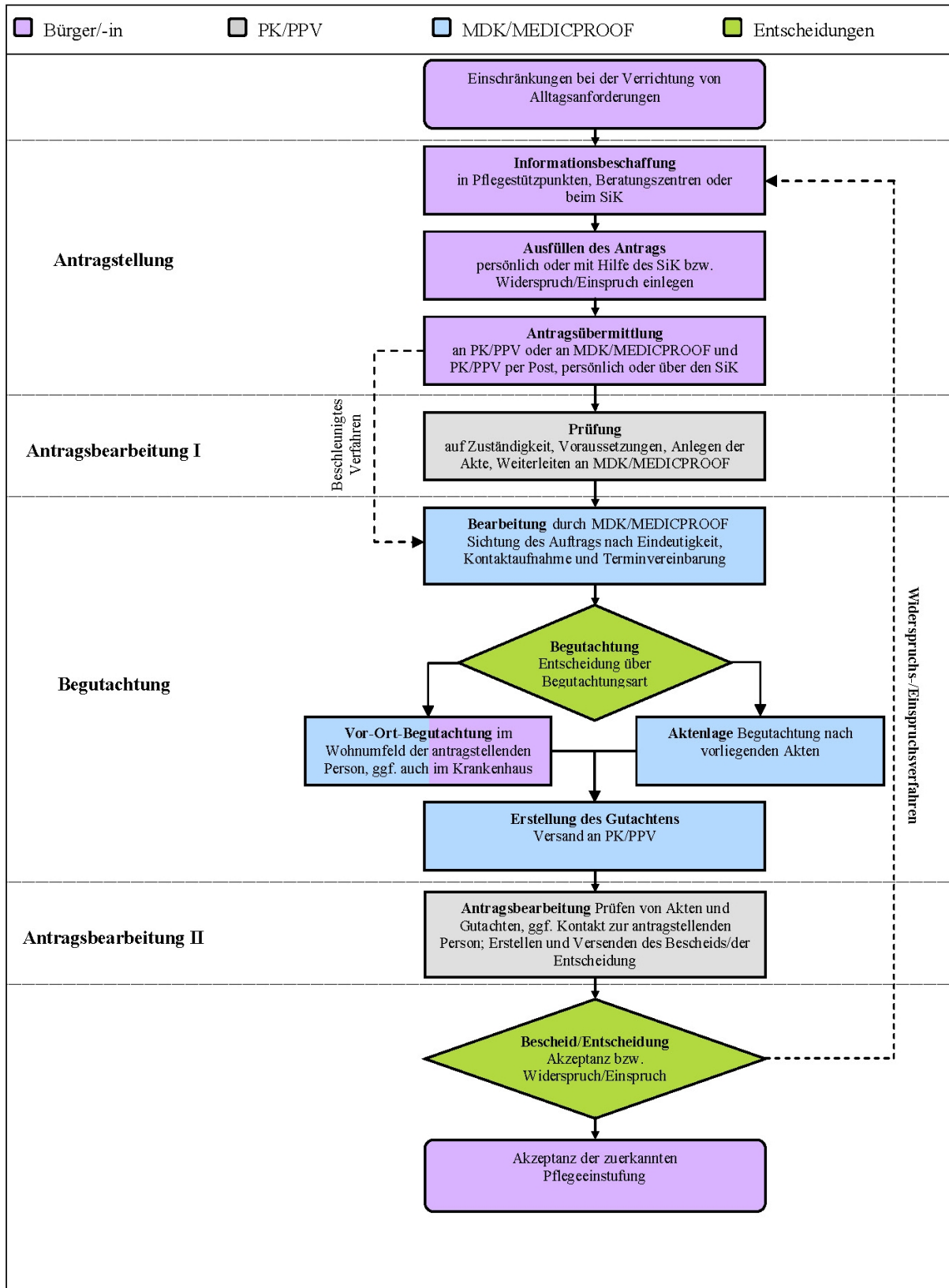
⁸ Im Folgenden wird der Antrag auf Feststellung der Pflegestufe als Grundantrag bezeichnet.

kasse (PK) bzw. dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen (PPV). Diese übermittelt der bzw. dem Pflegebedürftigen das entsprechende Antragsformular. Alternativ kann das Antragsformular bei vielen Pflegekassen/privaten Pflegeversicherungsunternehmen unter Angabe der Versichertennummer von der Internetseite heruntergeladen und ausgedruckt werden. Regelmäßig wird bereits vor Antragsversand fachliche Beratung bei der Pflegekasse/dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen oder bei anderen Beratungsstellen in Anspruch genommen. Die bzw. der Pflegebedürftige füllt das Antragsformular aus und übermittelt es an die Pflegekasse/das private Pflegeversicherungsunternehmen. Es enthält persönliche und leistungsbezogene Angaben sowie eine Einverständniserklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht für behandelnde Ärztinnen bzw. Ärzte und Pflegekräfte.

- b) Bei der Antragstellung aus dem Krankenhaus wird die Patientin bzw. der Patient durch den Sozialdienst im Krankenhaus unterstützt. Die Antragstellung erfolgt formlos oder es wird ein krankenhauseigenes Formular verwendet. Die Übermittlung der Antragsunterlagen durch den Sozialdienst im Krankenhaus erfolgt je nach Bundesland und interner Organisation des Krankenhauses auf zwei Arten: Zum einen durch Versand der Unterlagen an die Pflegekasse/das private Pflegeversicherungsunternehmen, die/das anschließend zeitnah den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bzw. MEDICPROOF beauftragen. Zum anderen können die Antragsunterlagen per Fax direkt an den Begutachtungsdienst geschickt und die Pflegekasse/das private Pflegeversicherungsunternehmen parallel über den Begutachtungsauftrag in Kenntnis gesetzt werden.

Für die Bürgerin bzw. den Bürger ist das Datum der Antragstellung aus dem Krankenhaus zu beachten. Nach Erhalt des Grundantrags durch den Sozialdienst im Krankenhaus übersendet die Pflegekasse/das private Pflegeversicherungsunternehmen der Patientin bzw. dem Patienten zusätzlich ein kasseneigenes/versicherungseigenes Antragsformular zum Ausfüllen. Um den Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung ab Antragstellung aus dem Krankenhaus ohne zeitliche Verzögerung zu gewährleisten, müssen die Daten beider Antragsformulare (Krankenhausformular vs. Vordruck der Pflegekasse/des privaten Pflegeversicherungsunternehmens) übereinstimmen. Andernfalls kann dies zu einem späteren Leistungsbezug führen, ohne dass allerdings Leistungsansprüche verloren gehen. Dieser Zusammenhang stellt eine häufige Fehlerquelle für die Antragstellerin bzw. den Antragsteller dar und erhöht die anschließende Beratungsnotwendigkeit durch den Kostenträger bzw. durch den Sozialdienst im Krankenhaus.

Abbildung 2: Standardprozessablauf – Antrag auf Feststellung der Pflegestufe



Antragsbearbeitung I bei der Pflegekasse/dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen

Bei der Pflegekasse/dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen wird das Antragsformular zunächst auf die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen⁹ geprüft. Sind die Voraussetzungen erfüllt, wird der Antrag entsprechend der beantragten Leistung an die zuständige Sachbearbeiterin bzw. den zuständigen Sachbearbeiter weitergeleitet. Dieser registriert den Antrag und beauftragt im Bereich der gesetzlichen Pflegeversicherung den regional zuständigen MDK mit einer gutachterlichen Prüfung. Ist die Antragstellerin bzw. der Antragsteller privat pflegeversichert, wird die MEDICPROOF GmbH beauftragt. Die Beauftragung erfolgt je nach Pflegekasse/privatem Pflegeversicherungsunternehmen postalisch oder elektronisch. Neben den persönlichen Angaben der Antragstellerin bzw. des Antragstellers werden Angaben über die Art der beantragten Leistung (Sachleistung, Kombinationsleistungen, Pflegegeld etc.) und ggf. Angaben zur Pflegeperson oder zur leistungserbringenden Pflegeeinrichtung übermittelt. Weiterhin wird der sog. Leistungsablauf an MDK/MEDICPROOF übermittelt. Dieser enthält für die Begutachtung relevante Informationen über eventuelle Vorerkrankungen, Klinikaufenthalte, behandelnde Ärzte etc. der Antragstellerin bzw. des Antragstellers sowie ggf. einen Hinweis auf eine verkürzte Bearbeitungsfrist¹⁰. Sofern noch weitere Informationen für die Beauftragung des Begutachtungsdienstes benötigt werden, kontaktiert die Sachbearbeiterin bzw. der Sachbearbeiter telefonisch die antragstellende Person bzw. die zuständigen Ärzte oder Pflegekräfte. Parallel wird der Versicherte über die Beauftragung schriftlich unterrichtet (Übermittlung der Durchschrift). Wird ein Antrag auf Feststellung einer Pflegebedürftigkeit gestellt, erfolgt automatisch bzw. „von Amts wegen“ auch die Begutachtung der Alltagskompetenz¹¹. Die Versicherten haben jedoch auch die Möglichkeit, ausschließlich einen Antrag auf Feststellung des Vorliegens einer erheblichen oder in erhöhtem Maße eingeschränkten Alltagskompetenz zu stellen. Um mögliche Doppelarbeiten für alle Verfahrensbeteiligten zu vermeiden, informiert die Pflegekasse/das private Pflegeversicherungsunternehmen die Antragstellerin bzw. den Antragsteller über die Möglichkeit einer gleichzeitigen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Wird dies vom Versicherten ausdrücklich nicht gewünscht, erfolgt die Beauftragung des MDK/MEDICPROOF mit entsprechend eingeschränktem Begutachtungsumfang. Diese Konstellation stellt jedoch die Ausnahme dar.

⁹ Zu den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen gehört neben der Zuständigkeit der Pflegekasse als Kostenträger für Pflegeleistungen auch das Erfüllen der Vorversicherungszeit. Die Vorversicherungszeit liegt vor, wenn die Antragstellerin bzw. der Antragsteller in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung zwei Jahre als Mitglied in die Pflegekasse/Pflegeversicherung eingezahlt hat oder familienmitversichert war.

¹⁰ Eine verkürzte Begutachtungsfrist liegt vor, wenn die zu pflegende Person sich im Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder in einem Hospiz aufhält oder palliativ versorgt wird oder wenn die Pflegeperson das Pflegezeitgesetz in Anspruch nimmt.

¹¹ „Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen sind in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt“ (http://www.bmg.bund.de/glossar_begriffe/e/eingeschraenkte-alltagskompetenz.html).

Begutachtung durch MDK/MEDICPROOF

Nach Erhalt des Begutachtungsauftrags von der Pflegekasse/dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen oder direkt von dem Sozialdienst im Krankenhaus erfolgt bei MDK/MEDICPROOF die elektronische Erfassung des Auftrags. Im Falle von unklaren oder unvollständigen Unterlagen wird ggf. Rücksprache mit der auftraggebenden Pflegekasse/dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen gehalten. Die Begutachtung kann durch eigenes Personal des Begutachtungsdienstes erfolgen oder extern vergeben werden. MEDICPROOF setzt grundsätzlich nur externe Gutachterinnen bzw. Gutachter ein, und zwar ausschließlich Ärztinnen und Ärzte. Bei den 15 MDK variiert der Anteil externer Gutachterinnen und Gutachter deutlich. Mancherorts wird ausschließlich mit internem Personal gearbeitet. Anderenorts aber auch mit bis zu 50 Prozent externen Gutachterinnen und Gutachtern.¹² Die Gutachterinnen und Gutachter der MDK sind überwiegend Pflegefachkräfte¹³.

Hinsichtlich der Erledigungsart muss die Sachbearbeiterin bzw. der Sachbearbeiter zunächst entscheiden, ob es sich a) um eine Vor-Ort-Begutachtung oder b) um eine Begutachtung nach Aktenlage handelt.

- a) Im Vorfeld einer Vor-Ort-Begutachtung ist für interne Gutachterinnen bzw. Gutachter eine Termin- und Routenplanung notwendig, die teilweise unter Nutzung einer Tourenplanungssoftware aus dem Logistikbereich erfolgt. Um den gesetzlich vorgeschriebenen Zeitrahmen für die Auftragserledigung einzuhalten, kann es auch zu kurzfristigen Terminen zwischen Antragstellerin bzw. Antragsteller und MDK kommen. Wird die Begutachtung im eigenen Wohnbereich verweigert oder der vereinbarte Termin wiederholt von der Antragstellerin bzw. dem Antragsteller nicht eingehalten, werden die Unterlagen zurück an die Pflegekasse/das Pflegeversicherungsunternehmen gesendet. Ist in diesem Fall ein Begutachtungsergebnis nach Aktenlage möglich, wird dieses den Unterlagen beigelegt.

Während der Vor-Ort-Begutachtung im häuslichen Bereich der Antragstellerin bzw. des Antragstellers werden medizinische und pflegerische Aspekte von Pflegebedürftigkeit unter Berücksichtigung der individuellen Wohngegebenheiten betrachtet und der zeitliche Umfang des regelmäßigen Hilfebedarfs festgestellt. Um die Zeiten zu ermitteln, die eine Angehörige bzw. ein Angehöriger täglich zum Pflegen benötigt, werden mit Einverständnis der antragstellenden Person auch die an der Pflege Beteiligten befragt. Nach Möglichkeit sollten die Pflegepersonen daher bei der Begutachtung anwesend sein. Im Rahmen der Begutachtung werden u. a. folgende Punkte geprüft und in das Gutachten aufgenommen:

- wohnumfeldverbessernde Maßnahmen,

¹² Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) 2009: „Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung“ Tabelle 21-23, S. 36 ff.

¹³ Ergeben sich aus der Begutachtung Empfehlungen von medizinischen Leistungen aus dem Bereich der Krankenversicherung (SGB V, insbesondere im Bereich Rehabilitation und Hilfsmittelversorgung) und wurde die Begutachtung von einer Pflegefachkraft vorgenommen, muss anschließend die Notwendigkeit durch einen Arzt des MDK bestätigt werden.

- der Bedarf an Hilfs- und Pflegehilfsmitteln, Vorschläge zur Verbesserung der Pflegesituation, und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
 - sowie eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen.
- b) Eine Begutachtung nach Aktenlage wird grundsätzlich bei Tod der Antragstellerin bzw. des Antragstellers vorgenommen, um ggf. bestandene Leistungsansprüche rückwirkend zu sichern, oder wenn ein persönlicher Besuch in der Pflegeeinrichtung nicht sinnvoll ist, bspw. wenn sich die Antragstellerin bzw. der Antragsteller bereits in einem Hospiz befindet. Darüber hinaus führen MEDICPROOF und auch einige MDK keine Vor-Ort-Begutachtungen im Krankenhaus durch, so dass auch bei einer Antragstellung aus dem Krankenhaus heraus ein Gutachten nach Aktenlage erfolgt. Hat die Patientin bzw. der Patient das Krankenhaus verlassen, wird i. d. R. ein erneutes Gutachten zur endgültigen Feststellung der Pflegestufe in Auftrag gegeben.

Spezielle Softwarelösungen können die Gutachterin bzw. den Gutachter bei einer laptopgestützten Begutachtung unterstützen. Dynamische Auswahlfelder und vorformulierte Textbausteine verringern die Bearbeitungszeiten. Die Gutachterin bzw. der Gutachter muss anschließend besondere Sachverhalte manuell ergänzen. Das vollständig ausgefüllte Formulargutachten wird an die Sachbearbeiterin bzw. den Sachbearbeiter des MDK/MEDICPROOF übermittelt, dort gesichtet, erfasst, archiviert und elektronisch oder postalisch an die auftraggebende Pflegekasse bzw. das auftraggebende private Pflegeversicherungsunternehmen übermittelt. Das Gutachten enthält auch eine Terminempfehlung zur Wiederholungsbegutachtung unter Berücksichtigung der Prognose zur voraussichtlichen Entwicklung der Pflegebedürftigkeit.

Die durch MDK/MEDICPROOF ermittelten Befunde bilden zugleich den Anknüpfungspunkt für die Beantragung weiterer Leistungen, die im Rahmen des vorliegenden Projektes ebenfalls betrachtet wurden (vgl. Kapitel 7.2 – 7.5).

Antragsbearbeitung II bei der Pflegekasse/dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen

Auf Grundlage des Gutachtens trifft die zuständige Sachbearbeiterin bzw. der zuständige Sachbearbeiter der Pflegekasse eine Entscheidung über die Bewilligung bzw. Ablehnung der beantragten Leistung. Vor Versand des Bescheids wird i. d. R. über eine Kundenberaterin bzw. einen Kundenberater telefonisch Kontakt zur/zum Antragstellenden aufgenommen, um sie bzw. ihn über die Empfehlungen von MDK/MEDICPROOF zu informieren und aufkommende Fragen, etwa hinsichtlich weiterer zu beantragender Leistungen oder aber hinsichtlich eines Widerspruchs/Einspruchs gegen die Entscheidung frühzeitig zu beantworten. Das (Gesprächs-) Ergebnis wird in der Fallakte notiert.

Im Falle einer positiven Entscheidung wird der Bescheid/das Bewilligungsschreiben der Antragstellerin bzw. dem Antragsteller postalisch übermittelt. Werden Leistungen versagt, gestaltet sich der weitere Ablauf bei den einzelnen Pflegekassen/privaten Pflegeversicherungsunternehmen unterschiedlich.

Äußert die Antragstellerin bzw. der Antragsteller im zuvor genannten Telefongespräch nach Erläuterung des Pflegestufensystems und des ermittelten Pflegebedarfs Verständnis für die ablehnende Entscheidung, wird dies von einigen Versicherungsträgern als Rücknahme des Antrags betrachtet und der Fall ohne weitere schriftliche Mitteilung an die Versicherte bzw. den Versicherten abgeschlossen. Andere Pflegekassen/private Pflegeversicherungsunternehmen senden im Ablehnungsfall einen Hinweis auf das Begutachtungsergebnis, das jedoch nicht die Rechtswirkung eines Ablehnungsbescheids entfaltet. Wieder andere Pflegekassen/Pflegeversicherungsunternehmen versenden unabhängig von Ablehnung oder Bewilligung einen rechtsgültigen Bescheid bzw. ein Ablehnungsschreiben. Äußert die Antragstellerin bzw. der Antragsteller im Telefongespräch, dass sie/er gegen die Entscheidung Einspruch einlegen möchte, wird dem Bescheid bereits ein Pfl egetagebuch beigelegt, das im Widerspruchsverfahren als Grundlage für die kritische Prüfung des MDK-/MEDICPROOF-Gutachtens dienen kann (vgl. hierzu im Folgenden *Widerspruchs-/Einspruchsverfahren*).

Widerspruchs-/Einspruchsverfahren

Beim Widerspruchs- bzw. Einspruchsverfahren gegen die Feststellung der Pflegestufe bestehen deutliche Unterschiede in der Verfahrensorganisation zwischen der gesetzlichen und der privaten Pflegeversicherung. Aus diesem Grund werden zunächst der typische Verfahrensablauf für gesetzlich Versicherte und anschließend die Abweichungen für Privatversicherte dargestellt.

Beim Bescheid über die Bewilligung oder die Ablehnung eines Antrags auf Feststellung der Pflegestufe handelt es sich um einen Rechtsakt, gegen den die Antragstellerin bzw. der Antragsteller innerhalb einer Frist von einem Monat Widerspruch einlegen kann. Die Versicherte bzw. der Versicherte kann das MDK-Gutachten zur Begründung seines Widerspruchs anfordern. Zunächst bestehen keine Form-erfordernisse an den Widerspruch. Er erfolgt i. d. R. schriftlich, kann jedoch auch in einer Geschäftsstelle der Pflegekasse zu Protokoll gegeben werden. Im Normalfall erfolgt durch die Versicherte bzw. den Versicherten eine Begründung des Widerspruchs unter Berufung auf das MDK-Gutachten. Bei Bedarf können dem Widerspruchsschreiben weitere Unterlagen, etwa ein bereits zuvor geführtes Pfl egetagebuch oder ärztliche Atteste, beigelegt werden.

Ist der Widerspruch bei der Pflegekasse eingegangen, wird nach einer Angemessenheitsprüfung i. d. R. der bereits für den Grundantrag zuständige MDK mit der Bearbeitung des Widerspruchs beauftragt (vgl. *Antragsbearbeitung I bei der Pflegekasse/dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen*).

Ist nach Auffassung der Pflegekasse eine erneute Begutachtung erforderlich, ist der entsprechende Auftrag zusammen mit der von der Pflegekasse zur Verfügung gestellten Kopie des Widerspruchsschreibens den Erstgutachterinnen und Erstgutachtern vorzulegen. Diese prüfen, ob sie aufgrund neuer Aspekte zu einem anderen Ergebnis als im Erstgutachten kommen. Revidieren die Erstgutachterinnen und Erstgutachter ihre Entscheidung nicht, ist eine Zweitgutachterin bzw. ein Zweitgutachter (eine andere Pflegefachkraft oder eine andere Ärztin bzw. ein anderer Arzt) mit der Bearbeitung zu beauftragen. Das Erstgutachten wird von der Zweitgutachterin bzw. vom Zweitgutachter unter Zuhilfenah-

me der weitergeleiteten Unterlagen und Informationen (inkl. Pflegetagebuch, ärztliche Atteste) auf Plausibilität geprüft. Sofern sie bzw. er Anhaltspunkte findet, dass pflegerelevante Kriterien bei der Erstbegutachtung unberücksichtigt blieben (z. B. die Notwendigkeit einer Gehhilfe), wird eine schriftliche Stellungnahme verfasst und an den zuständigen Arbeitsbereich innerhalb des MDK übermittelt. In der Stellungnahme kann entweder eine Änderung der Pflegestufe oder aber eine erneute persönliche Begutachtung der Antragstellerin bzw. des Antragstellers vorgeschlagen werden. Je nach Vorschlag erfolgt der Versand der Stellungnahme an die auftraggebende Pflegekasse oder die Organisation einer erneuten Vor-Ort-Begutachtung, die als Widerspruchsbegutachtung bezeichnet wird. Diese Vor-Ort-Begutachtung erfolgt in vergleichbarer Form wie die Erstbegutachtung. Sie darf jedoch weder vom Erst- noch vom Zweitgutachter durchgeführt werden, sondern von einer Gutachterin bzw. einem Gutachter, die bzw. der bisher nicht in die Bearbeitung einbezogen war. Das Ergebnis der Widerspruchsbegutachtung wird anschließend vom MDK an die Pflegekasse übermittelt.

Bei der Empfehlung einer höheren Pflegestufe wird im Normalfall ein entsprechender Bescheid an die Versicherte bzw. den Versicherten übermittelt. Kommt der MDK jedoch zur gleichen Einschätzung wie beim Erstgutachten, führt die Pflegekasse mit der Versicherten bzw. dem Versicherten meist ein Gespräch über das Ergebnis und die Gründe. Zieht die Versicherte bzw. der Versicherte daraufhin seinen Widerspruch zurück, ist das Verfahren beendet und es bleibt der letzte Bescheid bestehen. Hält die Antragstellerin bzw. der Antragsteller an seinem Widerspruch fest, wird der Widerspruchsausschuss der Pflegekasse eingeschaltet. Hält der Widerspruchsausschuss den Widerspruch des Versicherten für berechtigt, ist die Pflegekasse an dieses Votum gebunden und muss einen entsprechenden neuen Bescheid erstellen. Lehnt auch der Ausschuss den Widerspruch ab, ergeht ein Ablehnungsbescheid durch die Pflegekasse. In diesem Fall steht der Antragstellerin bzw. dem Antragsteller eine Klage vor dem Sozialgericht offen. Das Klageverfahren ist nicht Bestandteil der Untersuchung und wird hier nicht näher beschrieben.

Der Zeitraum zwischen Erst- und Widerspruchsbegutachtung kann je nach Vorgehen der jeweiligen Pflegekasse unterschiedlich lang sein. Wird die Mitteilung der Einstufung direkt in Form eines widerspruchsfähigen Bescheides versendet, muss der Widerspruch aufgrund von Fristensetzung innerhalb von vier Wochen erfolgen. Die Zweitbegutachtung wird in diesem Fall zeitnah durchgeführt. Andernfalls gelten keine verbindlichen Fristen und es kann zwischen Erst- und Zweitbegutachtung ein längerer Zeitraum (drei bis vier Monate) liegen.

Bei der Zweitbegutachtung ist die zwischenzeitliche Entwicklung zu würdigen, der Zeitpunkt eventueller Änderungen der Pflegesituation gegenüber dem Erstgutachten zu benennen und ggf. auf die jeweilige Begründung des Widerspruchs einzugehen. Ein abweichendes Ergebnis der Widerspruchsbegutachtung stellt nicht zwangsläufig die Richtigkeit des Erstgutachtens in Frage. Vor allem bei einer größeren Zeitspanne zwischen Erst- und Widerspruchsbegutachtung kann ein abweichendes Ergebnis durch eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Versicherten bzw. des Versicherten bedingt sein.

Bei den privat Versicherten ergeben sich neben anderen Terminologien (bspw. „Einspruch“ statt „Widerspruch“) folgende Abweichungen gegenüber den gesetzlich Versicherten:

Das Einspruchsverfahren ist ein freiwilliges Verfahren, das von den Versicherungen als Instrument der Mediation eingerichtet wurde. Privat Versicherten steht daher auch direkt nach Erhalt der ersten ablehnenden Entscheidung der Weg zum Sozialgericht offen.

Ein Äquivalent zum Widerspruchsausschuss der sozialen Pflegeversicherung existiert nicht.

Die privaten Pflegeversicherungsunternehmen beauftragen immer MEDICPROOF mit der Bearbeitung eines Einspruchs.

Erfüllungsaufwand

Die Messung des Erfüllungsaufwands beim Antrag auf Feststellung der Pflegestufe orientierte sich an den oben beschriebenen bis zu vier Verfahrensabschnitten.

Antragstellung

Da die Antragstellung entweder durch die Pflegebedürftige bzw. den Pflegebedürftigen selbst oder durch den Sozialdienst im Krankenhaus erfolgt, ergeben sich für die Beteiligten je nach Konstellation unterschiedliche Bearbeitungszeiten (Tabelle 13). Stellt die pflegebedürftige Person selbst oder in ihrem Auftrag eine stellvertretende Person einen Antrag auf Feststellung der Pflegestufe, fällt dabei – ohne Berücksichtigung der Begutachtungszeiten – im Mittel ein Gesamtzeitaufwand von 158 Minuten an. Stellt dagegen der Sozialdienst im Krankenhaus den Antrag, entsteht für diesen ein Zeitaufwand von 137 Minuten je Antrag.

Tabelle 13: Gesamtaufwand für die Antragstellung auf Feststellung der Pflegestufe

Aktivität	Bürgerin/Bürger	Sozialdienst im Krankenhaus
	Min. pro Fall	
Schulung	-	2,0
Einarbeitung/Beratung	30,0	60,0
Datenbeschaffung/Datenaufbereitung	45,0	-
Sachbearbeitung	-	30,0
Interne Kommunikation	-	20,0
Externer Kontakt	30,0	15,0
Ausfüllen von Formularen	45,0	5,0
Übermittlung	8,0	5,0
Gesamter Zeitaufwand	158,0	137,0
Sachkosten	EUR pro Fall	
Kopie/Porto	2	0,6

Die beiden Aktivitäten „Datenbeschaffung/Datenaufbereitung“ sowie „Ausfüllen von Formularen“ verursachen zusammen mit je 45 Minuten mehr als die Hälfte des Gesamtaufwands für die Bürgerin bzw. den Bürger. In den Interviews mit den Antragstellenden wurde angemerkt, dass der für die Zielgruppe schwer verständliche Antragsvordruck zu einer Erhöhung der Ausfüllzeiten führt.

Anmerkung einer Angehörigen

„Ich habe für meine Mutter den Antrag auf Pflegestufe gestellt, da sie nicht in der Lage war, das Formular auszufüllen. Für ältere und sehbehinderte Personen ist die Schriftgröße zu klein, die Fragen sind zu kompliziert und die beiliegenden Informationen zu unverständlich.“

Mit 60 Minuten nimmt fast die Hälfte der Zeit, die der Sozialdienst im Krankenhaus für die Antragstellung benötigt, die Beratung der Pflegebedürftigen bzw. des Pflegebedürftigen oder der Angehörigen in Anspruch (Tabelle 13). Es wird angenommen, dass im Rahmen dieses Beratungsgespräches bereits Daten erhoben werden, die für das Zusammenstellen und Aufbereiten von Unterlagen für die Antragstellung notwendig sind. Die eigentliche Sachbearbeitung dauert dann nur noch 30 Minuten.

Antragsbearbeitung bei der Pflegekasse/dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen

Bei der Bearbeitung des gestellten Antrags durch die Pflegekasse/das private Pflegeversicherungsunternehmen entsteht in den beiden Bearbeitungsabschnitten – vor und nach der Beauftragung des MDK/MEDICPROOF – im Mittel ein Zeitaufwand von rund 66 bzw. 77 Minuten (Tabelle 14). Der Unterschied in der Gesamtzeit zwischen gesetzlicher Pflegekasse (PK) und privatem Pflegeversicherungsunternehmen (PPV) resultiert vorrangig aus unterschiedlichen Zeiten bei der Aktivität „Sachbearbeitung“, die mit 39 Minuten (PK) bzw. 51 Minuten (PPV) bei beiden gleichermaßen den größten Teil der gesamten Bearbeitungszeit in Anspruch nimmt.

Tabelle 14: Gesamtaufwand für die Bearbeitung des Antrags auf Feststellung der Pflegestufe durch Pflegekasse/privates Pflegeversicherungsunternehmen

Aktivität	Gesetzliche Pflegekasse	Privates Pflegeversicherungsunternehmen
	Min. pro Fall	
Schulung	-	0,5
Beratung	14,9	14,2
Sachbearbeitung	38,5	51,3
Interne Kommunikation	2,8	1,1
Externer Kontakt	7,8	7,3
Übermittlung	1,9	2,2
Gesamter Zeitaufwand	65,9	76,6
Sachkosten	EUR pro Fall	
Kopie/Porto	1,7	3

Auffällig ist ein mit rund 15 Minuten vergleichsweise hoher Beratungsaufwand des Versicherten durch den Kostenträger. Als ein häufiges Thema der Beratungsgespräche wurde von Mitarbeitern von Pflegekassen/privaten Pflegeversicherungsunternehmen die Aufklärung der Antragstellerin bzw. des Antragstellers über die Grundlagen des Pflegeversicherungsschutzes angegeben.

Anmerkung eines Mitarbeiters einer gesetzlichen Pflegekasse

„Die Antragsteller haben falsche Erwartungen an die Pflegeversicherung. Diese ist vom Gesetzgeber seit Beginn an als Teilkaskoversicherung konzipiert. Sie ist nicht darauf ausgelegt, die Unterstützung durch Angehörige vollständig zu ersetzen, sondern die Grundpflege zu gewährleisten. Versicherte gehen jedoch oft zunächst von einem voll umfassenden Schutz gegen die Folgen der Pflegebedürftigkeit aus.“

Begutachtung durch MDK/MEDICPROOF

Wie schon bei der Pflegekasse/dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen dominiert auch bei MDK/MEDICPROOF die Sachbearbeitung mit 25,9 (MDK) bzw. 23,2 Minuten (MEDICPROOF) die Gesamtbearbeitungszeit eines Begutachtungsauftrags (Tabelle 15).

Tabelle 15: Gesamtaufwand für die Sachbearbeitung des Begutachtungsauftrags (inkl. Beauftragung der Gutachterin/des Gutachters und ggf. weiterer Datenanforderungen)

Aktivität	MDK-Gutachter/in	Externe/r Gutachter/in	MEDICPROOF
	Min. pro Fall		
Schulung	0,5	0,5	-
Sachbearbeitung	25,9	25,9	23,2
Interne Kommunikation	0,8	0,8	2,0
Externer Kontakt	1,1	1,1	3,8
Übermittlung	2,0	2,0	3,8
Gesamter Zeitaufwand	30,3	30,3	32,8
Sachkosten	EUR pro Fall		
Externe Bearbeitung	-	55,6	142
Anschaffung	0,3	-	-
Kopie/Porto	0,2	-	-
Gesamter Sachaufwand	0,5	55,6	142

Sofern die Begutachtung beim MDK durch internes Personal erfolgt, fallen im Mittel weitere 77,5 Minuten an (Tabelle 16), die die Gutachterin bzw. der Gutachter für die Begutachtung benötigt.

In diesem Aufwand sind sowohl Zeiten für den Vor-Ort-Termin bei Pflegebedürftigen als auch Zeiten für Vor- und Nachbereitung enthalten.

Erfolgt die Begutachtung durch externe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, wurde hierfür kein Zeitwert ermittelt, sondern die den Begutachtungsdiensten anfallenden Kosten in Form von Gutachterhonoraren als „externe Kosten“ ausgewiesen. Die Kosten für eine externe Begutachtung liegen beim MDK im Mittel bei 55,60 Euro, wobei sich das Honorar je nach Qualifikation der Gutachterin bzw. des Gutachters – Ärztin bzw. Arzt oder Pflegefachkraft – unterscheidet. Bei MEDICPROOF beträgt die Honorarpauschale für die ausschließlich ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter 142 Euro. Hinzu kommen Portokosten für die Übermittlung des Gutachtens an die Pflegekasse/das private Pflegeversicherungsunternehmen.

Anmerkung einer Mitarbeiterin eines Begutachtungsdienstes:

„Es gibt schon heute die Möglichkeit für die Kassen, ihre Begutachtungsaufträge elektronisch an den MDK zu übermitteln. Die Mehrzahl der Aufträge geht hingegen nach wie vor postalisch ein, so dass für beide Eingangswege die gemeinsame weitere Bearbeitung gewährleistet werden muss. Dadurch entsteht tendenziell ein Mehraufwand, weil elektronisch eingegangene Auftragsunterlagen ausgedruckt werden, um einheitlich weiterbearbeitet zu werden.“

Tabelle 16: Zeitaufwand für die Begutachtung der/des Pflegebedürftigen

Aktivität	Bürgerin/Bürger	Pflegekraft*	MDK (Gutachter/in)
	Min. pro Fall		
Sachbearbeitung	x	12,5	-
Begutachtung	60,0	x	77,5
Interne Kommunikation	x	5,0	-
Externer Kontakt	-	60,0	-
Gesamter Zeitaufwand	60,0	77,5	77,5

* nur bei jeder 14. Begutachtung anwesend (vgl. Anhang 2)

Teilnahme an der Begutachtung

Neben dem Zeit- und Kostenaufwand für die Antragstellung entsteht der Pflegebedürftigen bzw. dem Pflegebedürftigen und ggf. zusätzlich Angehörigen ein Zeitaufwand von durchschnittlich einer Stunde für die Teilnahme an der Begutachtung. Die Teilnahme von Angehörigen ist vom MDK/MEDICPROOF ausdrücklich gewünscht. Durch die Anwesenheit mehrerer Personen übersteigt die Fallzahl im Gesamtergebnis die Zahl der Begutachtungen um knapp 60 Prozent (1,17 Mio. teilnehmende Bürgerinnen und Bürger bei rund 744.000 Begutachtungen; vgl. Anhang 2). Hinzu kommen jährlich rund 111.000 Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen, die ebenfalls an Begutachtungen durch MDK oder MEDICPROOF teilnehmen.

Bei rund jeder siebten Begutachtung sind Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen anwesend. Neben den 60 Minuten Begutachtungsdauer (erfasst unter der Aktivität „Externe Kommunikation“) entsteht ein weiterer Zeitaufwand von 18 Minuten zur Vorbereitung (vgl. Anhang 2).

Aufwand weiterer Beteiligter

In rund zehn Prozent der Begutachtungsfälle¹⁴ benötigt die Gutachterin bzw. der Gutachter ergänzende Informationen zur Pflegebedürftigen bzw. zum Pflegebedürftigen, die von Ärztinnen bzw. Ärzten, Krankenhäusern oder Pflegediensten eingeholt werden müssen. Sofern eine solche Datenanforderung notwendig wird, liegt der mittlere Zeitaufwand dieser Beteiligten bei 17,5 Minuten (Tabelle 17).

Tabelle 17: Gesamtaufwand im Rahmen der Datenlieferung* an MDK/ MEDICPROOF/ Gutachter/in

Aktivität	Arztpraxis Pflegeeinrichtung
	Min. pro Fall
Beratung	6,0
Sachbearbeitung	1,0
Interne Kommunikation	2,5
Ausfüllen von Formularen	5,0
Übermittlung	3,0
Gesamter Zeitaufwand	17,5
Sachkosten	EUR pro Fall
Kopie/Porto	1,5

* bei jedem zehnten Antrag (vgl. Anhang 2).

Widerspruchs-/Einspruchsverfahren

Mit insgesamt 170 Minuten dauert für die Bürgerin bzw. den Bürger die Erstellung des Widerspruchs/Einspruchs etwas länger als die erstmalige Antragstellung (Tabelle 18). Auffällig ist vor allem die mit knapp 53 Minuten fast doppelt so hohe Einarbeitungs- und Beratungszeit als die hierfür anfallende Zeit beim Grundantrag (30 Minuten, vgl. Tabelle 13 auf S. 50). Diese kann zum Teil der Komplexität des Pflegestufensystems geschuldet sein: Geht es bei der Einarbeitung für die Antragstellung vorrangig um die grundsätzliche Anspruchsberechtigung auf Pflegeleistungen, ist es spätestens beim Widerspruch/Einspruch notwendig, sich mit den Voraussetzungen der drei Pflegestufen, ggf. den Leistungen bei Vorliegen einer eingeschränkten Alltagskompetenz sowie der Systematik der Begutachtung differenzierter zu beschäftigen, um angenommene Diskrepanzen zwischen dem tatsächlichen und beschiedenen Pflegebedarf sachgerecht begründen zu können.

Auch die Datenbeschaffung und -aufbereitung (53 gegenüber 45 Minuten beim Grundantrag) sowie das Ausfüllen von Formularen bzw. Erstellen von Schriftstücken (50 gegenüber 45 Minuten) dauert beim Widerspruchs-/Einspruchsverfahren etwas länger als bei der Grundantragsstellung. Im Gegenzug

¹⁴ Vgl. hierzu Anhang 2.

nimmt die Kommunikation mit Außenstehenden im laufenden Verfahren des Widerspruchs/Einspruchs einen deutlich geringeren Zeitanteil ein als bei der Grundantragstellung (10 gegenüber 30 Minuten).

Tabelle 18: Gesamtaufwand für den Normadressaten Bürgerinnen und Bürger für das Erstellen des Widerspruchs/ Einspruchs

Aktivität	Min. pro Fall
Einarbeitung/Beratung	52,5
Datenbeschaffung/Datenaufbereitung	52,5
Externer Kontakt	10,0
Ausfüllen von Formularen	50,0
Übermittlung	5,0
Gesamter Zeitaufwand	170,0
Sachkosten	EUR pro Fall
Kopie/Porto	2
Wegekosten	5,3
Gesamter Sachaufwand	7,3

Auch bei den Pflegekassen/privaten Pflegeversicherungsunternehmen liegt die Bearbeitungszeit des Widerspruchs/Einspruchs über der der Antragstellung, wobei der Zeitunterschied bei den gesetzlichen Pflegekassen deutlicher ist als bei den privaten Pflegeversicherungsunternehmen (Tabelle 19 auf S. 56). Während bei den privaten Pflegeversicherungsunternehmen nur etwa vier Minuten zusätzlicher Zeitaufwand anfallen, ist die zeitliche Belastung für die gesetzlichen Pflegekassen mit 102 Minuten gegenüber 66 Minuten rund 50 Prozent höher. Die Ursache für diesen Unterschied liegt vor allem an der gesetzlich vorgeschriebenen Einbeziehung des Widerspruchsausschusses der Pflegekasse, im Falle dass eine erneute Begutachtung durch den MDK zum gleichen Ergebnis führt wie die vorherige Begutachtung. Im Bereich der privaten Pflegeversicherung existieren solche Ausschüsse nicht, zumal ein formales Einspruchsverfahren nicht gesetzlich vorgeschrieben ist – den Versicherten steht nach Erhalt der Entscheidungsmitteilung unmittelbar der Weg zum Sozialgericht offen.

Tabelle 19: Gesamtaufwand für die Bearbeitung des Widerspruchs/ Einspruchs

Aktivität	Gesetzliche Pflegekasse	MDK	Privates Pflegeversicherungsunternehmen	MEDICPROOF
	Min. pro Fall			
Schulung	-	0,5	0,5	-
Beratung	-	-	14,0	-
Sachbearbeitung	85,5	25,9	56,0	25,0
Interne Kommunikation	3,5	0,8	1,0	2,0
Externer Kontakt	12,6	1,1	7,0	3,0
Übermittlung	-	2,0	2,0	3,0
Gesamter Zeitaufwand	101,6	30,3	80,5	33,0
Sachkosten	EUR pro Fall			
Externe Bearbeitung	-	-	-	300
Anschaffung	-	0,3	-	-
Kopie/Porto	1,8	0,2	3	-
Gesamter Sachaufwand	1,8	0,5	3	300

Bei den Begutachtungsdiensten MDK und MEDICPROOF liegt die Sachbearbeitungszeit für einen Widerspruchs-/Einspruchsauftrag gleichauf mit der Erstbegutachtung (vgl. Tabelle 15 auf S. 52). Auch die Bearbeitungszeit der MDK-Gutachterin oder des MDK-Gutachters bei der Widerspruchsbegutachtung ist vergleichbar mit der Bearbeitungszeit im Rahmen der Erstbegutachtung.

Die bzw. der externe, von MEDICPROOF engagierte Gutachterin oder Gutachter, erhält mit 300 Euro je Einspruchsgutachten eine deutlich höhere Vergütung als beim Erstgutachten (142 Euro). Der höhere Aufwand bei der Widerspruchs-/Einspruchsbegutachtung kommt jedoch nicht durch eine höhere Anwesenheitszeit bei der Pflegebedürftigen bzw. beim Pflegebedürftigen zu Stande. Sowohl die befragten Pflegebedürftigen und Angehörigen als auch die teilnehmenden Pflegekräfte haben von geringeren Begutachtungszeiten für die Widerspruchs-/Einspruchsbegutachtung berichtet: Für die Begutachtung im häuslichen Umfeld im Rahmen des Widerspruchs/Einspruchs fällt mit 45 Minuten etwa ein Viertel weniger Zeitaufwand an als bei der Erstbegutachtung (Tabelle 20). Die höhere Zeit ergibt sich durch den umfassenderen Sachbearbeitungsaufwand.

Tabelle 20: Zeitaufwand im Rahmen der Teilnahme an Widerspruchsbegutachtung/ Zweitbegutachtung der bzw. des Pflegebedürftigen

Aktivität	Bürgerinnen/Bürger	Pflegekraft*	MDK-Gutachter/in
	Min. pro Fall		
Sachbearbeitung	x	15,0	-
Begutachtung	45,0	x	75,0
Interne Kommunikation	x	10,0	-
Externer Kontakt	-	45,0	-
Gesamter Zeitaufwand	45,0	70,0	75,0

*bei jeder 15. Begutachtung anwesend (vgl. Anhang 2)

Im Rahmen der Weitergabe von ergänzenden Informationen an die Gutachterinnen bzw. Gutachter zwecks Bearbeitung der Widerspruchs-/Einspruchsaufträge entsteht in Arztpraxen oder bei Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern von Pflegediensten ein zeitlicher Aufwand von fünf Minuten. Diese Zeit wird für die Übermittlung der Daten aufgewendet.

7.2.2 Verfahren zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers auf Anregung

Standardprozessbeschreibung

Eine Betreuerin bzw. ein Betreuer kann nur bestellt werden, wenn bei der betroffenen Person eine Hilfsbedürftigkeit vorliegt, die auf einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung beruht (vgl. § 1896 Bürgerliches Gesetzbuch - BGB). Zu der Krankheit oder Behinderung muss ein Fürsorgebedürfnis für ihre Rechtsangelegenheiten hinzutreten: Eine Betreuerin bzw. ein Betreuer darf nur bestellt werden, wenn die betroffene Person aufgrund dieser Krankheit ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht zu besorgen vermag. Es kann sich dabei etwa um Vermögens-, Renten- oder Wohnungsprobleme, aber auch um Fragen der Gesundheitsfürsorge oder des Aufenthalts handeln. Dabei muss zunächst festgestellt werden, ob nicht Hilfen tatsächlicher Art vorhanden und ausreichend sind. Die Bestellung einer Betreuerin bzw. eines Betreuers kann auch dann vermieden werden, wenn bereits eine andere Person bevollmächtigt wurde, die diese Aufgaben wahrnehmen kann. Gegen den Willen der betroffenen Person, wenn sie diesen frei bilden kann, darf eine Betreuerin bzw. ein Betreuer nicht bestellt werden.

Je nachdem, welche Unterstützung für die betroffene Person im Einzelfall erforderlich ist, können der Betreuerin bzw. dem Betreuer einzelne, mehrere oder alle Aufgabenkreise übertragen werden. Sie bzw. er hat die Aufgaben so zu erledigen, wie es dem Wohl der betreuten Person entspricht. Für die ihr bzw. ihm übertragenen Aufgabenkreise hat die Betreuerin bzw. der Betreuer die Stellung einer gesetzlichen Vertreterin bzw. eines gesetzlichen Vertreters. Die betreute Person kann grundsätzlich weiterhin neben der Betreuerin bzw. dem Betreuer rechtsgeschäftlich handeln.

Die Betreuerin bzw. der Betreuer wird vom Betreuungsgericht bestellt. Dabei muss nach Möglichkeit eine einzelne Person ausgewählt werden. Voraussetzung für die Bestellung ist stets, dass die Person zur persönlichen Betreuung im Einzelfall geeignet ist. Bei der Auswahl kommt den Wünschen der bzw. des Betroffenen, wer die Betreuung übernehmen soll, große Bedeutung zu. Zudem gibt das Gesetz denjenigen Personen den Vorrang, die zur ehrenamtlichen Übernahme der Betreuung bereit sind. Dies können Familienmitglieder, Nachbarn oder Freunde oder von einem Betreuungsverein vorgeschlagene ehrenamtliche Betreuerinnen oder Betreuer sein. Die ehrenamtliche Betreuerin bzw. der ehrenamtliche Betreuer kann sich zur Beratung und Unterstützung an das Betreuungsgericht, die Betreuungsbehörde oder einen Betreuungsverein wenden. Falls keine geeignete ehrenamtliche Betreuerin bzw. kein geeigneter ehrenamtlicher Betreuer gefunden werden kann, wird vom Gericht eine Berufsbetreuerin oder ein Berufsbetreuer bestellt, welche bzw. welcher nach dem Vormünder- und Betreuervergütungsgesetz (VBVG) vergütet wird. Das Betreuungsgericht führt über die gesamte Tätigkeit der Betreuerin bzw. des Betreuers die Aufsicht und hat gegen Pflichtwidrigkeiten einzuschreiten.

Eine Betreuerbestellung kann auf Antrag der bzw. des Betroffenen oder von Amts wegen eingeleitet werden. Der Antrag auf Betreuerbestellung kann nur von der betroffenen Person selbst, nicht von Dritten, auch nicht von der behandelnden Ärztin oder vom behandelnden Arzt, gestellt werden. Damit soll unter anderem die Vertraulichkeit des Verfahrens gewährleistet und außerdem vermieden werden, dass die betroffene Person zum Objekt eines Verfahrens gemacht wird, in dem andere über sie verhandeln. Anregungen Dritter können aber für das Gericht Anlass sein, von Amts wegen tätig zu werden. Dies kann durch eine Bürgerin bzw. einen Bürger (bspw. Angehörige, Bekannte oder sonstige Personen aus der Umgebung der/des zu Betreuenden), den Sozialdienst eines Krankenhauses, Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen oder einer Beratungsstelle sowohl schriftlich als auch telefonisch erfolgen.

Ob ein Fürsorgebedürfnis tatsächlich besteht, hat das Betreuungsgericht dann zu prüfen. Dabei hat das Gericht die Betroffene bzw. den Betroffenen über den möglichen Verlauf des Verfahrens zu unterrichten. Nach dem Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) hat das Gericht vor der Bestellung einer Betreuerin oder eines Betreuers die Betroffene bzw. den Betroffenen persönlich anzuhören. Auch im weiteren Verfahren existieren eine Reihe von Schutzvorkehrungen für die Betroffene bzw. den Betroffenen: Von der Betreuungsbehörde – soweit eine solche tätig geworden ist – wird der Handlungsbedarf vor Ort geprüft. Nahestehende Personen werden vom Gericht angehört. Die betroffene Person muss von einer bzw. einem Sachverständigen (diese bzw. dieser soll Ärztin bzw. Arzt für Psychiatrie oder Ärztin bzw. Arzt mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie sein), durch eine persönliche Untersuchung oder Befragung begutachtet werden. Darüber hinaus können weitere Gespräche mit der betreuungsbedürftigen Person durch eine Verfahrenspflegerin bzw. einen Verfahrenspfleger notwendig sein, die bzw. der ggf. zur Wahrnehmung der Interessen der betroffenen Person im gerichtlichen Verfahren durch das Gericht bestellt wird. Stellt das Gericht im Ergebnis die Erforderlichkeit einer rechtlichen Betreuung fest, wird

zugleich durch gerichtlichen Beschluss der Umfang einer Betreuung bestimmt und eine Betreuerin bzw. ein Betreuer bestellt. Das Betreuungsgericht gibt seine Entscheidung der betroffenen Person, der Betreuerin bzw. dem Betreuer, der Verfahrenspflegerin bzw. dem Verfahrenspfleger und der Betreuungsbehörde bekannt. Die Betreuerin bzw. der Betreuer wird vom Gericht mündlich verpflichtet; sie bzw. er erhält eine Urkunde über die Bestellung.

Wird eine Person ins Krankenhaus eingeliefert und zeichnet sich bei ihr Pflegebedürftigkeit ab, müssen zwecks Sicherstellung der nachstationären Versorgung verschiedene Anträge gestellt oder diverse Verträge unterschrieben werden. Ist die Patientin bzw. der Patient in ihrer bzw. seiner Alltagskompetenz eingeschränkt und aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung nicht in der Lage, ihre bzw. seine rechtlichen Angelegenheiten selbst zu besorgen, werden diese von einer Vertreterin bzw. einem Vertreter übernommen. Oftmals fehlt jedoch zu diesem Zeitpunkt eine vorsorgebevollmächtigte Person, die diese Aufgaben übernehmen kann. In diesem Fall regt das Krankenhauspersonal die Bestellung einer Betreuerin bzw. eines Betreuers bei Gericht an.

Wird eine Person bei der Alltagsbewältigung von einem ambulanten Pflegedienst unterstützt, wird ein später auftretender etwaiger Betreuungsbedarf zum Beispiel durch das Pflegepersonal beim Betreuungsgericht vorgebracht, wenn keine Bezugspersonen der bzw. des Betroffenen zur Stelle sind.

Wenn zeitnah wichtige Entscheidungen für die betreuungsbedürftige Person getroffen werden müssen, kann das Betreuungsgericht in einem Eilverfahren durch einstweilige Anordnung eine vorläufige Betreuerin bzw. einen vorläufigen Betreuer bestellen oder selbst die notwendigen Maßnahmen treffen.

Erfüllungsaufwand

Betreuungsverfahren betreffen die rechtliche Betreuung und sind als ein gerichtsformliches Verfahren ausgestaltet. Die im Projekt ermittelten Aufwände zu diesen Verfahren sind daher nicht vergleichbar mit den ermittelten Aufwänden für sozialrechtliche Antragsverfahren zur Gewährung von Sozial- oder Pflegeleistungen.

Bei den Befragungen zum Ablauf der Anregung eines Verfahrens sind die zeitlichen und finanziellen Aufwände erfasst worden, die bei Bürgerinnen und Bürgern, Sozialdiensten in Krankenhäusern oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Pflegeeinrichtungen durch die Anregung des Verfahrens bzw. die Beteiligung am Verfahren entstehen. Die Aufwände, die in Krankenhäusern oder in Pflegeeinrichtungen im Zusammenhang mit der Anregung an das Betreuungsgericht, eine rechtliche Betreuerin bzw. einen rechtlichen Betreuer zu bestellen anfallen, sind in Tabelle 21 dargestellt.

Tabelle 21: Gesamtaufwand in einem Krankenhaus oder in einer Pflegeeinrichtung im Zusammenhang mit der Anregung an das Betreuungsgericht, eine rechtliche Betreuerin bzw. einen rechtlichen Betreuer zu bestellen

Aktivität	Min. pro Fall
Beratung	30,0
Sachbearbeitung	10,0
Interne Kommunikation	13,5
Externe Kommunikation	20,0
Ausfüllen von Formularen	14,0
Übermittlung	5,0
Gesamter Zeitaufwand	92,5
Sachkosten	EUR pro Fall
Kopie/Porto	1

Bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen besteht ein Beratungsaufwand von etwa 30 Minuten. Dabei wird die betreuungsbedürftige Person und/oder eine Person aus ihrem Umfeld, die als künftige gesetzliche Vertreterin bzw. künftiger gesetzlicher Vertreter agieren könnte, über die Notwendigkeit und Ablauf des Verfahrens aufgeklärt.

Die betreuungsbedürftige Person sowie ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer bzw. Angehörige, die ihre betreuungsbedürftigen Verwandten oder Freunde rechtlich vertreten möchten, müssen gemeinsam rund 252 Minuten (etwa 4 Stunden; Tabelle 22) für die Anregung des Verfahrens und die weitere Beteiligung am Verfahren aufbringen. Davon werden etwa 90 Minuten für die Einarbeitung in die Verfahrensbesonderheiten z. B. durch die Inanspruchnahme von Beratungsangeboten aufgewendet. Der Kontakt mit zuständigen Stellen (Betreuungsbehörde, Gericht) beläuft sich auf etwa 60 Minuten. Da die angehende Betreuerin bzw. der angehende Betreuer bei den zuständigen Stellen meist persönlich vorstellig wird, entstehen Wegekosten in Höhe von 6 Euro. Zu beachten ist, dass die Aufwände, die der betreuungsbedürftigen Person und der rechtlichen Vertreterin bzw. dem rechtlichen Vertreter entstehen, gemeinsam erhoben wurden.

Tabelle 22 Aufwand der betreuungsbedürftigen Person sowie der/des (künftigen) Betreuerin/ Betreuers im Verfahren zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers auf Anregung

Aktivität	Bürgerinnen/Bürger
	Min. pro Fall
Einarbeitung/ Beratung	90,0
Datenbeschaffung/Datenaufbereitung	30,0
Begutachtung	31,5
Externer Kontakt	60,0
Ausfüllen von Formularen	30,0
Übermittlung	10,0
Gesamter Zeitaufwand	251,5
Sachkosten	EUR pro Fall
Kopie/Porto	1,5
Wegekosten	6
Gesamter Sachaufwand	7,5

7.3 Materielle Unterstützung

Wird eine Person pflegebedürftig, ist neben medizinisch-pflegerischer Unterstützung oftmals auch materielle Unterstützung notwendig. Die Pflegeversicherung als solche ist keine Vollkostenversicherung und deckt somit nicht alle Ausgaben ab, die der Pflegebedürftigen bzw. dem Pflegebedürftigen entstehen können. Aus diesem Grund gibt es unterschiedliche Formen der materiellen Unterstützung.

Verfügen weder die Betroffenen selbst noch deren Familien über ausreichende finanzielle Möglichkeiten zur Kostendeckung so benötigen sie Unterstützung vom Staat, die sog. Hilfe zur Pflege. Sie orientiert sich an den rechtlichen Regelungen zur Sozialhilfe.

Eine weitere Form der materiellen Unterstützung richtet sich primär an die Angehörigen von Pflegebedürftigen. Viele Pflegebedürftige werden zumindest anteilig von ihren Angehörigen versorgt. Diesem Tatbestand wird dahingehend Rechnung getragen, dass die pflegenden Angehörigen ab einem gewissen täglichen Aufwand in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert werden.

Auch chronisch Kranke haben in bestimmten Fällen das Recht auf eine materielle Unterstützung. Sie können sich von den gesetzlichen Zuzahlungen befreien lassen. So wird die finanzielle Belastung durch bspw. den regelmäßigen Kauf von Medikamenten begrenzt.

Der Antrag auf Hilfe zur Pflege verursacht für die Bürgerin bzw. den Bürger mit 435 Minuten pro Fall den größten zeitlichen Aufwand. Das Beantragen der Rentenversicherungspflicht beansprucht mit 16 Minuten nur eine geringe Zeit. Dieser Umstand ist auch darauf zurück zu führen, dass ein Teil des Zeitaufwandes, nämlich die Voraussetzungsprüfung zur Einleitung dieses Verfahrens, bereits in den Prozess zur Feststellung der Pflegestufe eingebettet ist.

Der monetarisierte Aufwand für Wirtschaft und Verwaltung, der bei diesen drei Verfahren entsteht, beläuft sich insgesamt auf jährlich rund 149 Mio. Euro (Tabelle 23). Damit entfällt ein Drittel des Erfüllungsaufwands, der im Projekt für beide Normadressaten ermittelt wurde, auf diese Antragsgruppe.

Tabelle 23: Kosten der Antragsgruppe „Materielle Unterstützung“

Antragsverfahren	Fallzahl in 1.000	Kosten in 1.000 EUR		
		Gesamt	Verwaltung	Wirtschaft
Antrag auf Hilfe zur Pflege	63	14.328 (3,19%)*	14.328 (5,16%)	0
Antrag auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen für chronisch Kranke	4.861	132.668 (29,53%)	109.784 (39,51%)	22.884 (13,35%)
Antrag auf Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung	110	1.645 (0,37%)	1.478 (0,53%)	167 (0,1%)
Erfüllungsaufwand der Antragsgruppe	x	148.641 (33,08%)	125.590 (45,19%)	23.051 (13,45%)
Gesamter Erfüllungsaufwand der elf untersuchten Verfahren	x	449.289 (100%)	277.895 (100%)	171.394 (100%)

* Die Prozentangaben geben den jeweiligen Anteil an dem ermittelten Erfüllungsaufwand der zehn ausgewählten Antragsverfahren sowie dem Verfahren zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers auf Anregung wieder. Vgl. hierzu Kapitel 6 Tabelle 9.

Auf Seiten der Verwaltung verursacht die Bearbeitung des Antrags auf Hilfe zur Pflege mit 325 Minuten bzw. 180 Minuten den höchsten Zeitaufwand pro Fall. Aufgrund der jährlichen Fallzahl von rund 63.000 Fällen (vgl. Anhang 2) beansprucht die Bearbeitung dieses Antrags für die Verwaltung insgesamt nur rund 10 Prozent des ermittelten Aufwands für diese Antragsgruppe.

Zum monetären Ergebnis für das Antragsverfahren auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen für chronisch Kranke (Wirtschaft rund 23 Mio. Euro, Verwaltung rund 110 Mio. Euro) ist zweierlei anzumerken: Erstens gibt die ausgewiesene Fallzahl (rund 4,9 Mio.; vgl. Anhang 2) abweichend von der untersuchten Lebenslage die Anzahl der von der Zuzahlung befreiten Rentnerinnen und Rentner sowie deren mitversicherten Familienangehörigen an. Darin enthalten sind auch Rentnerinnen und Rentner mit einer chronischen Erkrankung, die nicht zugleich pflegebedürftig sind. Weil Anträge auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen zudem pro Haushalt gestellt werden, ist die relevante Fallzahl der Anträge tatsächlich geringer. Diese konnte im Projekt nicht ermittelt werden. Zweitens wurde bei der Erfüllungsaufwandsschätzung für die Wirtschaft die Beteiligung der Ärztin bzw. des Arztes in Form des Ausstellens von Bescheinigungen über das Vorliegen einer chronischen Erkrankung in jedem zugrunde gelegten Fall angenommen. Diese Annahme lässt sich jedoch nicht auf alle Fälle übertragen. Im Rahmen der Erhebung war es nicht möglich, die Anzahl differenziert nach der Nachweisart über das Vorliegen einer chronischen Erkrankung zu ermitteln.

7.3.1 Antrag auf Hilfe zur Pflege

Standardprozessbeschreibung

Hilfe zur Pflege ist eine bedarfsorientierte Sozialleistung, die von Sozialhilfeträgern erbracht wird. Die Sozialhilfeträger übernehmen ggf. einen Teil der Kosten für Pflegeleistungen, der nicht von der Pflegekasse und/oder anderen Kostenträgern getragen wird.

Zum Personenkreis der Antragstellenden gehören neben Pflegebedürftigen, die Pflegegeld oder Pflegeleistungen erhalten ggf. auch diejenigen, die die Kriterien der Pflegestufe I nicht erfüllen¹⁵, sowie pflegebedürftige Personen, die nicht pflegeversichert sind oder die Voraussetzungen für die Gewährung von Pflegeversicherungsleistungen nicht erfüllen. Im Rahmen der Hilfe zur Pflege können je nach Pflegebedarf und Umfang des Leistungsanspruchs neben (teil-)stationärer Unterbringung, ambulanter Pflege oder Kurzzeitpflege auch die Finanzierung von häuslicher Krankenpflege oder der Hilfsmittelversorgung übernommen werden. Leistungen der Sozialhilfe sind subsidiär, das heißt, sie werden nur gewährt, wenn kein vorrangiger Leistungsanspruch bei anderen Trägern (z. B. Krankenkasse oder Pflegekasse) besteht.

Das Antragsverfahren auf Hilfe zur Pflege setzt sich aus folgenden Verfahrensabschnitten zusammen:

- Bekanntwerden des Bedarfs und Antragstellung
- Antragsbearbeitung und Bescheiderstellung/-übermittlung durch Sozialhilfeträger
- Übermittlung des Pflegegutachtens durch gesetzliche Pflegekasse/privates Pflegeversicherungsunternehmen
- ggf. Heranziehung von Angehörigen zum Unterhalt

Dabei ist zu beachten, dass die organisatorische Ausgestaltung der Gewährung von Hilfe zur Pflege bei jedem Sozialhilfeträger anders geregelt sein kann. Insofern kann der nachfolgend dargestellte Prozessablauf sowie die auf dieser Grundlage ermittelten Aufwände nicht uneingeschränkt auf alle Sozialhilfeträger übertragen werden.

Abbildung 3 stellt den idealtypischen Ablauf des Antragsverfahrens dar.

Bekanntwerden des Bedarfs und Antragstellung

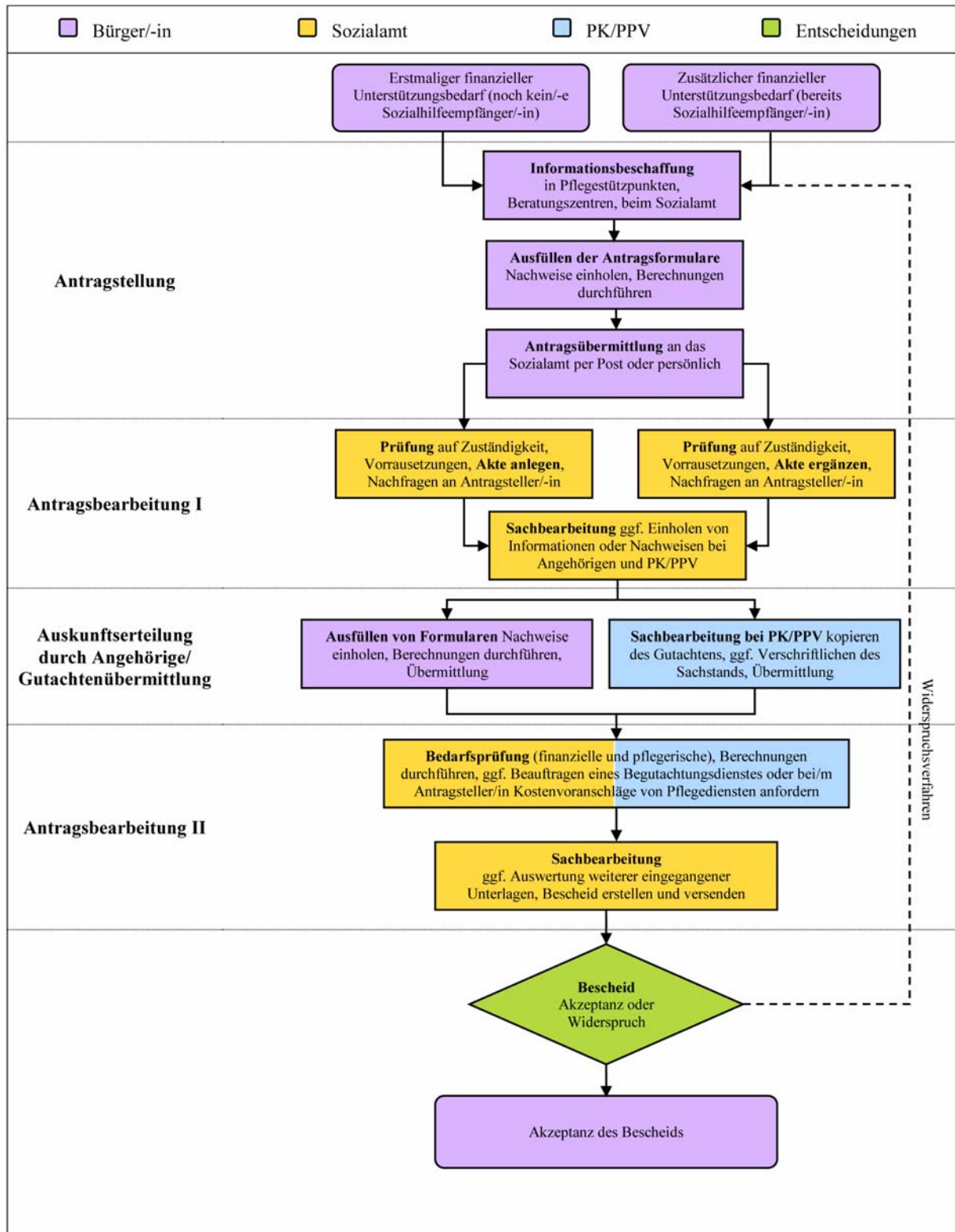
Die Sozialhilfe setzt ein, sobald dem Träger der Sozialhilfe oder den von ihm beauftragten Stellen bekannt wird, dass die Voraussetzungen für die Leistung vorliegen. Neben der bzw. dem Pflegebedürftigen selbst kann auch jede Privatperson (Angehörige, Bekannte) und jede Dienstperson (Sozialdienst im Krankenhaus, Pflegeeinrichtung, Beratungsstelle etc.) für Dritte den Bedarf auf Hilfe zur Pflege beim Sozialhilfeträger anzeigen. Für den Beginn der möglichen Leistungsgewährung ist das Datum der formlosen Bekanntgabe ausschlaggebend, auch wenn das dafür vorgesehene Antragsformular erst später ausgefüllt nachgereicht wird.

Die Hilfe zur Pflege ist Teil der Sozialhilfe. Es obliegt dem Sozialhilfeträger, entweder alle für die antragstellende Person relevanten Leistungen in einem Formular auf Sozialhilfe zusammenzufassen oder für jede Leistungsart individuelle Formulare bereitzuhalten. Die Formulare sind von der pflege-

¹⁵ Zu Stufen der Pflegebedürftigkeit vgl. § 15 SGB XI.

bedürftigen Person¹⁶ auszufüllen oder werden gegebenenfalls im Rahmen eines Beratungstermins mit dem Sozialhilfeträger ausgefüllt.

Abbildung 3: Standardprozessablauf – Antrag auf Hilfe zur Pflege



¹⁶ Die im Rahmen der Antragstellung notwendigen Tätigkeiten können auch durch die stellvertretende rechtliche Betreuerin bzw. den stellvertretenden rechtlichen Betreuer der pflegebedürftigen Person ausgeführt werden.

Die Ausgestaltung der konkreten Inhalte der Formulare obliegt den ausführenden Behörden. Sie können in der Vollständigkeit und Differenziertheit zwischen den zuständigen Sozialhilfeträgern variieren. Auf dem Formular/den Formularen werden i. d. R. Angaben über persönliche, finanzielle und leistungsrechtliche Verhältnisse und ggf. Angaben zum Pflegebedarf der Antragstellerin bzw. des Antragstellers benötigt. Außerdem sind Angaben zu unterhaltspflichtigen Angehörigen zu machen. Die Angaben sind durch entsprechende Nachweise zu belegen. Je nach Organisationsstruktur des zuständigen Sozialhilfeträgers muss die Antragstellerin bzw. der Antragsteller darüber hinaus an einer Begutachtung durch einen Begutachtungsdienst teilnehmen. Ambulant untergebrachte Antragstellerinnen bzw. Antragsteller werden ggf. aufgefordert, für die Antragsbearbeitung Kostenvoranschläge von Pflegediensten vorzulegen.

Antragsbearbeitung und Bescheiderstellung/-übermittlung durch Sozialhilfeträger

Für die Bearbeitung der Anträge von Pflegebedürftigen ab 65 Jahren sind die örtlichen Sozialhilfeträger zuständig. Diese haben alle Aspekte der Sozialhilfegewährung (sachliche, örtliche und instanzielle Zuständigkeit, Nachrang der Sozialhilfe, Ermittlung der Leistungshöhe, mögliche Ersatzansprüche gegen Dritte) zu berücksichtigen. Dazu gehört z. B. die Überprüfung der Unterhaltspflicht von Angehörigen. Zu diesem Zweck setzt sich das Sozialamt mit den Angehörigen schriftlich in Verbindung und übersendet Formulare, die von ihnen auszufüllen und mit Nachweisen zu belegen sind (siehe weiter unten). Das Ergebnis der Unterhaltsprüfung geht in die Entscheidung durch den Sozialhilfeträger ein.

Den ersten Ansatzpunkt zur Ermittlung des notwendigen Umfangs finanzieller Unterstützung im Zusammenhang mit dem anfallenden Pflegeaufwand liefert das MDK-/MEDICPROOF-Gutachten, sofern bereits eine Begutachtung stattgefunden hat. Hat die bzw. der Pflegebedürftige dieses noch nicht selbst angefordert, beschafft sich der Sozialhilfeträger das Gutachten direkt bei der zuständigen Pflegekasse/dem zuständigen privaten Pflegeversicherungsunternehmen. Sofern die Angaben des Gutachtens für die Ermittlung des Hilfebedarfs unzureichend sind, kann eine weitere Begutachtung der Antragstellerin bzw. des Antragstellers erforderlich sein. Die Organisation der zusätzlichen Begutachtungen unterscheidet sich zwischen den Sozialhilfeträgern. Sie kann durch eigene Gutachterinnen und Gutachter, durch Begutachtungsdienste in gemeinsamer Trägerschaft mehrerer Sozialhilfeträger oder durch Beauftragung von MEDICPROOF¹⁷ erfolgen.

Wie bei jedem Verwaltungsverfahren steht am Ende ein Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid. Im Rahmen der Untersuchung wurde das Widerspruchsverfahren im Zusammenhang mit dem Antrag auf Hilfe zur Pflege nicht betrachtet.

¹⁷ Da der Medizinische Dienst der gesetzlichen Krankenversicherung (MDK) nur im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen bzw. der gesetzlichen Pflegekassen arbeitet, findet eine Beauftragung durch den Sozialhilfeträger im Rahmen des Antragsverfahrens auf Hilfe zur Pflege nicht statt.

Übermittlung des Pflegegutachtens durch gesetzliche Pflegekasse/privates Pflegeversicherungsunternehmen

Wie oben beschrieben fordert der Sozialhilfeträger zur Ermittlung der finanziellen Unterstützung eine Kopie des MDK-/MEDICPROOF-Pflegegutachtens an. Sofern die antragstellende Person diesen Schritt nicht bereits vollzogen und die Gutachtenkopie ihrem Antrag beigelegt hat, wird die Pflegekasse/das private Pflegeversicherungsunternehmen schriftlich oder telefonisch von der Sachbearbeiterin bzw. dem Sachbearbeiter kontaktiert und mit der Übersendung beauftragt. Es wird geprüft, ob ein Antrag zur Feststellung der Pflegestufe bereits gestellt und mit einem Gutachten abgeschlossen wurde. Anschließend erfolgt eine Übermittlung der Gutachtenkopie oder einer entsprechenden Information zum Sachstand an den Sozialhilfeträger.

Ggf. Heranziehung von Angehörigen zum Unterhalt

Da Sozialhilfeleistungen anderen möglichen Kostenträgern gegenüber nachrangig sind, hat auch eine Unterhaltsprüfung von Angehörigen zu erfolgen. Diese sind dazu verpflichtet, ihre finanziellen Verhältnisse gegenüber dem Sozialhilfeträger offenzulegen. Entsprechende Auskünfte über Einkommen, Vermögen, sonstige Unterhaltsverpflichtungen u. ä. sind mit Nachweisen zu belegen. Der Umfang der Angaben und Nachweise hängt von der individuellen Situation der Angehörigen ab.

Erfüllungsaufwand

Wie in der Standardprozessbeschreibung zum Antrag auf Hilfe zur Pflege dargestellt setzt sich das Verfahren aus bis zu vier Abschnitten zusammen. Während jedes Abschnittes entstehen zeitliche und finanzielle Aufwände.

Bekanntgabe des Bedarfs und Antragstellung und ggf. Heranziehung von Angehörigen zum Unterhalt

Für die Antragstellerin bzw. den Antragsteller entsteht im Mittel ein zeitlicher Aufwand von 315 Minuten (rund 5 Stunden; Tabelle 24). Um sich in die Besonderheiten dieses Antragsverfahrens und die Anspruchsvoraussetzungen in Abgrenzung zu Leistungen anderer Kostenträger einzuarbeiten benötigt die Bürgerin bzw. der Bürger 60 Minuten. Diese Zeit umfasst das Wahrnehmen von Beratungsangeboten in Beratungsstellen und Eigenrecherche.

Tabelle 24: Gesamtaufwand für Bürgerinnen bzw. Bürger beim Antrag auf Hilfe zur Pflege

Aktivität	Antragstellung durch Pflegebedürftige	Auskunftserteilung durch Angehörige*
	Min. pro Fall	
Einarbeitung/Beratung	60,0	20,0
Datenbeschaffung/Datenaufbereitung	135,0	120,0
Externer Kontakt	50,0	30,0
Ausfüllen von Formularen	60,0	60,0
Übermittlung	10,0	10,0
Gesamter Zeitaufwand	315,0	240,0
Sachkosten	EUR pro Fall	
Kopie/Porto	5	3
Wegekosten	2,4	12
Gesamter Sachaufwand	7,4	15

* Es wird angenommen, dass eine Auskunftserteilung durch Angehörige bei jedem zweiten Antrag erforderlich ist.

Aufgrund der differenzierten Vermögensoffenlegung und Angaben über Leistungsansprüche gegenüber anderen Kostenträgern werden 135 Minuten (über 2 Stunden) – und damit fast die Hälfte des gesamten Zeitaufwandes – für Datenbeschaffung und -aufbereitung benötigt. In diesem Zusammenhang fallen weitere 50 Minuten für den Kontakt mit zuständigen externen Stellen (bspw. Bankinstitute, Grundbuchamt, ggf. mit ambulanten Pflegediensten) an, um relevante Informationen und Nachweise zu erhalten oder um Rückfragen des Sozialhilfeträgers, auch im Rahmen eines gemeinsamen Termins, zu beantworten. Für kein anderes im Projekt untersuchtes Antragsverfahren wird so viel Zeit zum „Ausfüllen von Formularen“ aufgewendet. Hier fällt mit 60 Minuten die höchste Zeit an.

Wie oben dargestellt kann im Rahmen der Bedarfsprüfung eine weitere pflegerische Begutachtung der Antragstellerin bzw. des Antragstellers erforderlich sein, wobei die Durchführung und konkrete Ausgestaltung dieser Prüfmaßnahme von der Organisationsstruktur des jeweiligen Sozialhilfeträgers abhängt. Da der überwiegende Teil der im Projekt befragten Antragstellerinnen bzw. Antragsteller nicht an einer Begutachtung im Auftrag des Sozialhilfeträgers mitgewirkt hat (die Überprüfung des pflegerischen Aufwands erfolgte hier alternativ bspw. durch den Abgleich von mehreren Kostenvoranschlägen von Pflegeeinrichtungen), kann keine Aussage über den im Mittel anfallenden Begutachtungsaufwand gemacht werden.

Sofern die Angehörigen der pflegebedürftigen Antragstellerin bzw. des pflegebedürftigen Antragstellers zu einer Auskunftserteilung aufgefordert werden, entstehen auch ihnen zeitliche und finanzielle Aufwände. Diese sind in Tabelle 24 dargestellt.

Angehörige benötigen im Mittel genau so viel Zeit um Formulare auszufüllen, wie die pflegebedürftige antragstellende Person. Je nach persönlicher Situation der Angehörigen müssen zur Offenlegung

der individuellen Verhältnisse neben Eintragungen auf erforderlichen Vordrucken auch Schriftstücke erstellt werden, die die finanziellen Verpflichtungen und familiären Beziehungen erläutern. Auch ist die Zeit für die Beschaffung und Bearbeitung erforderlicher Angaben mit 120 Minuten nur 15 Minuten geringer als die der Antragstellerin bzw. des Antragstellers. Aufgrund der umfangreichen Nachweise und ggf. mehrmaligem postalischem Versand bzw. dem persönlichen Einreichen von Unterlagen beläuft sich die Übermittlungszeit sowohl bei der Antragstellerin bzw. beim Antragsteller als auch beim Angehörigen im Schnitt auf 10 Minuten.

Die höheren Wegekosten der Angehörigen resultieren daraus, dass der zuständige Sozialhilfeträger sich zwar in räumlicher Nähe zur bzw. zum Antragstellenden befindet, jedoch nicht zwangsläufig zu der bzw. dem Angehörigen. Dadurch müssen zwecks persönlicher Termine längere Strecken zurückgelegt und entsprechend höhere Wegekosten geleistet werden.

Antragsbearbeitung und Bescheiderstellung/-übermittlung durch Sozialhilfeträger

Abhängig davon, ob es sich bei dem zu bearbeitenden Antrag um eine erstmalige Beantragung von Leistungen durch den Sozialhilfeträger handelt oder aber Hilfe zur Pflege ergänzend zu bereits beantragten Grundsicherungsleistungen gewährt werden soll, sind die Bearbeitungszeiten in der Verwaltung unterschiedlich. Im ersten Fall ist die Bearbeitung mit 325 Minuten fast doppelt so hoch wie im zweiten Fall (siehe Tabelle 25).

Tabelle 25: Gesamtaufwand bei Sozialhilfeträgern für die Bearbeitung des Antrags auf Hilfe zur Pflege

Aktivität	Antragstellende Person stellt erstmalig den Sozialhilfeantrag	Antragstellende Person ist bereits Sozialhilfeempfänger
	Min. pro Fall	
Beratung	60,0	30,0
Sachbearbeitung	225,0	120,0
Interne Kommunikation	15,0	10,0
Externer Kontakt	15,0	15,0
Übermittlung	10,0	5,0
Gesamter Zeitaufwand	325,0	180,0
Sachkosten	EUR pro Fall	
Kopie/Porto	5	5

Ist die antragstellende Person bereits Sozialhilfeempfänger, liegen der Behörde bereits Informationen in aufbereiteter Form vor. Dadurch reduziert sich der Sachbearbeitungsaufwand um knapp die Hälfte (225 Minuten vs. 120 Minuten). Auch der Beratungsaufwand und die Kommunikation mit Kolleginnen bzw. Kollegen zwecks Fallklärung sind geringer, weil die individuellen Rahmenbedingungen der grundsätzlichen Leistungsgestaltung bereits geklärt sind.

Im Zusammenhang mit dem erstmaligen Sozialhilfeantrag kann sich der Versichertenstatus der Antragstellerin bzw. des Antragstellers (gesetzlich oder privat versichert) u. U. auf den Bearbeitungsaufwand auswirken. Gründe hierfür sind neben dem Einfordern und dem Prüfen von zusätzlichen Nachweisen (z. B. Beihilfeberechtigung, Nachweise über individuelle Tarifbestandteile der Krankenversicherung) auch ein erhöhter Beratungsbedarf der privat versicherten Antragstellerin bzw. des privat versicherten Antragstellers, der zu einem erhöhten Beratungsaufwand beim Sozialhilfeträger führt. Ein Themenschwerpunkt der Beratung ist in diesem Kontext vor allem, dass bei der Kostenübernahme lediglich ein Anspruch auf Leistungen besteht, die der gesetzlichen Kranken- oder Pflegeversicherung entsprechen (Standardleistungen).

Übermittlung des Pflegegutachtens durch gesetzliche Pflegekasse/privates Pflegeversicherungsunternehmen

Die zeitlichen und die finanziellen Aufwände, die den Pflegekassen/privaten Pflegeversicherungsunternehmen im Zusammenhang mit der Übermittlung des Gutachtens entstehen, können der Tabelle 26 entnommen werden.

Tabelle 26: Gesamtaufwand bei gesetzlichen Pflegekassen/privaten Pflegeversicherungsunternehmen für die Übermittlung des Gutachtens an den Sozialhilfeträger

Aktivität	Gesetzliche Pflegekasse	Privates Pflegeversicherungsunternehmen
	Min. pro Fall	
Sachbearbeitung	8,5	3,0
Externer Kontakt	3,0	-
Übermittlung	0,8	1,0
Gesamter Zeitaufwand	12,3	4,0
Sachkosten	EUR pro Fall	
Kopie/Porto	1,5	2

Erfolgt die Anfrage der Sozialhilfeträger an die Pflegekasse/das private Pflegeversicherungsunternehmen telefonisch, fallen Zeiten für externe Kommunikation an. Aufgrund der Dokumentationspflicht des Auftragseingangs sowie des Bearbeitungsvorgangs wirken sich diese nicht reduzierend auf die Sachbearbeitungszeiten aus. Liegt kein Gutachten zum angefragten Fall vor, ist die Sachbearbeitungszeit höher, da eine entsprechende Erläuterung erstellt wird.

7.3.2 Antrag auf Rentenversicherungspflicht von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen

Standardprozessbeschreibung

Unter bestimmten Voraussetzungen zahlt die Pflegekasse/das private Pflegeversicherungsunternehmen der bzw. des Pflegebedürftigen monatliche Rentenversicherungsbeiträge für die pflegende Person an

die Deutsche Rentenversicherung. Zu den Voraussetzungen gehört neben den bewilligten Leistungsansprüchen der bzw. des Pflegebedürftigen gegenüber der Pflegekasse/dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen eine wöchentliche Pflegetätigkeit, die mindestens 14 Stunden umfasst. Weiterhin sollte die pflegende Person das rentenversicherungspflichtige Alter noch nicht überschritten haben und nicht mehr als 30 Stunden in der Woche einer sonstigen Erwerbstätigkeit nachgehen. Das Vorliegen des Anspruchs auf diese Leistung kann bereits im Rahmen des Grundantrags durch den MDK/MEDICPROOF während der Begutachtung festgestellt und auch mit der pflegenden Person thematisiert werden. Sowohl der Leistungsanspruch als auch Angaben zur anspruchsberechtigten Pflegeperson (Name, Anschrift) wird im Gutachten vermerkt und zusammen mit dem Pflegebefund an die Pflegekasse/das private Pflegeversicherungsunternehmen übermittelt.

Das Antragsverfahren setzt sich aus den Phasen Antragstellung und Antragsbearbeitung zusammen. Die Verfahrensabschnitte für gesetzlich und privat Versicherte sind identisch.

Antragsbearbeitung I bei der Pflegekasse/dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen

Nach Erhalt des Pflegegutachtens von MDK/MEDICPROOF prüft die zuständige Pflegekasse/das zuständige private Pflegeversicherungsunternehmen beim Bearbeiten des Grundantrags, ob ein Anspruch der pflegenden Person auf Versicherungspflicht besteht. Wurde der Anspruch durch den Begutachtungsdienst festgestellt, wird die pflegende Person namentlich in das EDV-System der Pflegekasse/des privaten Pflegeversicherungsunternehmens aufgenommen. Unaufgefordert wird ihr als leistungsberechtigten Person das Antragsformular per Post zugeschickt. Ergeben sich für die pflegende Person im Nachgang zum Begutachtungstermin oder beim Ausfüllen des Formulars Unklarheiten, so erfolgt eine überwiegend telefonische Beratung durch die Pflegekasse/das private Pflegeversicherungsunternehmen.

Antragstellung

Nach Erhalt des Antrags muss die pflegende Person das zwei- bis dreiseitige Formular ausfüllen und an die Pflegekasse/das private Pflegeversicherungsunternehmen zurücksenden. Auf dem Vordruck sind je nach Pflegekasse/privatem Pflegeversicherungsunternehmen neben persönlichen Angaben der pflegenden und der pflegebedürftigen Person auch Angaben zur Pflegetätigkeit (u. a. Beginn, Dauer, wöchentlicher zeitlicher Umfang, Einsatzort der Tätigkeit, ggf. weitere Pflegetätigkeiten oder -personen), Auskünfte über bereits geleistete Rentenversicherungsbeiträge und -bezüge sowie zur Erwerbstätigkeit/selbstständigen Tätigkeiten neben der Pflegetätigkeit anzugeben.

Antragsbearbeitung II bei der Pflegekasse/dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen

Nach Erhalt des ausgefüllten Formulars prüft die Pflegekasse/das private Pflegeversicherungsunternehmen den Antrag und gleicht diese Angaben mit den Angaben aus dem Pflegegutachten des MDK/MEDICPROOF ab. Die Formularangaben werden in die elektronische Personenmaske übertragen. Im Falle von Unstimmigkeiten oder Unklarheiten kann es zwecks Klärung sowohl zum internen

Austausch zwischen Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern als auch zu Rückfragen an die Antragstellerin bzw. den Antragsteller, an die pflegebedürftige Person oder an den MDK/MEDICPROOF kommen. Über die Leistungsbewilligung (bzw. -ablehnung¹⁸) wird ein standardisiertes Benachrichtigungsschreiben erstellt, um individuelle Angaben ergänzt und auf dem Postweg an die Antragstellerin bzw. den Antragsteller übermittelt. Der Deutschen Rentenversicherung wird der Beginn der Versicherungspflicht für die pflegende Person gemeldet.

Erfüllungsaufwand

Antragstellung

Für die Antragsstellung der pflegenden Person fällt ein Zeitaufwand von 16 Minuten an, der sich auf die Aktivitäten Datenbeschaffung/-aufbereitung, Ausfüllen von Formularen und die Übermittlung der Daten verteilt (siehe .

Tabelle 27). Wie im vorangegangenen Abschnitt beschrieben, erfolgt die Zusendung des Antragsformulars an die Antragstellerin bzw. den Antragsteller auf Initiative der Pflegekasse/des privaten Pflegeversicherungsunternehmens. Entsprechend ist der Zeitaufwand für die Beschaffung von notwendigen Unterlagen gering und liegt im Mittel bei einer Minute.

Tabelle 27: Gesamtaufwand der pflegenden Person bei der Antragstellung auf Rentenversicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung

Aktivität	Bürgerin/Bürger
	Min. pro Fall
Datenbeschaffung/Datenaufbereitung	1,0
Ausfüllen von Formularen	10,0
Übermittlung	5,0
Gesamter Zeitaufwand	16,0
Sachkosten	EUR pro Fall
Kopie/Porto	1

Verglichen mit dem Zeitaufwand für andere Antragsformulare, die im Rahmen des Projekts untersucht wurden, erfordert das Ausfüllen dieses Formulars mit zehn Minuten den zweitniedrigsten Zeitaufwand für diese Aktivität. Dieser Sachverhalt kann darauf zurückgeführt werden, dass die notwendigen Angaben sich in erster Linie – neben Angaben zu Rentenbezügen und Erwerbstätigkeiten – auf persönliche Informationen zur Antragstellerin bzw. dem Antragsteller und zur Person der bzw. des pflegebedürftigen beschränken. Die interviewten Bürgerinnen und Bürger gaben standardmäßig keine Zeitaufwände für Beratung an. Dies ist im Hinblick auf die ermittelten Beratungszeiten, die die Pflegekassen/private Pflegeversicherungsunternehmen insgesamt angeben, auffällig (Tabelle 28 auf S. 74).

¹⁸ Die Zeit- und Kostenaufwände im Zusammenhang mit der Ablehnung der Rentenversicherungspflicht für eine nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson wurden im Projekt nicht näher betrachtet.

Antragsbearbeitung durch die Pflegekasse/das private Pflegeversicherungsunternehmen

Wie Tabelle 28 entnommen werden kann, ist die Gesamtbearbeitungszeit bei gesetzlichen Pflegekassen und privaten Pflegeversicherungsunternehmen im Rahmen dieses Antragsverfahrens identisch. Es gibt allerdings zeitliche Unterschiede innerhalb der einzelnen anfallenden Aktivitäten. So investieren private Pflegeversicherungsunternehmen mit durchschnittlich vier Minuten mehr Zeit in die Beratung der bzw. des Versicherten im Vorfeld der Antragstellung als gesetzliche Pflegekassen. Auch die Kommunikation mit MEDICPROOF oder der Antragstellerin bzw. dem Antragsteller während des laufenden Verfahrens ist höher als der Austausch der gesetzlichen Pflegekassen mit MDK bzw. der Antragstellerin bzw. dem Antragsteller. Die Beratungs- und externe Kommunikationsnotwendigkeit wurde in den geführten Interviews mit fehlenden Informationen der Antragstellerin bzw. des Antragstellers im Vorfeld des Verfahrens begründet.

Anmerkung einer Mitarbeiterin eines privaten Pflegeversicherungsunternehmens

„Bei diesem Verfahren sind die pflegenden Angehörigen im Vorfeld wenig informiert. Dies kann zu Verzögerungen führen. Der Gutachter erfragt im Rahmen der Begutachtung zum Grundantrag, wer die meiste Pflege erbringt und nimmt die Daten der genannten Person auf. Den betroffenen Personen sind die sich daraus ergebenden Konsequenzen nicht immer klar, denn wenn die Antragstellerin bzw. der Antragsteller anschließend ein Schreiben von der Pflegekasse/dem Pflegeversicherungsunternehmen erhält, wird häufig der Wunsch geäußert, die Pflegeperson „strategisch“ zu ändern, um anderen Familienmitgliedern die Leistung zukommen zu lassen. Es kommt zu Einsprüchen, neuen Begutachtungen und teilweise Gerichtsverfahren.“

Die Bearbeitungszeiten der gesetzlichen und privaten Kostenträger unterscheiden sich nicht wesentlich. Bei beiden dominieren die Zeiten für Sachbearbeitung. Die privaten Pflegeversicherungsunternehmen investieren etwas mehr Zeit in die Beratung der Antragstellerin bzw. des Antragstellers, die gesetzlichen Pflegekassen in die interne Kommunikation.

Tabelle 28: Aufwand bei gesetzlichen Pflegekassen/ privaten Pflegeversicherungsunternehmen für die Bearbeitung des Antrags auf Rentenversicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung

Aktivität	Gesetzliche Pflegekasse	Privates Pflegeversicherungsunternehmen
	Min. pro Fall	
Schulung	-	0,3
Beratung	0,3	4,0
Sachbearbeitung	18,1	16,0
Interne Kommunikation	2,0	0,5
Externer Kontakt	1,1	2,0
Übermittlung	1,5	1,0
Gesamter Zeitaufwand	23,0	23,8
Sachkosten	EUR pro Fall	
Kopie/Porto	1,2	2

7.3.3 Antrag auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen für chronisch Kranke

Standardprozessbeschreibung

Gesetzlich versicherte Bürgerinnen und Bürger sind per Gesetz dazu verpflichtet, Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen bis zu zwei Prozent ihres jährlichen Bruttoeinkommens¹⁹ zu leisten, etwa bei der Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln, bei einem Krankenhausaufenthalt, bei Rehabilitationsmaßnahmen und Arztbesuchen. Für Menschen, die an einer chronischen Erkrankung²⁰ leiden, liegt die Grenze bei einem Prozent. Überschreiten die Zuzahlungen die individuelle Belastungsgrenze, können Versicherte die teilweise²¹ Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen bei ihrer Krankenkasse beantragen, wobei chronisch kranke Menschen in diesem Verfahren zusätzlich die in der Krankheit begründeten Voraussetzungen für die niedrigere Belastungsgrenze nachweisen müssen.

Das Antragsverfahren setzt sich aus zwei bis drei Verfahrensabschnitten zusammen:

- Antragstellung durch die Versicherte bzw. den Versicherten

¹⁹ Für das Bruttoeinkommen werden die Ausgaben und Einnahmen aller im Haushalt lebenden Personen (Angehörige und Lebenspartner) berücksichtigt. Dazu zählen alle Einkünfte zum Lebensunterhalt: Neben Einkünften aus Erwerbstätigkeiten auch Mieteinkünfte, Rente und/oder Einkünfte aus unterstützenden Sozialleistungen.

²⁰ Zur Personengruppe der chronisch Kranken vgl. § 62 Abs. 1 SGB V sowie § 2 Chroniker-Richtlinie.

²¹ Im Sprachgebrauch wird bei diesem Antrag auf den Zusatz teilweise verzichtet. Trotzdem handelt es sich nicht um eine vollständige Erstattung der geleisteten Zuzahlung, da der Eigenanteil von der Versicherten bzw. dem Versicherten bis zu einem bzw. bis zu zwei Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens aus eigenen Mitteln bestritten werden muss. Zuzahlungen zu Zahnersatz unterliegen anderen Regelungen und wurden im Projekt nicht betrachtet.

- Antragsbearbeitung durch die Krankenkasse
- ggf. Bescheinigung über das Vorliegen einer chronischen Erkrankung durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt

Antragstellung

Die Zuzahlungsbefreiung muss jedes Jahr neu beantragt werden. Im Regelfall erfolgt die Antragstellung nach Überschreiten der Belastungsgrenze im laufenden Jahr. Ist das jährliche Bruttoeinkommen der Antragstellerin bzw. des Antragstellers gleichbleibend – dies ist vor allem bei Rentnerinnen und Rentnern der Fall – so besteht die Möglichkeit einer Vorab-Befreiung zum Jahresbeginn.

Wie bei allen betrachteten Antragsverfahren kann im Rahmen der Antragstellung eine Einarbeitung in die Antragsvoraussetzungen erforderlich sein. Die Ermittlung der individuellen Belastungsgrenze kann neben einem Beratungsgespräch mit der Krankenkasse – telefonisch oder Vor-Ort – auch durch die Nutzung eines Zuzahlungsrechners erfolgen, wie ihn viele Krankenkassen auf ihrer Webseite anbieten. Die versicherte Person kann sich das Antragsformular online, telefonisch oder in der Geschäftsstelle der Krankenkasse beschaffen.

Neben persönlichen Angaben der Antragstellerin bzw. des Antragstellers und der im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehegatten/Lebenspartnern und ggf. Kindern müssen auf dem Formular für jede der aufgeführten Personen (inkl. Antragstellerin bzw. Antragsteller) die Summe der jährlichen Bruttoeinnahmen sowie der im Jahr geleisteten Zuzahlungen angegeben werden. Weiterhin ist eine Angabe darüber erforderlich, ob man den individuellen Zuzahlungsbetrag als Vorauszahlung leisten möchte.

Die Antragstellerin bzw. der Antragsteller muss dem Formular entsprechende Belege beifügen:

- personalisierte Originalquittungen oder alternativ Quittungsheft(e)²²
- Verdienstbescheinigungen, Renten- und Steuerbescheide
- Bescheide über die Erträge aus Miete, Pacht, Kapital etc.

Angaben über das Vorliegen einer chronischen Erkrankung können je nach Krankenkasse auf unterschiedliche Arten erfolgen: Sofern sich die Antragstellerin bzw. der Antragsteller in Pflegestufe II oder III befindet oder aufgrund einer chronischen Erkrankung ein Grad der Behinderung bzw. der Erwerbsminderung von mindestens 60 Prozent anerkannt ist und der Krankenkasse bereits Unterlagen hierüber vorliegen, kann die bzw. der Versicherte auf den Formularen dazu auffordern, die Voraussetzungen für die einprozentige Belastungsgrenze zu prüfen. Eine entsprechende Situation muss seit mindestens einem Jahr²³ durchgehend vorliegen. Andernfalls muss die Antragstellerin bzw. der An-

²² Ein Quittungsheft ist eine Alternative zum Sammeln von Rechnungen. Dieses kann die/der Versicherte bei seiner Krankenkasse erhalten. Für jede Leistung, an der sich die/der Versicherte mit Eigenanteilen zu beteiligen hat, sind in dem Heft Felder vorgesehen, die beim Entrichten der Zuzahlung von der leistungserbringenden bzw. –abgebenden Stelle mit Höhe der Zahlung, Datum sowie Unterschrift und Stempel zu befüllen sind.

²³ Nach §§ 2 und 3 der Chroniker-Richtlinie ist eine Krankheit dann schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang eine Dauerbehandlung erfordert. Bei Pflegestufe 2 oder 3 wird nach Ablauf eines Jahres seit Beginn der Pflegebedürftigkeit eine Dauerbehandlung unterstellt.

tragsteller die chronische Erkrankung jedes Jahr von seiner Ärztin bzw. seinem Arzt bescheinigen lassen. Hierfür muss die bzw. der Versicherte einen gesonderten Vordruck von der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt ausfüllen lassen und anschließend an die Krankenkasse übermitteln. Nach Prüfung durch die Kasse erhält die bzw. der Versicherte eine Befreiungskarte. Über die Belastungsgrenze hinausgehende, bereits geleistete Zahlungen, werden zurückerstattet.

Im Falle einer Vorab-Befreiung wird im Anschluss an die Antragstellung der errechnete Zuzahlungsbetrag von der Antragstellerin bzw. vom Antragsteller an die Krankenkasse überwiesen oder per Lastschrift eingezogen. Anschließend übersendet die Krankenkasse der Antragstellerin bzw. dem Antragsteller eine Befreiungskarte, die im laufenden Jahr den medizinischen Leistungserbringern vorgelegt werden muss.

Antragsbearbeitung durch die Krankenkasse

Bei Versicherten, die sich in der Vergangenheit für das Modell der Vorauszahlung entschieden haben, beginnt die Antragsbearbeitung damit, dass sie am Ende eines auslaufenden Jahres von der Krankenkasse aufgrund einer hausinternen Terminsetzung angeschrieben und darüber informiert werden, dass ein erneuter Befreiungsantrag gestellt werden kann. Dem Benachrichtigungsschreiben ist ein entsprechender Vordruck beigelegt.

Nach Eingang des ausgefüllten Antrags werden die Angaben in ein EDV-System übertragen. Sofern als Nachweis für das Vorliegen einer chronischen Erkrankung eine ärztliche Bescheinigung notwendig ist, wird ein entsprechender Vordruck an die Antragstellerin bzw. den Antragsteller versendet. Die eingereichten Zahlungsnachweise werden geprüft und – etwa im Falle unvollständiger Zahlungsbelege, eingereichter Kopien anstatt Originalen oder bei fehlender Personalisierung der eingereichten Belege – ggf. Rückfragen an die Versicherte bzw. den Versicherten gestellt. Es erfolgt die automatische Berechnung der individuellen Belastungsgrenze der Antragstellerin bzw. des Antragstellers und eine halbautomatisierte Erstellung (standardisierte Textbausteine mit individuellen Ergänzungen) des Bewilligungs- bzw. Ablehnungsschreibens. Handelt es sich um einen Vorauszahlungsantrag, ergeht zuvor eine Zahlungsaufforderung bzw. ein Lastschrifteinzug und nachfolgend die Erstellung einer Befreiungskarte.

Bescheinigung über das Vorliegen einer chronischen Erkrankung durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt

Beim Nachweis einer chronischen Erkrankung durch eine ärztliche Bescheinigung sind durch die Ärztin bzw. den Arzt auf dem entsprechenden Vordruck der Krankenkasse die Dauerdiagnose sowie Beginn und Ende der Dauerbehandlung und die Erfordernis einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung anzugeben.

ErfüllungsaufwandAntragstellung durch die Versicherte/den Versicherten

Während der Antragstellung benötigt die Bürgerin bzw. der Bürger mit 28,5 Minuten mehr als die Hälfte des gesamten Zeitaufwands (53,5 Minuten) für die Datenbeschaffung und –aufbereitung (Tabelle 29). Dazu gehören neben Tätigkeiten für die Zusammenstellung von Belegen und Informationen auch detaillierte Berechnungen, um die jährlichen Bruttoeinnahmen der Antragstellerin bzw. des Antragstellers inklusive den Einnahmen ihrer bzw. seiner ggf. im Haushalt lebenden Angehörigen darzustellen. Durch differenzierte Angaben zu den Einnahmen erfordert das Ausfüllen des Antragsformulars im Mittel 20 Minuten. Für die Übermittlung werden weitere fünf Minuten benötigt.

Tabelle 29: Aufwand der Bürgerin bzw. des Bürgers bei der Antragstellung auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen für chronisch Kranke

Aktivität	Min. pro Fall
Datenbeschaffung/Datenaufbereitung	28,5
Ausfüllen von Formularen	20,0
Übermittlung	5,0
Gesamter Zeitaufwand	53,5
Sachkosten	EUR pro Fall
Kopie/Porto	1

Anzumerken ist, dass die Interviews mit den betroffenen Bürgerinnen und Bürgern keine zeitlichen Aufwände für Beratung und für Kommunikation mit Krankenkassen im laufenden Verfahren ergeben haben. Diese wird in der Praxis aber durchaus vorkommen und ist in den Ergebnissen der Krankenkassen- bzw. der Ärztebefragungen (Tabelle 30 und Tabelle 31) zu finden. Das Fehlen dieser Zeitaufwände bei Bürgerinnen bzw. bei Bürgern resultiert aus dem Umstand, dass der überwiegende Teil der Antragstellenden den Antrag auf Zuzahlungsbefreiung für chronisch Kranke zum wiederholten Mal stellt. Sie kennen sich mit dem Antragsverfahren bereits aus und haben daher keinen Beratungsbedarf.

Antragsbearbeitung durch die Krankenkasse

Im Rahmen der Antragsbearbeitung wurden von befragten Sachbearbeiterinnen bzw. Sachbearbeitern Zeiten angegeben, die typischerweise anfallen, wenn Antragstellerinnen und Antragsteller sowohl zum ersten als auch zum wiederholten Mal einen Befreiungsantrag stellen. Weiterhin sind auch beide Antragsmodelle (Erstattungs- und Vorauszahlungsmodell, siehe Standardprozessbeschreibung) anteilig in den ermittelten Einzelzeiten berücksichtigt worden. Die Medianwerte dieser Angaben sind in Tabelle 30 dargestellt.

Tabelle 30: Gesamtaufwand bei gesetzlichen Krankenkassen für die Bearbeitung des Antrags auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen für chronisch Kranke

Aktivität	Min. pro Fall
Schulung	1,0
Beratung	5,0
Sachbearbeitung	22,5
Interne Kommunikation	3,0
Externer Kontakt	2,8
Übermittlung	1,4
Gesamter Zeitaufwand	35,6
Sachkosten	EUR pro Fall
Kopie/Porto	1,6

Die meiste Zeit (22,5 Minuten) fällt für die Sachbearbeitung an. Darüber hinaus fallen vor allem bei Erstantragstellerinnen bzw. bei Erstantragsstellern Beratungszeiten an. Ruft bspw. eine Bürgerin oder ein Bürger bei der Krankenkasse an, um ein Formular anzufordern, wird dieses Gespräch zugleich mit einer Beratung verknüpft. Dabei werden relevante Informationen zum Verfahrensablauf im Vorfeld der Antragstellung weitergegeben und es wird auf grundsätzliche Voraussetzungen der Leistungsbeurteilung, z. B. das Vorlegen von personalisierten Originalbelegen, hingewiesen. Die Beratungszeit beläuft sich im Mittel auf fünf Minuten. Im Rahmen der Bearbeitung nimmt der interne Austausch mit Kolleginnen bzw. Kollegen, der sich i. d. R. auf den Umgang mit bestimmten Einkommensarten bezieht, drei Minuten ein. Auch fällt im Zuge der Antragsbearbeitung Zeit für Gespräche mit der Antragstellerin bzw. dem Antragsteller an. Dabei werden bspw. Fragen geklärt, die sich aus unvollständigen Zahlungsanweisungen oder fehlenden Nachweisen ergeben. Diese kommen insbesondere vor, wenn auf die Beratung im Vorfeld verzichtet wurde.

Ggf. Bescheinigung über das Vorliegen einer chronischen Erkrankung durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt

Ist für den Nachweis über das Vorliegen einer chronischen Erkrankung eine ärztliche Bescheinigung erforderlich, so entsteht der Ärztin bzw. dem Arzt und ihrer bzw. seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein Aufwand von rund elf Minuten (Tabelle 31).

Tabelle 31: Zeitaufwand bei Arztpraxen für die Ausstellung der Bescheinigung über das Vorliegen einer chronischen Erkrankung

Aktivität	Min. pro Fall
Beratung	5,0
Sachbearbeitung	2,0
Interne Kommunikation	1,0
Ausfüllen von Formularen	2,5
Gesamter Zeitaufwand	10,5

Etwa die Hälfte des Zeitaufwands in der Arztpraxis entfällt auf die Beratung der (Erst-)Antragstellerin bzw. des (Erst-)Antragstellers. Der restliche Zeitaufwand entsteht durch Arbeiten im Zusammenhang mit dem Ausstellen der Bescheinigung.

7.4 Technische Unterstützung

Pflegebedürftigkeit oder eine chronische Krankheit verändern den Alltag der Betroffenen erheblich. Um in dieser Lebenssituation den Alltag zu bewältigen, werden je nach Grad der Einschränkungen Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel, wie z. B. spezielle Pflegebetten aber auch Verbrauchsmaterialien wie Inkontinenzunterlagen zum einmaligen Gebrauch benötigt. Entscheiden sich die Betroffenen dafür, in der eigenen Wohnung zu verbleiben, können bauliche Veränderungen notwendig werden, die sog. wohnumfeldverbessernde Maßnahmen. Sowohl für benötigte Einrichtungsgegenstände als auch für die notwendige Umgestaltung des Wohnumfeldes können Unterstützungsleistungen gewährt werden.

Für Bürgerinnen und Bürger stellt innerhalb der Antragsgruppe „Technische Unterstützung“ die Beantragung eines Zuschusses für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen mit 191 Minuten (Tabelle 33 auf S. 86) das zeitaufwändigste Verfahren dar.

Mit rund 69 Mio. Euro jährlich nimmt diese Antragsgruppe 15 Prozent des im Projekt ermittelten Erfüllungsaufwands für Wirtschaft und Verwaltung ein. Dabei entfällt mit rund 58 Mio. Euro der Großteil dieser Belastung auf die Bearbeitung von Hilfsmittelanträgen (Tabelle 32). Es ist zu beachten, dass die Gesamtkosten der Hilfsmittelanträge von der Fallzahl abhängen. Während die Fallzahl der gestellten Anträge auf Versorgung mit Pflegehilfsmittel und auf einen Zuschuss für Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes ausschließlich Anträge von Pflegebedürftigen beinhaltet, sind bei Hilfsmitteln der Krankenversicherung neben Folgeverordnungen auch diejenigen Anträge in die Berechnung eingegangen, die von Bedürftigen ohne anerkannte Pflegestufe gestellt werden.²⁴ Damit geht die Fallzahl dieses Antragsverfahrens über die Lebenslage hinaus.

²⁴ Es konnte keine Fallzahl ermittelt werden, wie viele Pflegebedürftige im Alter von 65 und älter Anträge auf Hilfsmittel stellen.

Tabelle 32: Kosten der Antragsgruppe „Technische Unterstützung“

Antragsverfahren	Fallzahl in 1.000	Kosten in 1.000 EUR		
		Gesamt	Verwaltung	Wirtschaft
Hilfsmittel	3.234	57.843 (13,0%)*	40.531 (15,0%)	17.313 (10,0%)
Pflegehilfsmittel	771	10.178 (2,0%)	8.422 (3,0%)	1.756 (1,0%)
Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes	9	513 (0,11%)	437 (0,16%)	76 (0,04%)
Erfüllungsaufwand der Antragsgruppe	x	68.534 (15,25%)	49.390 (17,77%)	19.145 (11,17%)
Gesamter Erfüllungsaufwand der elf untersuchten Verfahren	x	449.289 (100%)	277.895 (100%)	171.394 (100%)

* Die Prozentangaben geben den jeweiligen Anteil an dem ermittelten Erfüllungsaufwand der zehn ausgewählten Antragsverfahren sowie dem Verfahren zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers auf Anregung wieder. Vgl. hierzu Kapitel 6.

7.4.1 Antrag auf Hilfs- und Pflegehilfsmittel

Standardprozessbeschreibung

Die Versorgung mit Hilfsmitteln ist eine Leistung, die von gesetzlichen Krankenkassen erbracht wird. Die Versorgung mit bspw. Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln soll den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern bzw. einer drohenden Behinderung vorbeugen oder sie ausgleichen. Daneben besteht ein Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln im Rahmen von medizinischen Vorsorgeleistungen. Es wird zwischen zum Verbrauch bestimmten und technischen Hilfsmitteln unterschieden. Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel können aufgrund ihrer Beschaffenheit, ihres Materials oder aus hygienischen Gründen nur einmal ununterbrochen benutzt werden, wie z. B. Einlagen gegen Inkontinenz. Technische Hilfsmittel sind hingegen mehrmals, auch von verschiedenen Personen, benutzbar, so dass auch eine leihweise Bereitstellung eines technischen Hilfsmittels durch die Krankenversicherung möglich ist. Hierzu gehören bspw. Rollstühle und Gehhilfen. Der Beantragung beider Hilfsmittelarten geht in der Praxis i. d. R. ein Arztbesuch²⁵ und damit eine ärztliche Begutachtung voraus.

Von den Hilfsmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung sind Pflegehilfsmittel als Leistung der Pflegeversicherung zu unterscheiden. Pflegehilfsmittel dienen der Erleichterung der Pflege, der selbstständigen Lebensführung oder Beschwerdelinderung der Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld.

²⁵ „Kein Anspruchserfordernis ist das Vorliegen einer vertragsärztlichen Versorgung [...]. Deren Fehlen schließt den Leistungsanspruch auf ein Hilfsmittel nicht aus, sofern es im Einzelfall zur Erreichung eines der Behandlungsziele erforderlich ist [...], ebenso wie es umgekehrt nicht genügt, dass ein Vertragsarzt ein Hilfsmittel verordnet hat, wenn es an der Erforderlichkeit fehlt [...].“ Ulrich Becker/Thorsten Kingreen, *SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung*, München 2010, S. 261.

Auch bei Pflegehilfsmitteln ist zwischen zum Verbrauch bestimmten und technischen Pflegehilfsmitteln zu unterscheiden. Die Kriterien der Differenzierung entsprechen überwiegend denen der Hilfsmittel der Krankenversicherung. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind bspw. Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel oder Schutzschürzen. Zu technischen Pflegehilfsmitteln zählen z. B. Badeshilfen, Mobilitätshilfen oder Ess- und Trinkhilfen. Die Beantragung von Pflegehilfsmitteln der Pflegeversicherung sieht keine Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung vor. Sie werden direkt bei der Pflegekasse/dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen beantragt. Bei den zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln übernimmt die Pflegekasse/das private Pflegeversicherungsunternehmen Kosten bis zu 31 Euro²⁶ pro Monat. Technische Pflegehilfsmittel werden entweder leihweise bereitgestellt oder unter anteiliger Selbstbeteiligung der Antragstellerin bzw. des Antragstellers übernommen.

Das Antragsverfahren setzt sich aus folgenden Abschnitten zusammen:

- Beantragung und Beschaffung des Hilfsmittels bzw. des Pflegehilfsmittels
- Verordnung des Hilfsmittels durch die Ärztin bzw. den Arzt
- Antragsbearbeitung
- Sachbearbeitung durch MDK/MEDICPROOF bei technischen Pflegehilfsmitteln

Abbildung 4 stellt den Standardprozessablauf des Antragsverfahrens auf Versorgung mit Hilfsmitteln der Krankenversicherung dar.

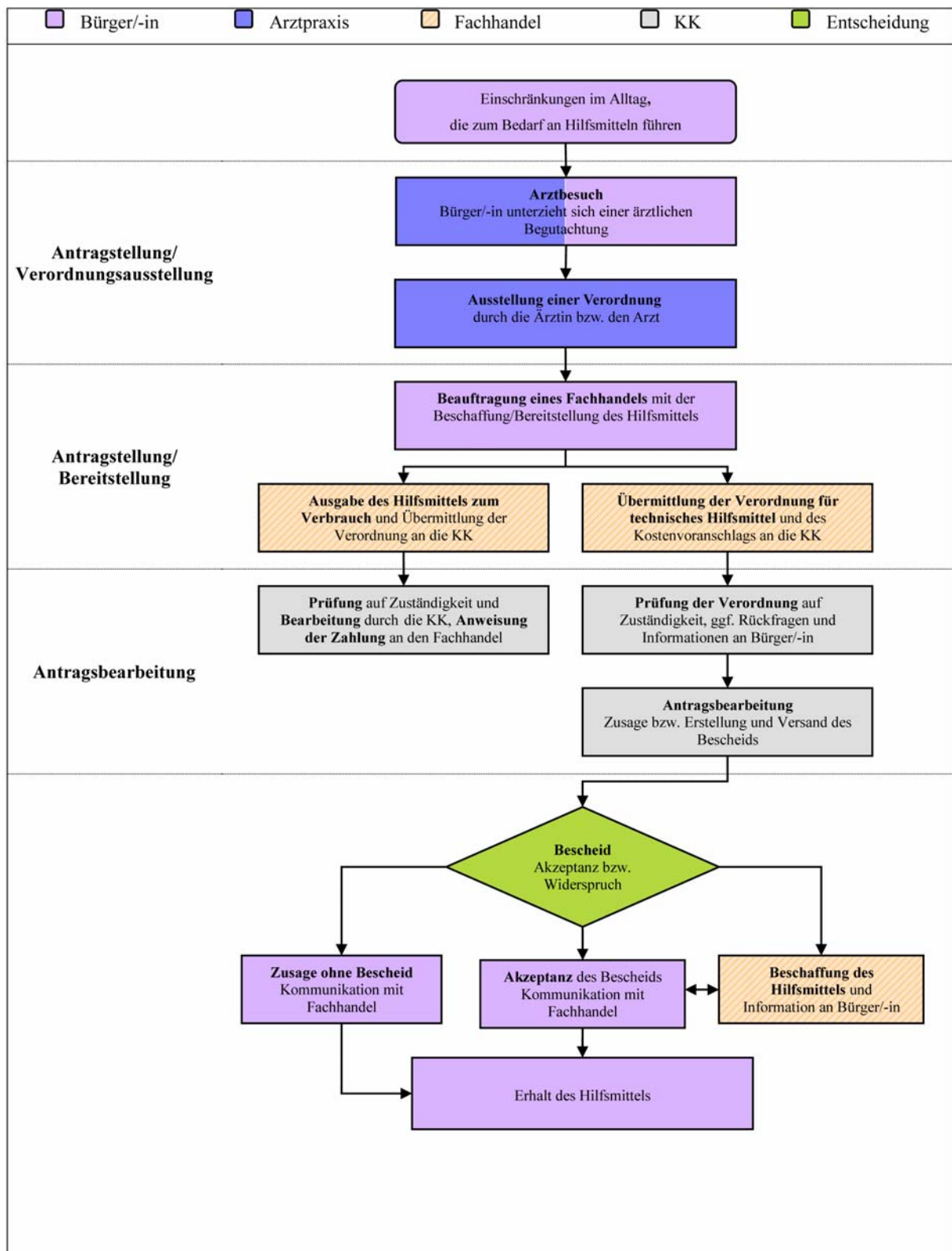
Beantragung und Beschaffung des Hilfsmittels bzw. des Pflegehilfsmittels

Wird die Versorgung mit einem Hilfsmittel der Krankenversicherung beantragt, muss die bzw. der Pflegebedürftige im Rahmen der Antragstellung i. d. R. einen Arzttermin arrangieren (Arztpraxisbesuch oder ggf. ärztlicher Hausbesuch). Stellt die Ärztin bzw. der Arzt im Rahmen der medizinischen Untersuchung fest, dass ein Hilfsmittel notwendig ist, stellt sie bzw. er für die bedürftige Person nach vorheriger Beratung eine entsprechende Verordnung aus. Diese Verordnung ist von der betroffenen Person bei einer Apotheke, einem Sanitätshaus oder einem Fachhandel abzugeben und auf der Rückseite mit Datum und Unterschrift als Empfangsbestätigung zu versehen. Je nach Produkt erhält die bzw. der Betroffene das entsprechende Hilfsmittel unmittelbar ausgehändigt oder sie bzw. er wird darüber informiert, dass der Leistungserbringer vor der Versorgung einen Kostenvoranschlag zwecks Notwendigkeitsprüfung und zwecks Klärung der Versorgungsausgestaltung an die Krankenkasse übersendet.

Im Rahmen der Antragsbearbeitung können von der Krankenkasse u. U. Rückfragen an die Antragstellerin bzw. den Antragsteller gestellt oder Informationen, z. B. über aufzahlungsfreie Alternativen, weitergeleitet werden. Nach Abschluss der Bearbeitung erhält die betroffene Person im letztgenannten Fall einen Bescheid von der Krankenkasse.

²⁶ Bei den 31 Euro, die die Pflegekasse/das Pflegeversicherungsunternehmen monatlich für zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel übernimmt, handelt es sich um eine festgelegte Höchstgrenze gem. § 40 Abs. 2 SGB XI.

Abbildung 4: Standardprozessablauf – Antrag auf Hilfsmittel



Für die Beantragung eines Pflegehilfsmittels benötigt die Antragstellerin bzw. der Antragsteller ein entsprechendes Antragsformular. Dieses kann bei der Pflegekasse/dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen angefordert werden. Manche Beratungsinstitutionen bieten auch Musterformulare auf ihrer Homepage zum Herunterladen und Ausdrucken an. Alternativ genügt auch eine formlose An-

tragstellung, wobei die Angaben sich in Anlehnung an Antragsformulare der Pflegekasse/des privaten Pflegeversicherungsunternehmens an nachfolgender Auflistung ausrichten sollten:

- Name, Geburtsdatum, Anschrift und Versichertennummer
- Angabe zum benötigten Pflegehilfsmittel
- Datum und Unterschrift der Antragstellerin bzw. des Antragstellers

Ein Vorabkontakt zur Pflegekasse bzw. zum privaten Pflegeversicherungsunternehmen ist empfehlenswert, da in diesem Kontext sowohl ein Beratungsgespräch als auch ein Antragsformularversand stattfinden kann, aber auch eine Information über ggf. notwendige Kostenvoranschläge erfolgt. Weiterhin kann es im Rahmen des Antragsverfahrens zu einer zusätzlichen Begutachtung durch den MDK/MEDICPROOF kommen, an der die pflegebedürftige Antragstellerin bzw. der pflegebedürftige Antragsteller teilnehmen muss.

Verordnung des Hilfsmittels durch die Ärztin bzw. den Arzt

Bei der Ausstellung einer Verordnung für ein Hilfsmittel muss die Ärztin bzw. der Arzt im Vorfeld prüfen, ob dieses die gesetzlichen Voraussetzungen wie Sicherung des Erfolgs einer Krankenbehandlung oder Ausgleich/Vorbeugung einer Behinderung für die Verschreibung erfüllt. Liegen diese vor, wird der bzw. die Versicherte entsprechend beraten. Ist aus medizinischer Sicht die Versorgung mit einem Hilfsmittel angebracht, sind von der Ärztin bzw. dem Arzt auf einem hierfür bestimmten einheitlichen Verordnungsvordruck diverse Informationen (Patientendaten, Hilfsmittelangaben, Diagnose) anzugeben. Weitere Angaben auf dem Vordruck werden von dem Leistungserbringer vorgenommen.

Handelt es sich um ein Pflegehilfsmittel, klärt die Ärztin bzw. der Arzt die pflegebedürftige Person über die jeweiligen Besonderheiten der Antragstellung auf.

Antragsbearbeitung

Nach Erhalt des Antrags auf ein Hilfsmittel (überwiegend auf elektronischem Wege über den Leistungserbringer), ggf. inklusive zugehöriger Kostenvoranschläge oder Rechnungen, findet bei der Krankenkasse eine Antragsbearbeitung statt. Grundsätzlich ist anzumerken, dass es innerhalb von Kranken- bzw. Pflegekassen Unterschiede in der Bearbeitungsorganisation von (Pflege-) Hilfsmittelanträgen gibt. Es gibt Kassen, die die Bearbeitung beider Produktgruppen zentralisiert haben und diese in sog. Hilfsmittelkompetenzzentren durchführen. Beide Antrags- bzw. Verordnungsarten gehen hier ein. Die Versorgungsentscheidung mit Produkten, bei denen eine Zuordnung der Kostenträgerschaft (Krankenversicherung vs. Pflegeversicherung) individuell zu prüfen ist, können bereits hier bearbeitet werden. Die Bewilligung eines Pflegehilfsmittels ist an eine schriftliche Dokumentation der Entscheidungsbegründung unter vorherigem Einbezug einer Pflegefachkraft oder des MDK gebunden. Die Dokumentation dient als Nachweis bei möglichen Prüfungen durch das Bundesversicherungsamt.

Andere Kassen organisieren die Bearbeitung entsprechend dem gestellten Antrag. Wird ein Antrag auf ein Pflegehilfsmittel gestellt, so geht dieser bei der Pflegekasse/dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen ein. Zur Klärung der Kostenträgerschaft muss dieser zunächst an ein Hilfsmittelzentrum übermittelt werden. Hier wird geprüft, ob Ansprüche an die Krankenkasse/ein privates Krankenversicherungsunternehmen tangiert sind. Ist dies der Fall, verbleibt die Bearbeitung beim Hilfsmittelzentrum. Andernfalls wird der Antrag zur weiteren Bearbeitung an die Pflegekasse/das private Pflegeversicherungsunternehmen zurück übermittelt.

Nach Antragseingang findet zunächst eine elektronische Eingabe statt. Die Krankenkassen/private Krankenversicherungsunternehmen haben interne *Bagatellgrenzen*, bis zu denen sie die Kosten der Verordnungen ohne weitere Prüfung übernehmen. Gleiches gilt für Anträge auf Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln bis zu 31 Euro pro Monat. Überschreitet ein Hilfsmittel diese Grenze, findet eine Prüfung der Kostenzuständigkeit statt und ggf. eine Einbindung des MDK/MEDICPROOF zwecks Prüfung der Zielerfüllung und/oder Notwendigkeit des Produkts (siehe oben).

Handelt es sich um ein Pflegehilfsmittel, so wird die Anspruchsberechtigung zunächst durch die Auswertung des Pflegegutachtens überprüft bzw. ein Begutachtungsdienst mit der Prüfung beauftragt. Weiterhin führt die Sachbearbeiterin bzw. der Sachbearbeiter eine Preisrecherche durch und prüft damit die Wirtschaftlichkeit des gewählten Hilfsmittels. In Rahmen der Bearbeitung kann es zu telefonischen Rücksprachen mit Leistungserbringern, der Antragstellerin bzw. dem Antragsteller oder der verordnenden Ärztin bzw. dem verordnenden Arzt kommen. Nach getroffener Entscheidung wird ein Genehmigungs- oder Ablehnungsschreiben verfasst und der Antragstellerin bzw. dem Antragsteller übermittelt. Handelt es sich um eine leihweise Versorgung mit dem beantragten (Pflege-)Hilfsmittel, wird diese Besonderheit im Schreiben aufgenommen. Je nach Pflegekasse/privatem Pflegeversicherungsunternehmen wird bei bewilligten Pflegehilfsmitteln eine individuelle Entscheidungsbegründung angefertigt, unterschrieben und archiviert.

Sachbearbeitung durch MDK/MEDICPROOF bei technischen Pflegehilfsmitteln

Vor allem bei technischen Pflegehilfsmitteln (z. B. einem Pflegebett) ist eine positive Entscheidung über die beantragte Versorgung an eine Empfehlung des Begutachtungsdienstes gebunden. Ist eine entsprechende Empfehlung im Gutachten, welches im Rahmen einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegestufe an die Pflegekasse/das private Pflegeversicherungsunternehmen übermittelt wurde, zeitlich nicht mehr aktuell oder nicht ausreichend, erfolgt eine erneute Beauftragung des MDK/MEDICPROOF. Der Begutachtungsdienst erstellt unter Zuhilfenahme vorhandener Unterlagen oder nach Durchführung eines Hausbesuchs eine Stellungnahme und übermittelt diese der auftraggebenden Kasse bzw. dem auftraggebendem Versicherungsunternehmen (vgl. Grundantrag). Eine Einbindung findet jedoch auch zwecks Zuordnung der Kostenträgerschaft (Krankenversicherung vs. Pflegeversicherung) für ein Pflegehilfsmittel statt (siehe unten).

ErfüllungsaufwandBeantragung und Beschaffung des Hilfsmittels bzw. des Pflegehilfsmittels

Wie in der Prozessbeschreibung dargestellt, sind vor allem bei technischen Hilfsmitteln verschiedene Modalitäten zu beachten (leihweise Versorgung, Anspruchsberechtigung auf kostengünstigere Alternativen, Zuweisung der Kostenträgerschaft). Dies wirkt sich auf intensivere Kommunikation zwischen Antragstellerin bzw. Antragsteller und Verfahrensbeteiligten im laufenden Verfahren aus. Der Zeitaufwand bei der Antragstellerin bzw. beim Antragsteller beläuft sich bei dieser Aktivität auf 10 Minuten, während sie bei anderen Hilfsmittelarten im Mittel nicht anfällt (siehe Tabelle 33).

Tabelle 33: Gesamtaufwand für die Bürgerinnen und Bürger beim Beantragen und Beschaffen eines Pflege-/ Hilfsmittels

Aktivität	Zum Verbrauch bestimmtes Hilfsmittel	Technisches Hilfsmittel	Zum Verbrauch bestimmtes Pflegehilfsmittel	Technisches Pflegehilfsmittel
	Min. pro Fall			
Einarbeitung/ Beratung	5,0	5,0	-	-
Datenbeschaffung/ Datenaufbereitung	15,0	10,0	10,0	10,0
Externer Kontakt	-	10,0	-	-
Übermittlung	-	-	-	3,0
Wartezeit	-	-	-	15,0
Gesamter Zeitaufwand	20,0	25,0	10,0	28,0
Sachkosten	EUR pro Fall			
Wegekosten	1,5	1,2	0,2	1,4

Innerhalb der Anträge auf Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel stellt die Beantragung eines technischen Pflegehilfsmittels mit 28 Minuten das zeitintensivste Verfahren für die Antragstellerin bzw. den Antragsteller dar. Über die Hälfte der Gesamtzeit entfällt dabei auf die Wartezeit in Sanitätshäusern. Die Bürgerin bzw. der Bürger ist teilweise verpflichtet, Kostenvoranschläge für das benötigte Pflegehilfsmittel bei der Pflegekasse/dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen einzureichen und muss dazu ein Sanitätshaus aufsuchen. Für die Übermittlung des Kostenvoranschlags werden dann drei Minuten benötigt.

Auffällig ist, dass die Beantragung von zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln doppelt so viel Zeit erfordert wie die Beantragung von zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln (20 vs. 10 Minuten). Ein Grund hierfür könnte die Beschaffung der ärztlichen Verordnung sein, die bei der Beantragung von zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln i. d. R. anfällt, während die Beantragung von zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln ohne die Einbindung der Ärztin bzw. des Arztes erfolgt.

Verordnung des Hilfsmittels durch die Ärztin bzw. den Arzt

Der zeitliche Aufwand, der in einer Arztpraxis durch eine Hilfsmittelverordnung anfällt, ist in Tabelle 34 dargestellt. Zu beachten ist dabei, dass die ermittelten Zeiten sich auf die Ausstellung einer Erstverordnung beziehen. Bei Folgeverordnung kann die Beratung der Antragstellerin bzw. des Antragstellers aufgrund der Verfahrenkenntnis entfallen.

Tabelle 34: Zeitaufwand in Arztpraxen für die Verordnung eines Hilfsmittels

Aktivität	Min. pro Fall
Beratung	5,0
Sachbearbeitung	1,5
Interne Kommunikation	2,0
Ausfüllen von Formularen	2,0
Übermittlung	0,5
Gesamter Zeitaufwand	11,0

Antragsbearbeitung

Die Bearbeitungszeiten, die innerhalb gesetzlicher Krankenkassen im Rahmen der Bearbeitung von Anträgen auf Hilfsmittel entstehen, sind in Tabelle 35 dargestellt. Bei der Ermittlung der Zeiten wurden sowohl die Komplexität der Anträge als auch deren entsprechende relative Häufigkeit berücksichtigt. Weiterhin ist zu beachten, dass für die Bearbeitung in der Verwaltung nicht nach Verbrauchshilfsmitteln und technischen Hilfsmitteln differenziert wurde. Wie oben beschrieben gibt es bei den gesetzlichen Krankenkassen unterschiedliche Organisationsstrukturen, so dass im Bereich der Hilfsmittel nicht immer eine Trennung nach Produktarten vorgenommen werden konnte, sondern stattdessen nach dem Komplexitätsgrad differenziert wurde. Um die verschiedenen Antwortmuster einheitlich darzustellen, wurden die nach Produktart (zum Verbrauch vs. technisch) unterschiedenen Einzelangaben ins Verhältnis zur relativen Häufigkeit der jährlichen Anträge gesetzt und zu einer Einzelzeit zusammengefasst. Insgesamt entsteht ein Zeitaufwand von 18,5 Minuten. Zwei Drittel der Zeit wird für die Sachbearbeitung und die Kommunikation mit Externen (z. B. Sanitätshäusern, Antragstellerinnen bzw. Antragstellern) aufgewendet.

Tabelle 35: Gesamtaufwand bei gesetzlichen Krankenkassen für die Bearbeitung des Antrags auf Hilfsmittel

Aktivität	Min. pro Fall
Schulung	1,0
Beratung	3,0
Sachbearbeitung	7,5
Interne Kommunikation	1,0
Externer Kontakt	5,0
Übermittlung	1,0
Gesamter Zeitaufwand	18,5
Sachkosten	EUR pro Fall
Kopie/Porto	1,6

Die Aufwände, die Pflegekassen/privaten Pflegeversicherungsunternehmen im Rahmen der Bearbeitung von Anträgen auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln entstehen, sind in Tabelle 36 dargestellt.

Tabelle 36: Gesamtaufwand bei gesetzlichen Pflegekassen/ privaten Pflegeversicherungsunternehmen für die Bearbeitung des Antrags auf Pflegehilfsmittel

Aktivität	Privates Pflegeversicherungsunternehmen		Gesetzliche Pflegekasse	
	Zum Verbrauch bestimmtes Pflegehilfsmittel	Technisches Pflegehilfsmittel	Zum Verbrauch bestimmtes Pflegehilfsmittel	Technisches Pflegehilfsmittel
	Min. pro Fall			
Schulung	-	0,5	-	0,8
Beratung	0,3	10,0	1,0	3,5
Sachbearbeitung	2,0	20,0	9,0	14,1
Interne Kommunikation	-	1,0	-	5,0
Externer Kontakt	0,2	4,0	2,0	5,0
Übermittlung	0,5	2,0	1,0	1,0
Gesamter Zeitaufwand	3,0	37,5	13,0	29,4
Sachkosten	EUR pro Fall			
Kopie/Porto	2,0	2,0	1,1	1,5

Die Differenz bei den Bearbeitungszeiten zwischen dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen (drei Minuten) und der gesetzlichen Pflegekasse (13 Minuten) im Bereich der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel ist auf die Befolgung der Vorgaben des Bundesversicherungsamtes zurückzuführen. Wie in der Standardprozessbeschreibung bereits beschrieben müssen gesetzliche Pflegekassen die Bewilligung eines Pflegehilfsmittels ausführlich begründen und dokumentieren, damit im Falle einer Prüfung durch das Bundesversicherungsamt die Entscheidung hinreichend nachvollziehbar ist.

Bei privaten Pflegeversicherungsunternehmen nimmt die Beratungstätigkeit im Zusammenhang mit Anträgen auf technische Pflegehilfsmittel zehn Minuten ein. Bei diesem Beratungsaufwand spielt u. a. der Pflegehilfsmittelkatalog eine Rolle, der teilweise von dem Katalog der gesetzlichen Pflegeversicherung abweicht. Er enthält u. a. (Pflege-)Hilfsmittel, die bei gesetzlich Versicherten überwiegend durch die Krankenkasse getragen werden. Dies ist der privat versicherten Antragstellerin bzw. dem privat versicherten Antragsteller oft nicht bekannt.

Anmerkung einer Mitarbeiterin eines privaten Pflegeversicherungsunternehmens

„Es gibt regelmäßig Diskrepanzen zwischen den im privaten Pflegeversicherungsvertrag enthaltenen Hilfsmitteln und den Hilfsmitteln, die z. B. die Ärztin bzw. der Arzt für notwendig erachtet. Dieser Umstand führt zu hohem Beratungsbedarf.“

Sachbearbeitung durch MDK/MEDICPROOF bei technischen Pflegehilfsmitteln

Die zeitlichen und finanziellen Aufwände, die den Begutachtungsdiensten während einer Notwendigkeitsprüfung im Rahmen der Beantragung eines technischen Pflegehilfsmittels entstehen, können Tabelle 37 entnommen werden.

Tabelle 37: Gesamtaufwand bei Begutachtungsdiensten für die Bearbeitung von Anträgen auf technische Pflegehilfsmittel

Aktivität	MEDICPROOF	MDK
	Min. pro Fall	
Schulung	-	0,5
Sachbearbeitung	20,0	17,3
Begutachtung	-	22,6
Interne Kommunikation	2,0	0,9
Externer Kontakt	5,0	1,8
Übermittlung	3,0	1,5
Gesamter Zeitaufwand	30,0	44,5
Sachkosten	EUR pro Fall	
Externe Bearbeitung	63	0
Anschaffung	0	0,3
Kopie/Porto	0	0,4
Gesamter Sachaufwand	63	0,7

Wie auch bei anderen Verfahren, an denen der MDK/MEDICPROOF beteiligt ist, wurden beim MDK Begutachtungszeiten ausgewiesen, die einer Gutachterin oder einem Gutachter durch Aktenlagenentscheidung oder einem Vor-Ort-Besuch entstehen, während bei MEDICPROOF stattdessen Kosten für externe Bearbeitung angegeben wurden.

Zur Häufigkeit der Beteiligung eines Begutachtungsdienstes am Verfahren ist festzuhalten, dass in 90 Prozent der Fälle private Pflegeversicherungsunternehmen die Anträge zur Bearbeitung an MEDICPROOF weiterleiten. In diesen Fällen wird dann immer eine externe Gutachterin bzw. ein externer Gutachter beauftragt. Bei gesetzlichen Pflegekassen findet eine Weiterleitung in ca. fünf Prozent der Fälle statt. Eine Einbindung des MDK dient hier vor allem der Entscheidung, ob das technische Pflegehilfsmittel zu Lasten der Krankenversicherung oder zu Lasten der Pflegeversicherung genehmigt wird.

7.4.2 Antrag auf einen Zuschuss für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Standardprozessbeschreibung

Wird eine pflegebedürftige Person zu Hause gepflegt und sind zur Gewährleistung einer adäquaten Pflege Umbaumaßnahmen notwendig, kann bei der Pflegekasse/dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen eine (Teil-) Kostenerstattung für die wohnumfeldverbessernden Maßnahmen beantragt werden. Die Höhe der finanziellen Unterstützung bzw. die daraus resultierende Höhe der Eigenbeteiligung²⁷ richtet sich nach den Umbaukosten und dem monatlichen Bruttoeinkommen der Antragstellerin bzw. des Antragstellers. Grundsätzlich wird ein Zuschuss von höchstens 2.557 Euro pro einzelne Maßnahme von der Pflegekasse gewährt, auch wenn diese aus mehreren Umbauschritten bestehen sollte. Sind mehrere Umbautätigkeiten notwendig, so wird das gesamte Maßnahmenpaket nur bis zur genannten Höhe bezuschusst. Ist der Umfang der Zuschüsse aufgebraucht, sind darüber hinausgehende Kosten von der Antragstellerin bzw. vom Antragsteller zu tragen. Der Anspruch auf Zuschüsse für weitere Maßnahmen ist an eine Veränderung des Hilfebedarfs und eine erneute Antragstellung gebunden.

Das Antragsverfahren setzt sich aus bis zu drei Verfahrensabschnitten zusammen:

- Antragstellung
- Antragsbearbeitung
- ggf. Begutachtung durch MDK/MEDICPROOF

Der Ablauf des Antragsverfahrens ist für gesetzlich und privat versicherte Antragstellerinnen bzw. Antragsteller gleich.

²⁷ Generell trägt die bzw. der Pflegebedürftige als Eigenanteil zehn Prozent der Kosten, höchstens jedoch 50 Prozent seiner monatlichen Bruttoeinnahmen (dazu gehören Einnahmen zum Lebensunterhalt, auch Renten/Pensionen, Sonderzahlungen etc.). Anders als beim Antrag auf Hilfe zur Pflege (vgl. hierzu Kapitel 7.3.1 auf S. 61 ff.) werden bei der Berechnung des Eigenanteils für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen die Einkünfte von Familienangehörigen nicht angerechnet. Hat die/der Pflegebedürftige keine eigenen Einnahmen, entfällt der Eigenanteil.

Antragstellung

Die Notwendigkeit von Wohnumfeldverbesserungen wird bereits im Rahmen des Grundantrags während der Begutachtung durch den MDK/MEDICPROOF im Gutachten als Empfehlung inkl. Begründung vermerkt. Liegt zwischen der Begutachtung und der Antragstellung auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen ein längerer Zeitraum²⁸, muss u. U. eine erneute Begutachtung durchgeführt werden (vgl. Kapitel 7.2.1, S. 42 ff.). Eine solche Begutachtung findet i. d. R. auch statt, wenn ein Antrag auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen gestellt wird, ohne dass dies im Pflegestufengutachten empfohlen wurde.

Zwar ist eine Genehmigung einer wohnumfeldverbessernden Maßnahme vor Umbaubeginn gesetzlich nicht vorgeschrieben, dennoch ist es empfehlenswert, sich vorher telefonisch oder vor Ort in einer Geschäftsstelle der Pflegekasse/des privaten Pflegeversicherungsunternehmens beraten zu lassen und eine Antragsgenehmigung abzuwarten. Dadurch kann einerseits im Vorfeld geklärt werden, ob die geplante Maßnahme die Kriterien (Kostenträgerzuständigkeit, Notwendigkeit, Budget) für eine Zuschussbewilligung erfüllt, und andererseits der Umfang der Eigenbelastung vor Umbaubeginn eingeschätzt werden. Nach bereits erfolgtem Umbau ist unter Umständen der Nachweis einer Notwendigkeit nicht mehr zu erbringen, so dass keine Kostenerstattung erfolgen kann.

Das Antragsformular, das bei der Pflegekasse/dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen angefordert werden kann – dieses ist i. d. R. nicht auf der Webseite verfügbar – ist durch die Pflegebedürftige bzw. den Pflegebedürftigen auszufüllen und zusammen mit einem oder, falls gefordert, auch mehreren Kostenvoranschlägen für die geplante Umbaumaßnahme an die Pflegekasse/das private Pflegeversicherungsunternehmen zu übermitteln. Grundsätzlich ist eine Antragstellung auch formlos schriftlich möglich, der Kostenträger kann jedoch in diesem Fall auf die Nachreichung des Antragsformulars bestehen.

Je nach Pflegekasse/privatem Pflegeversicherungsunternehmen sind auf dem Antrag folgende Angaben zu tätigen:

- Name, Anschrift, Geburtsdatum und Versichertennummer der Antragstellerin bzw. des Antragstellers
- Begründung der Notwendigkeit der Maßnahme
- Bezeichnung der Maßnahme, für die ein Zuschuss beantragt wird
- voraussichtliche Gesamtkosten
- für die Durchführung der Maßnahme zuständige Person bzw. zuständiger Betrieb
- Angabe über ggf. weitere Pflegebedürftige, die das Wohnumfeld nutzen inkl. Name, Geburtsdatum und zuständiger Krankenkasse/Krankenversicherung dieser Person

²⁸ Die Definition des Zeitraums, der eine erneute Einbindung von MDK/MEDICPROOF erfordert, obliegt der Ermessensentscheidung der zuständigen Pflegekasse/des privaten Pflegeversicherungsunternehmens.

- Angaben über bereits erhaltene Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes
- Angaben über Einkünfte, die mit entsprechenden Nachweisen zu belegen sind
- ggf. weitere Kostenträger, die vergleichbare Leistungen erbringen
- Datum und Unterschrift des Versicherten

Je nach Pflegekasse/privatem Pflegeversicherungsunternehmen enthält das Formular eine Einverständniserklärung über die Entbindung der Schweigepflicht für behandelnde Ärztinnen bzw. Ärzte, für den Fall, dass im Rahmen der Antragsbearbeitung der MDK/MEDICPROOF mit einer Befunddokumentation oder Begutachtung beauftragt werden muss. In einigen Fällen enthält das Formular Hinweise auf eigenverantwortliche Klärung der Antragstellerin bzw. des Antragstellers von mietrechtlichen Fragen oder Hinweise auf die Mitwirkungspflicht bei den Angaben nach dem ersten Sozialgesetzbuch.

Antragsbearbeitung bei der Pflegekasse/privatem Pflegeversicherungsunternehmen

Nach Antragseingang werden die Formularangaben in ein EDV-System übertragen. Vor der Bewilligung der Maßnahme muss geprüft werden, ob Anspruchsvoraussetzungen auf unterstützende Leistungen bestehen. Hierzu gehören neben der Versicherungszuständigkeit auch das Vorliegen der subsidiären Zuständigkeit²⁹. Außerdem gehören zu den Leistungsvoraussetzungen das Vorliegen einer von der Pflegekasse/dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen anerkannten Pflegestufe und ein noch zur Verfügung stehendes Budget (nach ggf. bereits bewilligten Zuschüssen aufgrund desselben Pflegebedarfs). Für die Maßnahme muss die Zielerreichung begründet werden. Mögliche Optionen sind:

- dass die Durchführung der häuslichen Pflege durch die Maßnahme überhaupt erst ermöglicht wird und andernfalls stationäre Pflege notwendig wäre,
- die häusliche Pflege erheblich erleichtert wird oder
- eine möglichst selbstständige Lebensführung der bzw. des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird.

Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen werden die Befunde aus dem letzten Gutachten des MDK/MEDICPROOF herangezogen, welches ggf. Empfehlungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes enthält (vgl. Kapitel 7.2.1). Sind die Voraussetzungen erfüllt und sind die Befunde des Gutachtens zeitlich aktuell, berechnet die Sachbearbeiterin bzw. der Sachbearbeiter auf Grundlage der eingereichten Kostenvoranschläge und der Einkommensinformationen die Höhe des Zuschusses. Wird ein Aktualisierungsbedarf des Pflegebefunds angenommen, wird im Rahmen der Antragsbearbeitung der MDK/MEDICPROOF schriftlich mit einer Begutachtung beauftragt und das entsprechende Gutachten der Entscheidung zugrunde gelegt. Ggf. finden telefonische Rücksprachen mit der Antragstellerin bzw. dem Antragsteller statt, um bspw. die Gründe für die Entscheidung zu erläutern. Die Entschei-

²⁹ Die Pflegeversicherung ist nur nachrangig für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen zuständig. In Abhängigkeit von der individuellen Situation der bzw. des Pflegebedürftigen (Ursache für die Pflegebedürftigkeit, Vorliegen einer Schwerbehinderung) sind z. B. Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung oder die Zuständigkeit der Integrationsämter denen der Pflegeversicherung vorzuziehen.

dung über die Gewährung und den Umfang der Zuzahlung wird verschriftlicht und postalisch an die Antragstellerin bzw. an den Antragsteller versendet. Sofern den Antragsunterlagen Originalbelege als Kostennachweise beigelegt wurden, werden diese wegen möglichen Garantieansprüchen an die Antragstellerin bzw. den Antragsteller zurückgeschickt.

Begutachtung durch MDK/MEDICPROOF

Nach Erhalt des Begutachtungsauftrags der Pflegekasse/des privaten Pflegeversicherungsunternehmens erfolgt beim MDK/MEDICPROOF analog zum Vorgehen beim Antrag auf Feststellung der Pflegestufe die Sichtung der Unterlagen und die Zuweisung des Auftrags an eine geeignete Gutachterin bzw. einen geeigneten Gutachter. Der Auftrag kann auf zwei Arten bearbeitet werden. Wurde innerhalb der letzten sechs Monate eine Vor-Ort-Begutachtung, z. B. im Rahmen eines Erstantrages zur Feststellung der Pflegestufe durchgeführt, kann die Begutachtung anhand der Aktenlage erfolgen und als Sozialmedizinische Stellungnahme abgeschlossen werden. Dieses Gutachtenäquivalent wird elektronisch oder postalisch an die zuständige Pflegekasse/das zuständige private Pflegeversicherungsunternehmen übermittelt. Anderenfalls wird eine erneute Begutachtung im Wohnbereich der Antragstellerin bzw. des Antragstellers durchgeführt. Bei MEDICPROOF ist dies der Regelfall. Während des Hausbesuchs werden bautechnische, medizinische und pflegerische Fragestellungen geklärt und der Umfang der notwendigen Maßnahmen festgestellt. Die Daten werden entsprechend dem verwendeten Begutachtungsfragebogen (Ankreuz- und Freitextfelder) vor Ort am Laptop erfasst, im Anschluss vervollständigt und an die auftraggebende Pflegekasse/das auftraggebende private Pflegeversicherungsunternehmen übermittelt (vgl. Kapitel 7.2.1).

Erfüllungsaufwand

Wie in der Ergebnisvorschau (Kapitel 6) dargestellt, verursacht dieser Antrag im Gesamtergebnis für die Normadressaten Wirtschaft und Verwaltung einen vergleichsweise niedrigen Aufwand. Dieses Ergebnis resultiert aus der vergleichsweise geringen Fallzahl von rund 9.000 Anträgen jährlich. Betrachtet man die Zeiten pro Fall, relativiert sich diese Sichtweise. Vor allem für die Bürgerin bzw. den Bürger gehört dieser Antrag mit einer Gesamtbearbeitungsdauer von 191 Minuten (rund 3 Stunden; siehe Tabelle 38) zu den zeitaufwändigen Verfahren.

Antragstellung**Tabelle 38: Aufwand für Bürgerinnen und Bürger beim Antrag auf einen Zuschuss für eine Maßnahme zur Verbesserung des Wohnumfeldes (inkl. Beschaffung eines Kostenvoranschlags)**

Aktivität	Min. pro Fall
Einarbeitung/ Beratung	15,0
Datenbeschaffung/Datenaufbereitung	120,0
Externer Kontakt	16,0
Ausfüllen von Formularen	30,0
Übermittlung	10,0
Gesamter Zeitaufwand	191,0
Sachkosten	EUR pro Fall
Kopie/Porto	1,2

Die Gesamtzeit von 191 Minuten wird von dem Aufwand für die Datenbeschaffung dominiert. Mit 120 Minuten ist dies die zweithöchste Zeit, die im Projekt für die Datenbeschaffung und -aufbereitung bei der Bürgerin bzw. beim Bürger ermittelt wurde. Sie lässt sich zum einen auf den Umstand zurückführen, dass das Antragsformular nicht ohne weiteres frei zugänglich ist und i. d. R. bei der Pflegekasse/dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen angefordert werden muss. Zum anderen erfordern die Beschaffung von zum Teil mehreren Kostenvoranschlägen, die Recherche zwecks Angaben über die die Umbaumaßnahme ausführende Stelle sowie Berechnungen anlässlich der anzugebenden Gesamtkostenabschätzung einen hohen zeitlichen Aufwand.

Bei diesem Verfahren wurde von allen befragten Normadressaten von mangelnder Information der Antragstellerin bzw. des Antragstellers über die Ausgestaltung der Leistungsansprüche berichtet. Dieser Informationsmangel könnte ein Grund für die vergleichsweise hohe Zeit des Formularausfüllens (30 Minuten) sein, da diese Tätigkeit mit erheblicher Unsicherheit verbunden sein kann. Sie wird aber auch durch die Verpflichtung zur erneuten Beantragung auf dem pflegekasseneigenen/pflegeversicherungseigenen Antragsformular nach ggf. bereits erfolgter formloser schriftlicher Beantragung bedingt. Auch der Kontakt mit dem Kostenträger im laufenden Verfahren (im Mittel 16 Minuten für externen Kontakt) deutet darauf hin, dass bei diesem Antrag Unklarheiten bestehen, die allein durch die schriftliche Erläuterung und Darlegung der Rahmenbedingungen auf dem Formular nicht beseitigt werden können.

Anmerkung eines Pflegebedürftigen

„Wir haben einen Antrag für eine Rollstuhlrampe gestellt und erhielten eine Zusage, dass die Kosten hierfür von der Pflegekasse übernommen werden. Als wir die Rechnung einreichten, wurde die Übernahme doch abgelehnt, da es sich um eine Rampe in den Gartenbereich handelte. Diese spezielle Information haben wir aus Unwissenheit in dem Antrag nicht angegeben. Der Antrag ist nicht verständlich genug und es fehlen eindeutige Informationen.“

Antragsbearbeitung

Bei diesem Antragsverfahren ist neben der Zeit für die Sachbearbeitung vor allem die Beratungstätigkeit hoch. Abgesehen von dem Grundantrag erfordert dieses Verfahren bei gesetzlichen Pflegekassen mit rund neun Minuten den höchsten Beratungsaufwand (siehe Tabelle 39). Bei privaten Pflegeversicherungsunternehmen ist es der zweithöchste Beratungsaufwand, wenn man den Grundantrag nicht berücksichtigt. In den Befragungen wurde berichtet, dass es immer wieder zu Gesprächen mit Versicherten kommt. Beratungsgegenstand ist dabei überwiegend der Tatbestand der Folgebeantragung einer Maßnahme bei unverändertem Pflegebedarf.

Anmerkung einer Mitarbeiterin eines privaten Pflegeversicherungsunternehmens

„Ein Pflegebedürftiger ist Rollstuhlfahrer und beantragt eine Türverbreiterung, die bewilligt wird. Ein paar Wochen später beantragt er tiefer hängende Küchenschränke. Dieser Leistung liegt derselbe Pflegebedarf zugrunde, der aus der Rollstuhl-Situation resultiert, so dass sie nicht bewilligt wird. Die gesplittete Beantragung bei unverändertem Pflegebedarf darf *in der Summe die* Höchstgrenzen für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nicht überschreiten. Diese Bestimmung ist dem Versicherten oft nicht klar und führt zu intensiven Beratungsgesprächen.“

Insgesamt betrachtet gibt es keine auffälligen Unterschiede in den Bearbeitungszeiten der gesetzlichen Pflegekassen und den privaten Pflegeversicherungsunternehmen.

Tabelle 39: Aufwand bei gesetzlichen Pflegekassen/privaten Pflegeversicherungsunternehmen für die Bearbeitung des Antrags auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Aktivität	Gesetzliche Pflegekasse	Privates Pflegeversicherungsunternehmen
	Min. pro Fall	
Schulung	-	0,3
Beratung	8,8	8,0
Sachbearbeitung	20,0	16,0
Interne Kommunikation	-	1,0
Externer Kontakt	3,5	4,0
Übermittlung	1,5	2,0
Gesamter Zeitaufwand	33,8	31,3
Sachkosten	EUR pro Fall	
Kopie/Porto	1,5	2

Begutachtung durch MDK/MEDICPROOF

Tabelle 40 stellt die zeitlichen und die finanziellen Aufwände dar, die durch den Einbezug der Begutachtungsdienste in die Prüfung des Leistungsanspruchs entstehen. Die um rund 20 Minuten höhere Gesamtbearbeitungszeit beim MDK ist auf die Begutachtungszeit zurückzuführen, die bei MEDICPROOF nicht anfällt. Stattdessen fallen bei MEDICPROOF Sachkosten in Höhe von 70 Euro für die Beauftragung einer externen Gutachterin bzw. eines externen Gutachters an. Es kann angenommen werden, dass die Einbindung von Externen zu höheren Zeiten für den Kontakt mit ihnen im laufenden Verfahren führt.

Tabelle 40: Gesamtaufwand bei Begutachtungsdiensten für die Sachbearbeitung (inkl. Gutachtenerstellung) des Antrags auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Aktivität	MDK	MEDICPROOF
	Min. pro Fall	
Schulung	0,5	0
Sachbearbeitung	23,7	20,0
Begutachtung	22,5	0
Interne Kommunikation	1,3	2,0
Externer Kontakt	2,5	7,5
Übermittlung	1,5	3,0
Gesamter Zeitaufwand	52	32,5
Sachkosten	EUR pro Fall	
Externe Bearbeitung	-	70
Anschaffung	0,3	-
Kopie/Porto	0,4	-
Gesamter Sachaufwand	0,7	70

7.5 Medizinische Unterstützung

Medizinische Unterstützung fokussiert auf die unterschiedlichen medizinischen Bedürfnisse, die Kranke bzw. Pflegebedürftige haben. Hierbei handelt es sich um häusliche Krankenpflege, die von der Ärztin bzw. von dem Arzt verordnet wird und die der medizinischen Versorgung außerhalb von Krankenhäusern dient. Dazu gehören weiter die medizinische Rehabilitation und Heilmittel, die sich auf die spezifischen therapeutischen Behandlungen in bestimmten Lebenssituationen beziehen, wie z. B. Physio- und Ergotherapie. Sowohl medizinische Rehabilitation als auch Heilmittel haben u. a. zum Ziel, den Patienten wieder zu mehr körperlicher Selbstständigkeit zu verhelfen.

Tabelle 41: Kosten der Antragsgruppe „Medizinische Unterstützung“

Antragsverfahren	Fallzahl in 1.000	Kosten in 1.000 EUR		
		Gesamt	Verwaltung	Wirtschaft
Antrag auf häusliche Krankenpflege	2.130	53.772 (11,97%)*	21.599 (7,77%)	32.172 (18,77%)
Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	51,9	3.958 (0,88%)	1.076 (0,39%)	2.882 (1,68%)
Antrag auf Heilmittel	11.526	64.511 (14,36%)	-	64.511 (37,64%)
Erfüllungsaufwand der Antragsgruppe	x	122.241 (27,20%)	22.675 (8,16%)	99.565 (58,09%)
Gesamter Erfüllungsaufwand der elf untersuchten Verfahren	x	449.289 (100%)	277.895 (100%)	171.394 (100%)

* Die Prozentangaben geben den jeweiligen Anteil an dem ermittelten Erfüllungsaufwand der zehn ausgewählten Antragsverfahren sowie dem Verfahren zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers auf Anregung wieder. Vgl. hierzu Kapitel 6 Tabelle 9.

Die Antragsverfahren auf „medizinische Unterstützung“ sind mit 122 Mio. Euro Belastung eine aufwändige Antragsgruppe. Dabei liegt der Schwerpunkt bei der Wirtschaft. Mit knapp 100 Mio. Euro jährlich nimmt die Antragsgruppe „medizinische Unterstützung“ mehr als die Hälfte des im Projekt ermittelten Erfüllungsaufwands für die Wirtschaft ein (siehe Tabelle 41). Dominiert wird dabei die Belastung vom Antrag auf Heilmittel, der zwei Drittel der Belastung für die Antragsgruppe und ein Drittel der Gesamtbelastung der Wirtschaft ausmacht. Dies ist vor allen Dingen durch die Fallzahl begründet. Innerhalb der untersuchten Verfahren weist die Heilmittelverordnung mit rund 12 Mio. jährlichen Fällen die höchste Fallzahl auf. Dabei ist zu beachten, dass diese Fallzahl alle Verordnungsblätter für Personen, die 65 Jahre und älter sind, beinhaltet. So sind auch Heilmittelverordnungen, die im Rahmen einer Folgeverordnung und für Personen ohne anerkannte Pflegestufe ausgestellt wurden, in die Berechnung des monetarisierten Aufwands eingegangen. Damit beziehen sich die ermittelten Kosten nicht ausschließlich auf die Lebenslage.

Für Bürgerinnen und Bürger nimmt der Antrag auf Heilmittel aus oben beschriebenen Gründen die höchste Fallzahl innerhalb der elf untersuchten Antragsverfahren ein. Mit 48 Minuten verursacht die

Beantragung häuslicher Krankenpflege den höchsten Zeitaufwand innerhalb der Antragsgruppe „medizinische Unterstützung“.

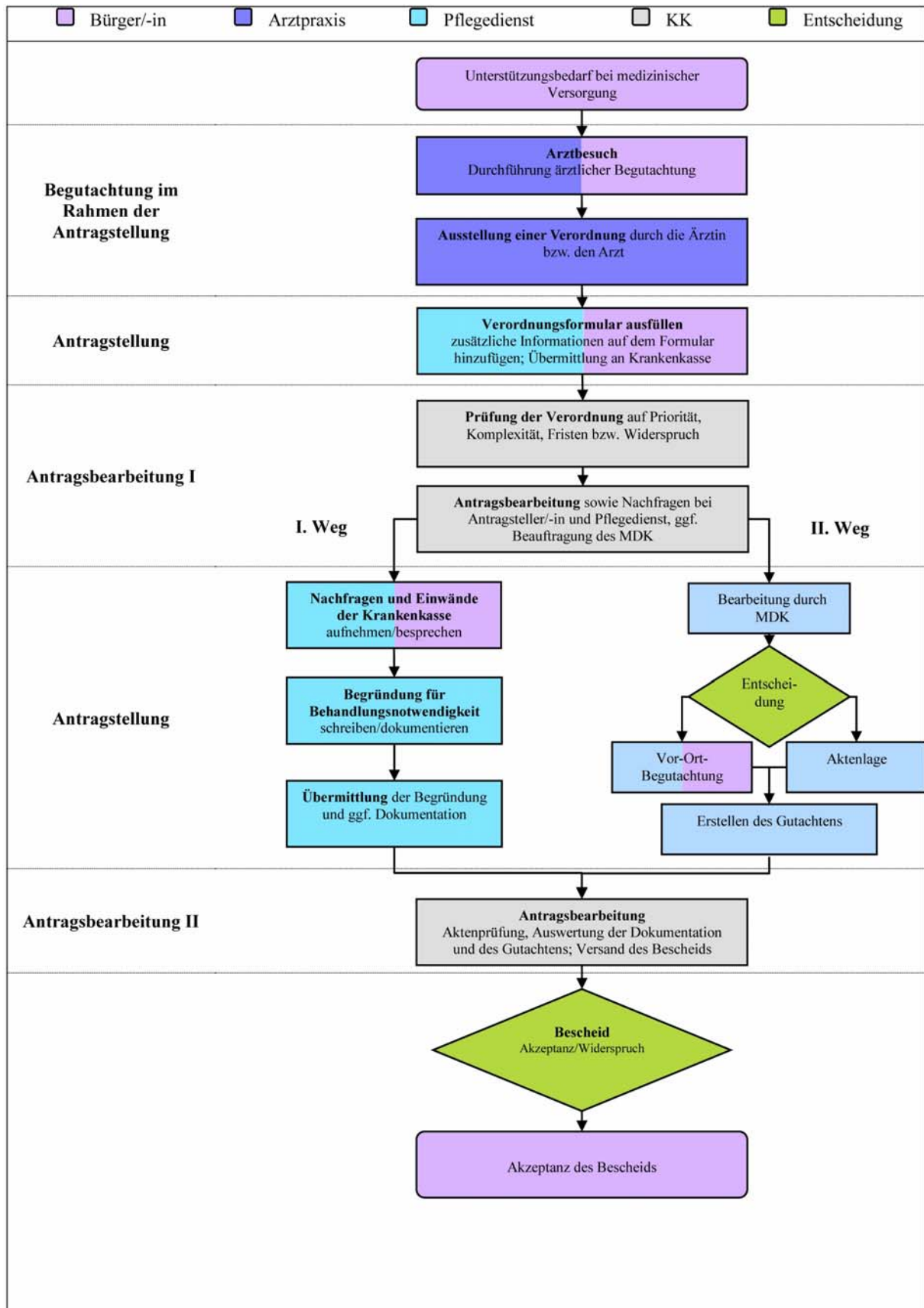
7.5.1 Antrag auf häusliche Krankenpflege

Standardprozessbeschreibung

Die häusliche Krankenpflege (auch Behandlungspflege³⁰ genannt) ist eine gesetzliche Leistung der Krankenversicherung, die darauf abzielt, medizinische Versorgung zur Vermeidung eines Krankenhausaufenthaltes oder zur Sicherung eines ärztlichen Behandlungsziels zu gewährleisten. Sie ist nicht mit Tätigkeiten im Rahmen der häuslichen Langzeit-Pflege zu verwechseln, die der grundlegenden Versorgung des Pflegebedürftigen dienen und daher zum Leistungsspektrum der Pflegeversicherung zählen. Die häusliche Krankenpflege erfolgt durch ambulante Pflegedienste, Sozialstationen oder ähnliche Einrichtungen. Voraussetzung für die Bewilligung von häuslicher Krankenpflege ist, dass weder die Antragstellerin bzw. der Antragsteller selbst noch Menschen in seinem sozialen Umfeld die erforderlichen Behandlungen übernehmen können. Grundsätzlich ist zwischen einer Erst- und einer Folgeverordnung zu unterscheiden. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden die Zeit- und Kostenaufwände der Erstbeantragung häuslicher Krankenpflege und einer Verordnung außerhalb des stationären Bereiches ermittelt. Der Verfahrensablauf ist in **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**⁵ zusammengefasst.

³⁰ Behandlungspflege ist ein Teil der häuslichen Krankenpflege. Hierzu zählen bspw. Medikamentenabgabe, Injektionen oder Verbandwechsel, An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen. Die Krankenpflege kann darüber hinaus auch weitere Leistungen, wie Grundpflege (tägliches Waschen, Essen u. ä.) und/oder hauswirtschaftliche Versorgung beinhalten, die zur frühzeitigen Krankenhauserlassung oder -vermeidung gewährt werden können.

Abbildung 5: Standardprozessablauf – Antrag auf häusliche Krankenpflege



Antragstellung

Um häusliche Krankenpflege zu erhalten, muss die antragstellende Person von ihrer Hausärztin bzw. ihrem Hausarzt oder einer Fachärztin bzw. einem Facharzt eine Verordnung einholen. Dabei wird die Antragstellerin bzw. der Antragsteller häufig von einem ambulanten Pflegedienst unterstützt. Bei der Ausstellung der Verordnung sind von der zuständigen Ärztin bzw. vom zuständigen Arzt auf einem standardisierten Vordruck neben Informationen über Versichertendaten auch folgende Angaben zur beantragten Maßnahme anzugeben:

- Art der Verordnung (Erst- oder Folgeverordnung)
- ggf. Bestätigung, dass die Beurteilung, ob eine im Haushalt lebende Person die verordnete(n) Maßnahme(n) übernehmen kann, nicht möglich ist
- Zeitraum für die Durchführung der verordneten Maßnahme
- verordnungsrelevante Diagnosen und Begründung bei Verordnungsdauer über 14 Tage
- Ziel der Maßnahmen (Verhinderung einer Krankenhausbehandlung oder Behandlungssicherung)
- Beschreibung, Häufigkeit und Dauer der verordneten Maßnahmen
- Vertragsarztstempel und Unterschrift der Ärztin bzw. des Arztes

Das Verordnungsformular ist von der Antragstellerin bzw. vom Antragsteller zu ergänzen. Dabei können sowohl Pflegeeinrichtungen als auch Ärztinnen bzw. Ärzte und deren Angestellte beratend oder unterstützend beteiligt sein. Folgende Angaben müssen dem Vordruck hinzugefügt werden:

- Zeitraum für die beantragte häusliche Krankenpflege
- Einsatzort der durchzuführenden Krankenpflege (im eigenen oder sonstigen Haushalt)
- ggf. Benennung von Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege, die von im Haushalt lebenden Personen erbracht werden können
- Vorliegen des Bedarfs an Informationen über zugelassene Pflegedienste
- Datum und Unterschrift der Antragstellerin bzw. des Antragstellers

Sofern die Antragstellerin bzw. der Antragsteller bereits einen Pflegedienst beauftragt hat, der die Leistungen der Krankenpflege erbringen wird, sind von diesem Pflegedienst darüber hinaus folgende Angaben zu ergänzen:³¹

- Zeitraum, Art, Häufigkeit und Dauer der zu erbringenden Maßnahmen

³¹ Der Aufwand, der den Pflegediensten beim Beschaffen der Verordnung entsteht, wurde im Projekt nur teilweise untersucht: Der Zeitaufwand für Eintragungen auf der Verordnung wurde erfasst, nicht aber rein logistische oder organisatorische Leistungen im Kundenauftrag (Kontaktaufnahme mit der Ärztin bzw. dem Arzt, ggf. Abholung der Verordnung etc.). Diese Leistungen können vom Pflegedienst in Rechnung gestellt werden und haben insoweit den Charakter eines wirtschaftlichen Handelns statt einer bürokratischen Verpflichtung. Ob eine Rechnungsstellung auch tatsächlich erfolgt, ist in diesem Fall nicht relevant.

- Angaben zum Pflegedienst (Name, Anschrift, Telefonnummer, Faxnummer, Institutionskennzeichen, Name der Ansprechpartnerin bzw. des Ansprechpartners im Pflegedienst)
- Datum, Unterschrift und Stempel des Pflegedienstes

Anschließend wird die Verordnung durch die Antragstellerin bzw. den Antragsteller oder Personal des Pflegedienstes an die Krankenkasse übermittelt.

Antragsbearbeitung durch die Krankenkasse

Nach Antragseingang wird die Verordnung entsprechend dem Prioritäts- und Komplexitätsgrad gekennzeichnet und an eine Sachbearbeiterin bzw. einen Sachbearbeiter zur Bearbeitung weitergeleitet. Für die Einstufung sind Entscheidungsfristen sowie das Vorliegen eines Widerspruchs- oder eines automatisierten Abrechnungsverfahrens ausschlaggebend. Je nach Komplexität des Falles wird in wenigen Fällen eine Begutachtung bzw. Fallbearbeitung durch den MDK eingeleitet. Die dann anfallenden Bearbeitungsaufwände beim MDK wurden nicht betrachtet. Sofern zur Entscheidung weitere Informationen benötigt werden, z. B. hinsichtlich der Möglichkeit einer Leistungserbringung durch Angehörige oder weitere medizinische Einschätzungen, kontaktiert die Sachbearbeiterin bzw. der Sachbearbeiter ggf. noch einmal die Antragstellerin bzw. den Antragsteller, den Pflegedienst³² oder die zuständige Ärztin bzw. den zuständigen Arzt. Die Entscheidung über die Leistungsbewilligung wird der Antragstellerin bzw. dem Antragsteller und der verordnenden Ärztin bzw. dem verordnenden Arzt schriftlich übermittelt.

Erfüllungsaufwand

In den Befragungen zu diesem Verfahren haben die beteiligten Normadressaten Bürgerinnen und Bürger, Wirtschaft und Verwaltung die Zeiten geschätzt, die jeweils bei der Beschaffung, Ausstellung bzw. Bearbeitung einer Erstverordnung anfallen. Es konnte nicht ermittelt werden wie viele Erstverordnungen pro Jahr anfallen, so dass die ermittelten 2.130.000 Fälle (siehe Anhang 2), die dem monetarisierten Ergebnis von rund 54 Mio. Euro für Wirtschaft und Verwaltung (siehe Anhang 1) zugrunde liegen, auch Folgeverordnungen sowie Verordnungen aus dem stationären Bereich enthalten und somit über die Lebenslage hinausgehen. Vor dem Hintergrund dieser fehlenden Möglichkeit der Differenzierung zwischen Erst- und Folgeverordnungen wurde bei dem dargestellten Ergebnis jeweils der Zeitaufwand der Normadressaten für Erstverordnungen in Ansatz gebracht.

Antragstellung

Aktivitäten und entsprechende Aufwände, die bei der Bürgerin bzw. beim Bürger im Rahmen der Antragstellung anfallen, sind in Tabelle 42 dargestellt und zeigen, dass etwa zwei Drittel des Zeitaufwands der Bürgerinnen bzw. Bürger für Einarbeitung/Beratung anfällt. Für die „eigentliche“ Beschaf-

³² Die Auskunftserteilung an die Krankenkasse durch den Pflegedienst wird in der Praxis von den Leistungserbringerinnen bzw. den Leistungserbringern als Bürokratie wahrgenommen, da nicht gesetzlich geregelt ist, wer die Kosten für die dabei dem Pflegedienst entstehenden Aufwände zu tragen hat.

fung der Verordnung bzw. für notwendige Information zur Vervollständigung des Verordnungsvordrucks werden nur 15 Minuten benötigt.

Tabelle 42: Aufwand der Bürgerinnen und Bürger für die Übermittlung der Verordnung auf häusliche Krankenpflege an die Krankenkasse (inkl. Beschaffung der Verordnung)

Aktivität	Min. pro Fall
Einarbeitung/ Beratung	30,0
Datenbeschaffung/Datenaufbereitung	15,0
Übermittlung	3,0
Gesamter Zeitaufwand	48,0
Sachkosten	EUR pro Fall
Wegekosten	0,9

Aufwände, die in einer Arztpraxis durch das Ausstellen einer Verordnung von häuslicher Krankenpflege entstehen, sind in Tabelle 43 abgebildet.

Tabelle 43: Zeitaufwand für die Arztpraxen beim Ausstellen der Verordnung auf häusliche Krankenpflege

Aktivität	Min. pro Fall
Beratung	8,0
Sachbearbeitung	2,5
Interne Kommunikation	2,0
Ausfüllen von Formularen	5,0
Übermittlung	0,5
Gesamter Zeitaufwand	18,0

Die von den Bürgerinnen und Bürgern angegebene Zeit für Datenbeschaffung/Datenaufbereitung (hier: Beschaffung der Verordnung) und die von den Arztpraxen angegebene Zeit für die Ausstellung einer solchen Verordnung ist nahezu gleich. Fast die Hälfte der Zeit in der Arztpraxis fällt für die Beratung der Bürgerin bzw. des Bürgers an, während die andere Hälfte für das Ausführen der notwendigen Formalitäten aufgebracht wird.

In den Befragungen wurde ermittelt, dass in 90 Prozent der Fälle (1.917.000)³³ ambulante Pflegedienste in die Antragstellung von häuslicher Krankenpflege eingebunden sind (vgl. Kapitel 7.5.1). Der dabei entstehende Aufwand für einen Pflegedienst ist in Tabelle 44 dargestellt. Die Zeiten für externe Kommunikation von rund sechs Minuten beziehen sich dabei überwiegend auf den Austausch zwischen dem Pflegedienst und der zuständigen Krankenkasse bzw. auf die Kommunikation zwischen dem Pflegedienst und der verordnenden Ärztin bzw. dem verordnenden Arzt.

³³ Zur Erläuterung der Fallzahl siehe Anhang 2.

Tabelle 44: Aufwand der ambulanten Pflegedienste bei der Beteiligung am Antragsverfahren auf häusliche Krankenpflege

Aktivität	Min. pro Fall
Beratung	1,0
Externe Kommunikation	5,5
Ausfüllen von Formularen	5,7
Übermittlung	2,0
Gesamter Zeitaufwand	14,2
Sachkosten	EUR pro Fall
Kopie/Porto	1

Antragsbearbeitung durch die Krankenkasse

Die Aufwände, die den Krankenkassen im Rahmen der Antragsbearbeitung entstehen, sind in Tabelle 45 dargestellt. Es fallen vor allem Zeiten für Sachbearbeitung (rund acht Minuten) und Zeiten für externen Kontakt an (rund sechs Minuten). Wie bereits oben beschrieben, handelt es sich bei den Zeiten für externen Kontakt hauptsächlich um Klärung von offenen Fragen mit der bzw. dem Versicherten oder dem beauftragten Pflegedienst. In den Interviews wurde deutlich, dass die Sachbearbeiterinnen bzw. der Sachbearbeiter dieses Vorgehen als unbürokratische Alternative zur offiziellen Klärung über die MDK-Einbindung verstehen.

Tabelle 45: Aufwand der gesetzlichen Krankenkassen für die Bearbeitung des Antrags auf häusliche Krankenpflege

Aktivität	Min. pro Fall
Sachbearbeitung	7,5
Interne Kommunikation	0,4
Externer Kontakt	6,3
Übermittlung	1
Gesamter Zeitaufwand	15,1
Sachkosten	EUR pro Fall
Kopie/Porto	1,2

Zu Rückfragen an den ambulanten Pflegedienst kann es kommen, wenn bspw. die ärztliche Verordnung unvollständig oder unleserlich ausgefüllt wurde, weitere Informationen notwendig sind, um ggf. eine MDK-Einbindung zu ermöglichen. Ein weiterer Anlass für Rückfragen ist die Überprüfung ob der Einsatz einer Pflegefachkraft für die häusliche Krankenpflege tatsächlich notwendig ist, z. B. wenn die verordnete Maßnahme die Medikamentengabe beinhaltet. Da diese Tätigkeit nicht zwangsläufig den Einsatz einer Pflegefachkraft erfordert, setzt die Bewilligung dieser Leistung die Kenntnis der fallbezogenen Rahmenbedingungen voraus.

Anmerkung einer Mitarbeiterin einer gesetzlichen Krankenkasse

„Die Erfahrung hat gezeigt, dass viele Fragen durch einen Anruf beim zuständigen Pflegedienst geklärt werden können. Diese sind bei den Antworten zielgerichteter und darüber hinaus schneller zu erreichen. Wir versuchen den Dienstweg für alle Beteiligten möglichst kurz zu halten und wenden uns daher zunächst an die direkt betroffenen Stellen“.

7.5.2 Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Standardprozessbeschreibung

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sollen Behinderungen einschließlich chronischer Erkrankungen sowie Folgen der Pflegebedürftigkeit mindern, ausgleichen, abwenden oder beseitigen.³⁴ Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen im unmittelbaren Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt werden als Anschlussrehabilitation oder als Anschlussheilbehandlung (AHB) bezeichnet. Sie dienen dem Ziel, verlorene Fähigkeiten oder Funktionen wiederherzustellen oder auszugleichen. Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation können sowohl stationär als auch ambulant durchgeführt werden. Rehabilitationsmaßnahmen sollen auch dazu dienen, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu überwinden und eine Eingliederung in den Arbeitsmarkt zu ermöglichen; Anträge für Maßnahmen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt sind nicht Bestandteil der Untersuchung.

Die Beantragung der Rehabilitationsmaßnahme zur Minderung der Pflegebedürftigkeit kann an eine Empfehlung des MDK geknüpft sein und wird im Rahmen des Grundantrags im Pflegegutachten festgehalten. Die Beantragung der Anschlussrehabilitation erfolgt hingegen durch den Sozialdienst im Krankenhaus bereits aus dem Krankenhaus heraus. Im Zusammenhang mit der untersuchten Lebenslage können beide Verfahrensarten relevant sein und wurden deshalb betrachtet.

Die Antragstellung für die pflegebedürftige Bürgerin bzw. den pflegebedürftigen Bürger beschränkt sich auf seine schriftliche Einwilligung zur Durchführung der Maßnahme. Weitere relevante Aufwände entstehen ihr bzw. ihm i. d. R. nicht. Sofern eine Maßnahme im Rahmen einer Pflegebegutachtung durch den MDK empfohlen wird, wurden die dabei anfallenden Aufwände für die Bürgerin bzw. den Bürger (z. B. Teilnahme an der Begutachtung) bereits im Zusammenhang mit dem Grundantrag gemessen (vgl. Kapitel 7.2.1). Daher werden im Folgenden nur noch die Verfahrensabschnitte

- Antragstellung durch Sozialdienst im Krankenhaus und
- Antragsbearbeitung durch die Krankenkasse

beschrieben.

³⁴ Vgl. hierzu § 40 SGB V, § 26 SGB IX, § 31 SGB XI.

Antragstellung durch den Sozialdienst im Krankenhaus

Ist der Genesungsprozess nach dem Krankenhausaufenthalt nicht vollständig abgeschlossen, kann eine pflegebedürftige Person nicht nahtlos in die häusliche Umgebung oder in ein Pflegeheim entlassen werden. Vorher sollte der Heilungsprozess sichergestellt und Vorbereitungen auf die anschließende pflegerische Versorgung gewährleistet werden. In diesen Fällen wird eine Rehabilitationsmaßnahme vom Sozialdienst im Krankenhaus beantragt. Neben der Beratung der Antragstellerin bzw. des Antragstellers bzw. der Angehörigen über die Notwendigkeit und den geeigneten Behandlungsort der Maßnahme, stellt der Sozialdienst im Krankenhaus (telefonisch oder per Fax) Kontakt zur Rehabilitationseinrichtung her, klärt die Eignung und Verfügbarkeit der Einrichtung und übernimmt die Terminkoordinierung zwischen Leistungserbringern und Betroffenen. Weiterhin kümmert er sich unter Einbeziehung der zuständigen Krankenhausärztin bzw. des zuständigen Krankenhausarztes um das Ausfüllen des Antragsformulars, welches an die Krankenkasse übermittelt wird. Dieses enthält neben personenbezogenen Daten der Patientin bzw. des Patienten Angaben zum pflegerischen und medizinischen Zustand. Ebenso sind detaillierte ärztliche Befunde und Diagnosen, Präzisierung und Begründung der notwendigen Maßnahmenart inklusive Prognose- und Zielbeschreibungen sowie Angaben zum zeitlichen Bedarf der geplanten Maßnahmen Bestandteil des Formulars. Ggf. wird zwecks Datenzusammenstellung auch Kontakt zur Hausärztin bzw. zum Hausarzt aufgenommen und es werden Unterlagen angefordert. Kommt es nach Antragsversand zu Rückfragen von Seiten der Krankenkasse, werden diese vom Sozialdienst im Krankenhaus beantwortet. Auch können sich im Zeitraum der Antragsbearbeitung neue Informationen ergeben, die ergänzend an den Kostenträger übermittelt werden. Die Entscheidung der Krankenkasse wird anschließend dokumentiert.

Antragsbearbeitung durch die Krankenkasse

Geht aus dem Pflegegutachten eine Empfehlung zur Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme hervor, stellt die Krankenkasse meist telefonischen Kontakt zur bzw. zum Pflegebedürftigen her und erkundigt sich, ob Interesse an der Durchführung der Maßnahme besteht. Ist dies der Fall, recherchiert die Sachbearbeiterin bzw. der Sachbearbeiter geeignete und möglichst wohnortnahe Rehabilitationseinrichtungen, die im Vertragsverhältnis zum Kostenträger stehen. Sie bzw. er kontaktiert diese um die Eignung und Verfügbarkeit der Einrichtung zu überprüfen und vereinbart einen Termin. Die vereinbarten Daten werden in einem Bewilligungsschreiben fixiert und an die Antragstellerin bzw. an den Antragsteller per Post übermittelt.

Nach Eingang des Antrags über den Sozialdienst im Krankenhaus erfolgt bei der Krankenkasse eine Sichtprüfung der Unterlagen und analog zum oben beschriebenen Vorgehen die Übertragung der Daten in die elektronische Versichertenakte. Ggf. wird der MDK mit der Angemessenheitsprüfung für die beantragte Maßnahme beauftragt. Je nach Komplexität des Falles sind kasseninterne Absprachen notwendig bzw. Verständnisfragen an behandelnde Ärztinnen bzw. Ärzte oder den Sozialdienst im Krankenhaus zu stellen. Dabei werden u. U. weitere Informationen angefordert. Geklärte Sachverhalte

werden im EDV-System ergänzt. Der elektronisch erstellte Bescheid wird der bzw. dem Versicherten postalisch übermittelt. Eine Kopie des Schreibens wird an die Hausärztin bzw. den Hausarzt versandt. Der antragstellende Sozialdienst im Krankenhaus wird telefonisch oder per Fax über die Entscheidung informiert.

Erfüllungsaufwand

Antragstellung durch den Sozialdienst im Krankenhaus

Die Zeiten, die dem Krankenhauspersonal im Rahmen der Antragstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entstehen, sind in Tabelle 46 dargestellt. Mit je 30 Minuten nehmen die Beratung der leistungsbedürftigen Person bzw. ihrer Angehörigen sowie die externe Kommunikation mit geeigneten Leistungserbringern und/oder dem Kostenträger und ggf. der Hausärztin bzw. dem Hausarzt die Hälfte der ermittelten Zeit ein.

Tabelle 46: Aufwand der Sozialdienste im Krankenhaus bei der Antragsinitiierung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Aktivität	Min. pro Fall
Schulung	2,5
Beratung	30,0
Sachbearbeitung	23,0
Interne Kommunikation	12,0
Externe Kommunikation	30,0
Ausfüllen von Formularen	15,0
Übermittlung	4,0
Gesamter Zeitaufwand	116,5
Sachkosten	EUR pro Fall
Kopie/Porto	0,7

Auf Seiten der Bürgerin bzw. des Bürgers konnte keine Beratungszeit erfasst werden. Zwar gaben die Befragten an, beraten worden zu sein, konnten aber keine trennscharfe Abgrenzung zwischen der Beratung zur Rehabilitation und weiteren im Krankenhaus üblichen Beratungsleistungen (bspw. im Rahmen der ärztlichen Behandlung) vornehmen bzw. keine Einschätzung darüber treffen, ob und ggf. wie umfangreich eine Angehörige bzw. ein Angehöriger über den Maßnahmeneinsatz aufgeklärt wurde. So fällt in diesem Antragsverfahren nur die Zeit von drei Minuten für das Ausfüllen von Formularen an (in diesem Fall die schriftliche Einwilligung zur Durchführung der Maßnahme).

Antragsbearbeitung durch die Krankenkasse

Bei der Ermittlung der Zeiten für die Antragsbearbeitung wurden die Zeitangaben nach Antragsart (Empfehlung des MDK oder Beantragung durch Sozialdienst im Krankenhaus) anteilig berücksichtigt.

Für die Darstellung in Tabelle 47 wurden sie zu einer Angabe (mittlerer Zeitwert) je Aktivität zusammengefasst.

Tabelle 47: Aufwand für gesetzliche Krankenkassen bei der Sachbearbeitung des Antrags auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Aktivität	Min. pro Fall
Schulung	0,8
Beratung	5,0
Sachbearbeitung	14,6
Interne Kommunikation	1,5
Externe Kommunikation	10,0
Übermittlung	1,5
Gesamter Zeitaufwand	33,4
Sachkosten	EUR pro Fall
Kopie/Porto	1

Im Kontext der untersuchten Lebenslage stellen Anträge auf Rehabilitationsmaßnahmen, die aus einer Begutachtung durch den MDK im Rahmen des Grundantrags resultieren, einen geringen Anteil dar (rund zwei Prozent von insgesamt 51.900 Anträgen; siehe Anhang 2). Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Gesamtbearbeitungszeiten beider Antragsarten nach Aussagen von Expertinnen bzw. Experten überwiegend vergleichbar sind, sich die Bearbeitungszeiten aber unterschiedlich auf einzelne Aktivitäten verteilen. Geht der Antrag bspw. über den Sozialdienst im Krankenhaus ein, reduziert sich die Beratungszeit der Antragstellerin bzw. des Antragstellers (die bzw. der durch den Sozialdienst im Krankenhaus bereits beraten worden ist), die Zeit für die Sachbearbeitung steigt jedoch an, weil u. U. mehr Informationen aufbereitet werden müssen. Erfolgt die Antragstellung vor dem Hintergrund einer MDK-Empfehlung, reduziert sich der Prüfaufwand der Leistungsberechtigung, die Zeit für den Austausch mit geeigneten Rehabilitations-Einrichtungen steigt hingegen (da hier der Sozialdienst im Krankenhaus nicht entsprechend vorarbeitet).

7.5.3 Antrag auf Heilmittel

Standardprozessbeschreibung

Heilmittel sind persönlich zu erbringende medizinische Dienstleistungen, die nur von Angehörigen entsprechender Gesundheitsfachberufe geleistet werden dürfen und die darauf abzielen, Krankheiten und/oder Pflegebedürftigkeit bzw. deren Folgen vorzubeugen, sie zu mindern oder zu beseitigen. Beispiele für Heilmittel sind Krankengymnastik, Lymphdrainage, Ergotherapie oder Sprachtherapie. Die Heilmaßnahmen werden durch eine Ärztin bzw. einen Arzt verordnet, d. h. die bzw. der Pflegebedürftige muss bei der Ärztin bzw. beim Arzt vorstellig werden. Mit dieser Verordnung bzw. dem Rezept wendet sich die bzw. der Betroffene an eine bzw. einen Leistungserbringer, z. B. Therapeuten oder

Krankengymnasten, die bzw. der die verordnete Therapie, Massage o. ä. durchführt. Nach jeder Behandlungseinheit muss die bzw. der Betroffene die Durchführung der Maßnahme mit einer Unterschrift beim Leistungserbringer bestätigen. Leistungsträger sind die Krankenkassen.

Generell ist anzumerken, dass das Ausstellen von Verordnungen für Heilmittel an das vereinbarte Ausgabenvolumen für Heilmittelbehandlungen und damit korrespondierende Richtgrößen für die verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte geknüpft ist. Die Rahmenbedingungen für die Verordnungsfähigkeit der Maßnahmen zu Lasten der Krankenkassen sind in der Heilmittel-Richtlinie und dem Heilmittelkatalog des Gemeinsamen Bundesausschusses festgehalten. Die vorschriftsmäßig ausgestellten Verordnungen werden im Regelfall keiner individuellen Prüfung durch den Kostenträger unterzogen, da für jede Indikation die zulässige Höchstverordnungsmenge *im Regelfall* im Heilmittelkatalog angegeben ist.

Eine Ausnahme stellen Verordnungen von Heilmitteln *außerhalb des Regelfalls* dar. Während der Regelfall auf der Annahme basiert, dass durch das verschriebene Heilmittel und die entsprechenden Verordnungsmengen das angestrebte Ziel erreicht wird, kommen Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls zum Einsatz, wenn das Behandlungsziel bisher nicht erreicht wurde und weitere Verordnungen notwendig werden. In diesem Fall ist die Ausstellung einer Folgeverordnung an eine Notwendigkeitsbegründung durch die Ärztin bzw. den Arzt geknüpft und eine Genehmigung durch die Krankenkasse vor Behandlungsbeginn ist ggf. notwendig. Den Krankenkassen ist freigestellt auf die Genehmigung zu verzichten.

Im Rahmen des Projektes liegt der Fokus auf der Verordnungsart *im Regelfall*. Zur Bestimmung der Aufwände wurde die Beschaffung der Verordnung bzw. des Rezepts für das Heilmittel durch die Versicherte bzw. den Versicherten sowie die Ausstellung der Verordnung bzw. des Rezepts für das Heilmittel durch die Ärztin bzw. den Arzt³⁵ und ihre bzw. seine Angestellten untersucht.

Während die notwendigen Aktivitäten der bzw. des Versicherten bereits oben genannt sind, müssen im Rahmen der Verordnungsausstellung durch die Ärztin bzw. den Arzt und ihre bzw. seine Angestellten folgende Tätigkeiten ausgeführt werden: Neben der Entscheidung für eine zielgerichtete Maßnahme aufgrund des Gesundheitszustands der Patientin bzw. des Patienten erfolgen beratende Tätigkeiten zur Erläuterung des Maßnahmenziels und der Leistungsausgestaltung. Unter Beachtung bereits verordneter Maßnahmen ist das für die entsprechende Therapieform vorgesehene Rezeptformular vollständig auszufüllen und diverse Angaben (Angaben zur bzw. zum Versicherten, Spezifizierung der Verordnungsart und -menge, Diagnose und Therapieziele) vorzunehmen.

³⁵ Um eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln zu gewährleisten, stehen Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzte und Heilmittelerbringer in enger Zusammenarbeit. So kann die Vertragsärztin bzw. der Vertragsarzt bspw. auf dem Verordnungsvordruck von der Therapeutin bzw. dem Therapeuten einen schriftlichen Bericht über den Maßnahmenverlauf anfordern, dessen Ergebnisse sie bzw. er in ihre bzw. seine Entscheidung über die Folgeverordnung einbezieht. Im Rahmen der Untersuchung wurde der Aufwand der Heilmittelerbringer aufgrund der Fokussierung auf den Regelfall sowie aufgrund der Annahme, dass die Tätigkeiten der Leistungserbringer im wirtschaftlichen Gewinninteresse begründet sind, nicht erhoben.

Erfüllungsaufwand

Die Aufwände, die der Bürgerin bzw. dem Bürger im Rahmen der Verordnungsbeschaffung entstehen, sind in Tabelle 48 dargestellt. Die Aufwände, die in einer Arztpraxis im Rahmen einer Verordnungs-ausstellung anfallen, sind in Tabelle 49 abgebildet.

Tabelle 48: Aufwand der Bürgerinnen und Bürger bei der Beschaffung des Heilmittels (inkl. Beschaffung der Verordnung)

Aktivität	Min. pro Fall
Datenbeschaffung/Datenaufbereitung	10,0
Wartezeiten	10,0
Gesamter Zeitaufwand	20,0
Sachkosten	EUR pro Fall
Wegekosten	1,7

Tabelle 49: Aufwand für die Arztpraxen beim Ausstellen der Verordnung auf ein Heilmittel

Aktivität	Min. pro Fall
Beratung	5,0
Sachbearbeitung	2,0
Interne Kommunikation	2,0
Ausfüllen von Formularen	2,5
Gesamter Zeitaufwand	11,5

Die Zeiten, die in der Arztpraxis anfallen, entsprechen in etwa den Zeiten, die die Bürgerin bzw. der Bürger für die Beschaffung angegeben haben, was für die Plausibilität der Daten spricht.

7.6 Pflegedokumentation

Neben den zehn Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Pflegebedürftige sowie dem Verfahren zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers auf Anregung wurde das Verfahren der Pflegedokumentation (vgl. Kapitel 4.3) betrachtet, da hier im Vorfeld des Projektes eine hohe bürokratische Belastung vermutet wurde.

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sind dazu verpflichtet, pflegerische Maßnahmen umfangreich zu dokumentieren. Hierbei ist zu unterscheiden zwischen dem einmaligen Aufwand für die Einrichtung der Pflegedokumentation bei einer Neuaufnahme und dem laufend anfallenden Aufwand im Zuge des Pflegeprozesses.

Im Jahr 2009 wurden mehr als 1,1 Mio. Menschen bezogen auf die untersuchte Lebenslage (65 Jahre und älter, nicht mehr erwerbstätig, pflegebedürftig) in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen gepflegt. Um möglichst detaillierte Ergebnisse zur Pflegedokumentation für diese unterschiedlichen Unterbringungsarten zu bekommen, erfolgte im Rahmen dieses Projektes eine Unterscheidung in vier Fallgruppen:

- Personen im häuslichen Umfeld, die durch ambulante Pflegedienste oder mit ambulanten Pflegediensten gepflegt werden,
- Personen in Tagespflege, die nicht demenzkrank sind,
- Personen in Tagespflege mit einer Demenzerkrankung sowie
- Personen in stationären Pflegeeinrichtungen

Die Einrichtung der Pflegedokumentation verursacht einmaligen Erfüllungsaufwand bei jeder Neuaufnahme einer bzw. eines Pflegebedürftigen. Im vorliegenden Projekt wurde mit Blick auf die betrachtete Lebenslage die Einrichtung der Pflegedokumentation in Folge einer Erstaufnahme in ambulante oder stationäre Pflege berücksichtigt. Das Einrichten von Dokumentationsunterlagen im Kontext von Höherstufungsanträgen oder im Rahmen des Wechsels von ambulanter in stationäre Pflege ist nicht Bestandteil der Untersuchung.

Die im Rahmen der Pflegedokumentation laufend anfallenden Zeiten und Kosten wurden in sechs Verfahrensabschnitte aufgeteilt und getrennt erhoben:

- Ausfüllen der Leistungsnachweise
- Meldungen zum Pflegebericht
- Ergänzung des Pflegeberichts in Folge der Meldungen; ggf. Überarbeitung der Pflegeplanung in Folge einer Meldung zum Pflegebericht
- nicht anlassbezogene Evaluierung der Pflegeplanung
- Übermittlung der Leistungsnachweise an den Kostenträger (nur ambulante Pflegedienste)
- Archivierung der Unterlagen

Die Gesamtbelastung für die Wirtschaft durch die Pflegedokumentation liegt bei rund 2,7 Mrd. Euro. Die Einrichtung der Pflegedokumentation bei Neuaufnahmen verursacht mit rund 49 Mio. Euro etwa zwei Prozent der Gesamtbelastung (davon entfallen rund 1,5 Mio. Euro auf die Datenlieferung durch Ärztinnen bzw. Ärzte). Die weitaus höheren Kosten resultieren somit aus den laufenden Dokumentationsanfordernissen. Hiervon wiederum entfällt mehr als zwei Drittel der Belastung (rund 1,9 Mrd. Euro) auf das tägliche Ausfüllen von Leistungsnachweisen (siehe Tabelle 11 auf S. 36).

Standardprozessbeschreibung

Einrichtung der Pflegedokumentation bei Neuaufnahme einer bzw. eines Pflegebedürftigen

Bei der Einrichtung der Pflegedokumentation ist es für ambulante wie stationäre Einrichtungen zunächst notwendig, ein vollständiges **Stammdatenblatt** der bzw. des Pflegebedürftigen anzulegen. Neben persönlichen Daten wie Geburtsdatum, Anschrift, Versicherungsdaten und Angaben zu behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzten müssen darin auch eventuelle rechtliche Betreuerinnen bzw. Betreuer, Ansprechpartner für Notfälle, gesundheitliche Informationen über Erkrankungen und/oder vorgeschriebene Medikationen, ggf. das Vorliegen von Vollmachten und Verfügungen sowie andere an der Pflege Beteiligte (z. B. Pflegedienste oder Hausnotrufsysteme) notiert werden. In der **Pflegeanamnese** werden alle pflege- und betreuungsrelevanten Daten wie Gewicht und Körpergröße der bzw. des Pflegebedürftigen bis hin zu persönlichen Wünschen, Gefahrenpotenzialen und eventuell getroffenen Vereinbarungen mit der Einrichtung zusammengestellt. Sowohl bei der Erstellung des Stammdatenblattes als auch der Pflegeanamnese ist ein intensiver Kontakt mit Außenstehenden notwendig, um die erforderlichen Daten zusammenzutragen. Neben den Angehörigen der bzw. des Pflegebedürftigen sind dies vor allem Hausärztinnen und Hausärzte sowie Krankenhäuser.

Während in der **Pflegeplanung** Pflegeziele formuliert werden, enthält die **Pflegeablaufplanung** konkrete Handlungs- und Pflegeanweisungen, die täglich bzw. regelmäßig wiederkehrend umzusetzen sind. Das darin beschriebene Maßnahmenspektrum umfasst nicht nur körperliche Erfordernisse wie Nahrungsaufnahme, sondern auch Sicherheitsmaßnahmen und Maßnahmen, um eine Kommunikation und die Teilhabe am Gemeinschaftsleben zu ermöglichen. Die Pflegeablaufplanung bildet zugleich die Grundlage für die kontinuierlich zu führenden Leistungsnachweise, auf denen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung alle durchgeführten Tätigkeiten dokumentieren.

Weiterer Bestandteil der anzulegenden Unterlagen ist der **Pflegebericht**, in dem pflegerelevante Ereignisse und Veränderungen notiert werden, die sich im Pflegeverlauf ereignen.

Nicht alle notwendigen Informationen können zum Aufnahmetag einer bzw. eines Pflegebedürftigen in eine ambulante oder stationäre Einrichtung vollständig vorliegen. Deshalb sollten die Unterlagen in den Folgewochen der Aufnahme sukzessive ergänzt und angepasst werden. Viele pflegerelevante Informationen ergeben sich bspw. erst aus der Pflegepraxis der ersten Tage und Wochen. Entsprechend wurden im Rahmen dieses Projektes die Bearbeitungszeiten und -kosten für die Erstellung

von Unterlagen für eine Neuaufnahme als aufsummierte Werte der Ersteinrichtung bei Aufnahme und der Vervollständigung der Dokumente innerhalb der ersten Wochen nach Aufnahme ausgewiesen.

Im Rahmen der Dokumentationserstellung bei Neuaufnahme entstehen nicht nur den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Pflegeeinrichtungen Zeitaufwände, sondern auch **weiteren Beteiligten**, die ebenfalls erhoben wurden. Zum einen müssen die Pflegebedürftigen bzw. Angehörigen Zeit für die Beschaffung und Bereitstellung von Daten und Unterlagen sowie für die Kommunikation mit der Pflegeeinrichtung im Rahmen einer Neuaufnahme aufbringen. Zum anderen ist im gleichen Zusammenhang eine Beteiligung der Ärztinnen bzw. Ärzte (Arztpraxen und Krankenhäuser) zwecks Datenbeschaffung und -lieferung notwendig.

Laufender Dokumentationsaufwand

Die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen müssen alle an der bzw. dem Pflegebedürftigen erbrachten Maßnahmen umfänglich dokumentieren. In erster Linie geschieht dies durch das Ausfüllen **täglicher Leistungsnachweise**, auf denen die einzelnen Maßnahmen und Tätigkeiten detailliert beschrieben sind. Die Grundlage für den Umfang und den Inhalt dieser Nachweise bildet die individuelle Pflegeablaufplanung einer bzw. eines Pflegebedürftigen. Wie die Leistungsnachweise formal aussehen und ob die Erfassung manuell auf Papierformularen oder elektronisch erfolgt, ist gesetzlich nicht vorgeschrieben. Entsprechend kann jede Pflegeeinrichtung selbst entscheiden, in welcher Form sie die Leistungsnachweise bearbeitet. Im Rahmen des vorliegenden Projektes wurden die Aufwände nach drei Erfassungsarten differenziert:

- die vollelektronische Dokumentation, bei der die Leistungsnachweise über Tablet-Computer oder spezielle Eingabesysteme bearbeitet werden,
- die manuelle Dokumentation, bei der die durchgeführten Leistungen in selbsterstellte Tabellen oder vorgefertigte Formulare eingetragen bzw. abgezeichnet werden und
- die teilelektronische Dokumentation, bei der die Dokumentation grundsätzlich elektronisch erfolgt, bestimmte Arbeitsprozesse jedoch formularbasiert manuell geschehen.

Je nach Erfassungsart können Anschaffungskosten bspw. durch die Anschaffung elektronischer Geräte entstehen oder Kosten für Tätigkeiten anfallen, die durch externe Personen erbracht werden: Dazu gehört ggf. die Wartung oder Reparatur der elektronischen Geräte. Kosten entstehen auch bei der Verwendung von urheberrechtlich geschützten Standardformularen, die in regelmäßigen Abständen neu erworben werden.

Während es bei den Leistungsnachweisen um die Dokumentation routinemäßiger, bei unveränderter Gesundheitslage wiederkehrender Maßnahmen und Tätigkeiten geht, erfolgen **Meldungen zum Pflegebericht** bei außergewöhnlichen Vorkommnissen, bei einer Veränderung des Gesundheitszustands der bzw. des Pflegebedürftigen oder bei einer generellen Veränderung der Pflegesituation. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Pflegeeinrichtung sind verpflichtet, alle Auffälligkeiten oder Um-

stände, die möglicherweise eine Anpassung der Pflege und Pflegeablaufplanung erfordern, der Pflegedienstleitung zu melden. Das Spektrum der Auslöser solcher Meldungen reicht vom Sturz der bzw. des Pflegebedürftigen über die Verweigerung einer Nahrungs- oder Flüssigkeitsaufnahme bis hin zu Veränderungen im häuslichen Umfeld bei ambulant gepflegten Menschen. Da die Meldungen zum Pflegebericht anlassbezogen erfolgen, variiert die Häufigkeit solcher Meldungen für einzelne Pflegebedürftige stark.

Die eingehenden **Meldungen zum Pflegebericht** müssen von der Pflegedienstleitung **weiterverarbeitet** werden. Die Pflegefachkraft liest sie und fügt sie anschließend dem Pflegebericht bei. Zudem ist es notwendig, den **Pflegeplan** und den **Pflegeablaufplan** mit Blick auf die eingetretene Veränderung oder das gemeldete Ereignis hin zu **überprüfen** und gegebenenfalls Anpassungen, auch in Rücksprache mit den Pflegekräften, vorzunehmen. Ist die bzw. der Pflegebedürftige bspw. aus dem Bett gefallen, sind künftige Sicherungen zur Vermeidung eines erneuten Sturzes zu prüfen. Setzt hingegen Inkontinenz ein, muss der gesamte Plan zur Körperpflege dahingehend angepasst werden. Gehen die Anpassungen mit einem erhöhten Arbeitseinsatz einher, so können sie zu einer Einleitung eines Antrags auf Feststellung einer höheren Pflegestufe³⁶ aufgrund des gestiegenen Pflegebedarfs führen.

Neben den anlassbezogenen Überprüfungen der Pflegeplanung sind die Pflegeeinrichtungen angehalten, in regelmäßigen Abständen eine **routinemäßige Evaluierung der Pflegeplanung** durchzuführen. Dabei soll insbesondere überprüft werden, ob sich die Pflegesituation verändert hat und ob die in Pflege- und Pflegeablaufplan vorgesehenen Maßnahmen noch notwendig, ausreichend und zielführend sind. Ist dies nicht der Fall, muss die Pflegeplanung überarbeitet werden. Ergeben sich größere Änderungen, kommt auch hier die Veranlassung eines Höherstufungsantrags in Frage.

Neben den explizit auf die pflegerischen Leistungen bezogenen Dokumentationspflichten fallen zusätzlich administrative Tätigkeiten an. Zum einen müssen die kompletten Unterlagen (Leistungsnachweise, Meldungen zum Pflegebericht, Anpassungen des Pflegeberichts) betriebsintern **archiviert** werden, um die Leistungserbringung und Qualität der Pflege gegebenenfalls belegen zu können. Zum anderen müssen ambulante Pflegedienste zu Abrechnungszwecken monatlich die **Übermittlung der Leistungsnachweise** an die Pflegekasse/das private Pflegeversicherungsunternehmen veranlassen.

Neben dem Zeitaufwand, der bezogen auf jede pflegebedürftige Person ermittelt wurde, gibt es weitere Zeiten, die nicht klar einer einzelnen pflegebedürftigen Person zugeordnet werden können. Dies sind vor allem Schulungszeiten für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen, die in Form interner Sitzungen oder durch den Einsatz externer Trainerinnen bzw. Trainer anfallen. Die hierfür ermittelten Zeiten (bei internen Sitzungen) und Kosten (bei externen Trainerinnen bzw. Trainern) wurden im Rahmen des Projektes auf ein ganzes Jahr bezogen erhoben und anteilig auf alle in der Einrichtung betreuten Pflegebedürftigen verteilt.

³⁶ Die Aufwände der Pflegeeinrichtungen zur Einleitung eines Antrags auf Feststellung einer höheren Pflegestufe wurden im Rahmen des Projekts nicht betrachtet.

Erfüllungsaufwand

Einrichtung der Pflegedokumentation bei Neuaufnahme einer bzw. eines Pflegebedürftigen

Je nach Unterbringungsart und auch in Abhängigkeit vom Vorliegen einer Demenzerkrankung variiert der notwendige Zeitaufwand für das Einrichten der Pflegedokumentation bei Neuaufnahme einer bzw. eines Pflegebedürftigen deutlich (siehe Tabelle 50).

Tabelle 50: Einrichten der Pflegedokumentation, ggf. inkl. Rücksprache mit weiteren Stellen [Aufwand pro Neuaufnahme]

Aktivität	Vollstationäre Pflege	Tagespflege	Tagespflege Demenzkranke	Ambulanter Pflegedienst
	Min. pro Fall			
Sachbearbeitung	45,0	30,0	30,0	47,5
Interne Kommunikation	60,0	30,0	30,0	26,3
Externer Kontakt	82,5	60,0	60,0	62,5
Ausfüllen von Formularen	198,0	37,5	90,0	60,0
Gesamter Zeitaufwand	385,5	157,5	210	196,3

Am zeitintensivsten ist die Neuaufnahme im stationären Bereich mit 386 Minuten (rund 6,5 Stunden), während im Bereich der ambulanten Pflege der Zeitaufwand mit 196 Minuten (rund drei Stunden) nur etwa halb so groß ist. Die hinter diesen Zeiten stehenden Aktivitäten geben Aufschluss über die Ursachen der Differenz.

Deutliche Unterschiede zwischen beiden Einrichtungsarten zeigen sich bei interner Kommunikation sowie der Erstellung von Schriftstücken (in der Aktivität „Ausfüllen von Formularen“ ausgewiesen). Der interne Kontakt nimmt im stationären Bereich mehr als doppelt so viel Zeit in Anspruch (60 vs. 26 Minuten), die Erstellung von Schriftstücken sogar mehr als die dreifache Zeit (198 vs. 60 Minuten). Die zeitlichen Unterschiede lassen sich mit den unterschiedlichen Anforderungen an die Einrichtungsart erklären: Das Zusammenstellen der gesundheitlichen und persönlichen Informationen über die Patientin bzw. den Patienten muss unabhängig von der Einrichtungsart umfassend geschehen, um eine effektive Pflege zu gewährleisten. Entsprechend lassen sich bei den Aktivitäten, die vorrangig der Datenbeschaffung dienen (Aktivität „Sachbearbeitung“), nur geringe Differenzen ausmachen. Hingegen erfordert die konkrete Pflegeplanung – also vor allem die interne Abstimmung sowie die Erstellung von Pflegeplan und Pflegeablaufplan – im stationären Bereich deutlich mehr Zeit als bei ambulanten Einrichtungen. Eine nahezu zwangsläufige zeitliche Differenz resultiert aus der Tatsache, dass stationär Gepflegte stets vollumfänglich betreut werden müssen, während im Bereich der ambulanten Pflege oftmals Angehörige einen Teil der Pflege übernehmen, die Pflegedienste in diesen Fällen nur ergänzend tätig sind.

Im Mittel sind die benötigten Zeiten zur Einrichtung der Pflegedokumentation bei Erstaufnahme in der Tagespflege vergleichbar mit den Zeiten der ambulanten Pflegedienste. Hier wurde jedoch zusätzlich zwischen der Betreuung von demenzkranken und nicht demenzkranken Personen unterschieden. Während die Zeiten für Sachbearbeitung sowie interner und externer Kommunikation für beide Formen der Tagespflege bei insgesamt jeweils 120 Minuten liegen, zeigen sich deutliche Zeitunterschiede bei der Erstellung von Schriftstücken. Mit 90 Minuten ist der Zeitaufwand bei Demenzkranken fast dreimal so hoch wie bei nicht Demenzkranken (rund 38 Minuten).

Bei der Einordnung dieser Zahlen in das Gesamtbild zur Pflegedokumentation ist zu beachten, dass in der Tagespflege zwar überwiegend Demenzkranke betreut werden, sich aber nur rund 2,5 Prozent³⁷ der professionell gepflegten Pflegebedürftigen in dieser Einrichtungsform befinden. Die dort ermittelten Zeiten machen also nur einen verhältnismäßig kleinen Anteil am Gesamtergebnis der Erhebung aus (vgl. Tabelle 11 auf S. 36).

Neben den Pflegeeinrichtungen haben Angehörige/rechtliche Betreuerinnen bzw. Betreuer und Ärztinnen bzw. Ärzte Aufwände, die im Kontext der Einrichtung von Dokumentationsunterlagen anfallen. Für die Datenlieferung an die Pflegeeinrichtung investieren die Pflegebedürftigen, ihre Angehörigen oder ihre rechtlichen Betreuerinnen bzw. Betreuer im Mittel 60 Minuten (Tabelle 51). Der Zeitaufwand von Ärztinnen bzw. Ärzten für die Bereitstellung von Daten, der schätzungsweise bei jeder bzw. jedem zweiten Pflegebedürftigen anfällt (siehe Anhang 2), liegt pro Fall im Mittel bei 17 Minuten, der Sachaufwand für Kopien und Porto bei zusätzlich rund 1 Euro. Damit werden 1,5 Mio. Euro der Gesamtbelastung für die Wirtschaft durch die Einrichtung der Pflegedokumentation (rund 48 Mio. Euro; vgl. Tabelle 11 auf S. 36 und Anhang 1) durch die Datenlieferung der Ärztinnen bzw. Ärzte an Pflegeeinrichtungen verursacht.

Tabelle 51: Aufwand im Rahmen der Datenlieferung an Pflegeeinrichtung [Aufwand pro Fall]

Aktivität	Bürgerin/Bürger	Ärztin/Arzt (auch Krankenhaus)*
	Min. pro Fall	
Einarbeitung/ Beratung	-	2,5
Sachbearbeitung	x	3,5
Interne Kommunikation	x	2,0
Externer Kontakt	60,0	-
Ausfüllen von Formularen	-	6,0
Übermittlung	-	3,0
Gesamter Zeitaufwand	60,0	17,0
Sachkosten	EUR pro Fall	
Kopie/Porto	-	1,3

* bei jeder zweiten Neuaufnahme (vgl. Anhang 2).

³⁷ Vgl. hierzu Statistisches Bundesamt 2011: „Pfleigestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse.“ Tabelle 1.1 auf S. 8, Tabelle 3.4 auf S. 20.

Laufender Dokumentationsaufwand

Der Zeitaufwand für das Ausfüllen der Leistungsnachweise variiert erheblich in Abhängigkeit von der Einrichtungsform und auch in Abhängigkeit von der Erfassungsart (vollelektronisch, teilelektronisch, manuell). In vollstationären Pflegeeinrichtungen liegt der tägliche Zeitaufwand pro pflegebedürftiger Person zwischen 12,6 Minuten bei einer elektronischen und 10,3 Minuten bei einer teilelektronischen bzw. manuellen Erfassung (siehe Tabelle 52). Auf das Jahr (mit 365 Tagen) hochgerechnet ergibt sich daraus für vollstationäre Einrichtungen, die die elektronische Erfassung anwenden, ein zeitlicher Aufwand von 4.599 Minuten (rund 76,7 Stunden) je pflegebedürftiger Person. In den übrigen Fällen liegt der mittlere jährliche Zeitaufwand pro pflegebedürftiger Person bei 3.759,5 Minuten (rund 62,7 Stunden).

Tabelle 52: Aufwand im Rahmen des Ausfüllens von Leistungsnachweisen in vollstationärer Pflegeeinrichtung [Aufwand pro Tag]

Aktivität	Elektronische Erfassung	manuelle Erfassung	Erfassung teilweise elektronisch
	Min. pro Fall		
Externer Kontakt	0,1	0,3	0,3
Ausfüllen von Formularen	12,5	10,0	10,0
Gesamter Zeitaufwand	12,6	10,3	10,3
Sachkosten	EUR pro Fall		
Anschaffung	0,1	0,1	0,1

Auffällig ist der höhere Zeitwert für eine elektronische Erfassung. Das Ergebnis spiegelt die Erfahrungen einiger befragter Pflegeeinrichtungen wider, bei denen ein vollelektronisches System als zeitaufwändiger erlebt wurde und deshalb eine Rückkehr auf ein manuelles oder teilweise elektronisches System erfolgte. Die Einführung elektronischer Verfahren bedeutet erfahrungsgemäß für die Benutzerinnen bzw. den Benutzer eine durchaus erhebliche und zeitaufwändige Umstellung von manuell etablierten Abläufen auf IT-Systeme, die nicht in jedem Fall erfolgreich verläuft. In den Einrichtungen mit einem elektronischen System wurde in den Interviews nicht danach gefragt, wie lange mit diesem bereits gearbeitet wird. Auch eine pauschale Aussage über Anwenderfreundlichkeit oder Qualität der elektronischen Erfassungssysteme lässt sich anhand der ermittelten Zeitwerte nicht treffen. Zudem erfordert eine allgemeingültige Aussage über Qualität und Effizienz solcher Systeme eine tiefer gehende Betrachtung der Einzelfälle, die nicht Ziel der vorliegenden Untersuchung war. Denkbar ist bspw., dass trotz im Mittel höherer Zeiten elektronische Verfahren für Pflegeeinrichtungen einer bestimmten Größe oder Struktur durchaus effizienter sind.

Bei ambulanten Pflegediensten liegt der tägliche Aufwand für das Ausfüllen der Leistungsnachweise je pflegebedürftiger Person zwischen 5,2 Minuten bei manueller Erfassung und acht Minuten bei teilelektronischer Erfassung (Tabelle 53). Die benötigte Zeit bei einer vollelektronischen Erfassung liegt mit 6,1 Minuten zwischen diesen beiden Werten. Auf das Jahr (mit 365 Tagen) umgerechnet, nimmt

diese Tätigkeit zwischen 31,6 (manuell) und 48,7 Stunden (teilweise elektronisch) je Pflegebedürftiger bzw. je Pflegebedürftigem ein. Damit ist der Zeitaufwand für das Ausfüllen der Pflegenachweise im ambulanten Bereich etwa halb so groß wie im stationären.

Tabelle 53: Gesamtaufwand im Rahmen des Ausfüllens von Leistungsnachweisen in Tagespflege bzw. in ambulanten Pflegediensten [Aufwand pro Tag]

Aktivität	Tagespflege nach Bewohnerstruktur		Ambulanter Pflegedienst nach Erfassungsart		
	Tagespflege	Tagespflege Demenzkranke	Elektronische Erfassung	Manuelle Erfassung	Erfassung teilweise elektronisch
	Min. pro Tag				
Externer Kontakt	0,2	0,2	1,1	0,2	0,5
Ausfüllen von Formularen	5,0	8,0	5,0	5,0	7,5
Gesamter Zeitaufwand	5,2	8,2	6,1	5,2	8,0
Sachkosten	EUR pro Fall				
Externe Bearbeitung	0	0,1	0,1	0	0
Anschaffung	0,1	0,1	0	0	0,1
Gesamter Sachaufwand	0,1	0,2	0,1	0	0,1

Da die im Projekt befragten Tageseinrichtungen fast ausschließlich eine manuelle Erfassung der Leistungsnachweise durchführen, erfolgte keine weitere Differenzierung nach elektronischer oder teilelektronischer Erfassung. Wie schon beim Einrichten der Pflegedokumentation bei Neuaufnahme einer bzw. eines Pflegebedürftigen wurde auch beim Ausfüllen der Leistungsnachweise mit acht Minuten ein zeitlicher Mehraufwand in den Tagespflegeeinrichtungen ermittelt, die Menschen mit Demenz betreuen. Bei Einrichtungen ohne Demenzkranke liegt der Aufwand bei fünf Minuten (siehe Tabelle 53). Auf ein Jahr betrachtet sind das insgesamt 2.993 Minuten (49,9 Stunden) bzw. 1.898 Minuten (31,6 Stunden) pro Pflegebedürftiger bzw. Pflegebedürftigem, was in etwa der Zeit im Bereich der ambulanten Pflege entspricht.

Neben dem Ausfüllen der Leistungsnachweise müssen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen Änderungen des Gesundheitszustandes sowie besondere Vorkommnisse für den Pflegebericht melden. Die Pflegedienstleitung muss die entsprechenden Meldungen verarbeiten, dem Pflegebericht anfügen sowie ggf. die Pflegeplanung und Pflegeablaufplanung an die veränderte Situation anpassen. Da diese Meldungen pro pflegebedürftiger Person unregelmäßig erfolgen, wurde der Zeitaufwand nicht pro Fall sondern pro Tag angegeben.

Im stationären Bereich entsteht dabei mit anteilig 1,9 Minuten täglich und weiteren zwei Minuten für die Folgeprozesse der größte Zeitaufwand (siehe Tabelle 54 und Tabelle 55). In ambulanten Pflegeeinrichtungen benötigen die Pflegekräfte für diese Meldungen mit knapp unter einer Minute nur etwa halb so lange wie im vollstationären Bereich, während die Folgeprozesse mit durchschnittlich

1,7 Minuten etwa gleich lange dauern. Die Zeitaufwände in der Tagespflege sind mit 0,2 Minuten für die Meldungen und 0,3 bis 0,5 Minuten für die Folgeprozesse geringer.

Tabelle 54: Zeitaufwand im Rahmen von Meldungen zum Pflegebericht [Aufwand anteilig pro Tag]

Aktivität	Vollstationäre Pflege	Tagespflege	Tagespflege Demenzkranke	Ambulanter Pflegedienst
	Anteilig in Min. pro Tag			
Ausfüllen von Formularen	1,9	0,2	0,2	0,9

Tabelle 55: Zeitaufwand im Rahmen von Ergänzungen des Pflegeberichts, ggf. Überarbeitung der Pflegeplanung [Aufwand pro Tag]

Aktivität	Vollstationäre Pflege	Tagespflege	Tagespflege Demenzkranke	Ambulanter Pflegedienst
	Min. pro Tag			
Sachbearbeitung	2,0	0,5	0,3	1,7

Neben der anlassbezogenen Überarbeitungen der Pflegeplanung in Folge von Meldungen zu Änderungen des Gesundheitszustandes sowie besonderer Vorkommnisse erfolgt in regelmäßigen Abständen eine routinemäßige Evaluierung der Pflegeplanung. Die befragten vollstationären Einrichtungen gaben einen Zeitaufwand von durchschnittlich 60 Minuten je Evaluierung an; in der ambulanten Pflege ist der ermittelte Aufwand mit 50 Minuten etwas geringer (siehe Tabelle 56).

Sowohl ambulante als auch vollstationäre Einrichtungen geben durchschnittlich vier Evaluierungen pro Jahr pro pflegebedürftiger Person an (siehe Tabelle 56). Im Tagespflegebereich wird für die nicht anlassbezogenen Evaluierungen zwar weniger Zeit pro Fall angegeben, sie werden jedoch häufiger durchgeführt.

Tabelle 56: Zeitaufwand für nicht anlassbezogene Evaluierungen der Pflegeplanung [Aufwand pro Evaluierung]

Aktivität	Vollstationäre Pflege	Tagespflege	Tagespflege Demenzkranke	Ambulanter Pflegedienst
Sachbearbeitung pro Fall in Min.	60,0	15,0	25,0	50,0
Häufigkeit pro Jahr*	4,0	9,0	9,0	4,0
Jährlicher Zeitaufwand pro Pflegebedürftige/r in Min.	240,0	131,0	218,0	200,0

* siehe Anhang 2

Im Jahr benötigt die vollstationäre Pflegeeinrichtung mit 240 Minuten die meiste Zeit pro Pflegebedürftiger bzw. Pflegebedürftigem. Die Tagespflege nicht Demenzkranker weist mit rund 131 Minuten jährlich dagegen den geringsten Zeitaufwand für die Evaluierung auf.

Zur Qualitätssicherung und zur Beweisführung bei eventuellen Streitfällen müssen die Dokumentationsunterlagen – insbesondere die Leistungsnachweise – archiviert werden. Diese Tätigkeit wird i. d. R. einmal im Monat durchgeführt und beansprucht in vollstationären Einrichtungen im Mittel fünf Minuten je pflegebedürftiger Person; bei ambulanten Einrichtungen sind es vier Minuten (siehe Tabelle 57). Der Archivierungsaufwand bei Tagespflegeeinrichtungen ist demgegenüber mit 0,2 Minuten deutlich geringer.

Tabelle 57: Zeitaufwand für die Archivierung der Unterlagen [Aufwand pro Monat]

Aktivität	Vollstationäre Pflege	Tagespflege	Tagespflege Demenzkranke	Ambulanter Pflegedienst
	Min. pro Monat			
Sachbearbeitung	5,0	0,2	0,2	4,0

Ambulante Pflegedienste müssen zusätzlich zu Abrechnungszwecken die Leistungsnachweise an die Pflegekassen/private Pflegeversicherungsunternehmen übermitteln. Der Zeitaufwand hierfür liegt je pflegebedürftiger Person bei zusätzlichen 10 Minuten monatlich.

8. Antragsverfahren: Von der Beantragung bis zur Bescheidung

Für die im vorangegangenen Kapitel ermittelten Zeiten der zehn untersuchten Antragsverfahren sowie des Verfahrens zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers auf Anregung für alle beteiligten Normadressaten erfolgt im Folgenden eine Übertragung der Ergebnisse auf vier exemplarische Fallkonstellationen, die innerhalb der betrachteten Lebenslage vorkommen können.

Ausgehend von dem Aufwand der beteiligten Normadressaten bei ausgewählten Antragsverfahren soll aufgezeigt werden, wie sich dieser in Abhängigkeit von möglichem Unterstützungsbedarf der jeweiligen Fallkonstellation für die Beteiligten aufsummiert. Dabei werden zunächst die Fallkonstellationen skizziert und anschließend die daran anknüpfenden Gesamtaufwände pro Akteur tabellarisch dargestellt.

Die Kosten als monetarisierter Gesamtaufwand einer verfahrensübergreifenden Fallkonstellation ergeben sich für den jeweiligen Normadressaten aus der Addition der Kosten (monetarisierten Zeitaufwände) pro Antragsverfahren. Diese wiederum werden nach folgender Formel ermittelt:

$$K = Z * \frac{\text{Tarif}}{60}$$

Mit: K = Kosten in Euro je Antragsverfahren

Z = Zeitaufwand in Minuten je Antragsverfahren

Tarif = Stundenlohnsatz in Euro

8.1 Fallkonstellation A

Ein 74-jähriger gesetzlich versicherter Mann ohne Angehörige wird nach einem Sturz in ein Krankenhaus eingeliefert. Der Krankenhausarzt stellt fest, dass sein Patient im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt eine Rehabilitationsmaßnahme benötigt, um wieder normal gehen zu können. Der Sozialdienst im Krankenhaus (SiK) leitet daraufhin den **Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** ein.

Im Krankenhaus wird außerdem festgestellt, dass der Mann zukünftig Unterstützung brauchen wird, da er Symptome einer beginnenden Demenz zeigt und somit in seiner Alltagskompetenz eingeschränkt ist. Es folgt die Antragstellung auf **Feststellung der Pflegestufe** aus dem Krankenhaus mit Hilfe des Sozialdienstes im Krankenhaus. Der mit der Bearbeitung beauftragte Begutachtungsdienst führt zum späteren Zeitpunkt eine Begutachtung im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen durch und setzt hierfür einen internen Gutachter ein.

Nach der erfolgreichen Rehabilitation verschreibt der Hausarzt seinem Patienten **Heilmittel** in Form von Krankengymnastik, um die in der Rehabilitation erzielten Erfolge dauerhaft zu sichern.

8. Antragsverfahren: Von der Beantragung bis zur Bescheidung

Die aus der Fallkonstellation A resultierenden Antragsverfahren und die damit verbundenen Aufwände sind in Tabelle 58 (Bürgerinnen und Bürger) und Tabelle 59 (Wirtschaft und Verwaltung) dargestellt.

Tabelle 58: Gesamtaufwand für Fallkonstellation A – Bürgerinnen/Bürger -

	Antragsverfahren			Gesamtaufwand
	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Feststellung der Pflegestufe	Heilmittel	
Zeit in Min.	3,0	60,0	20,0	83,0
Sachkosten in EUR	-	-	1,70	1,70

Tabelle 59: Gesamtaufwand für Fallkonstellation A - Wirtschaft/Verwaltung -

		Normadressat				Kosten des Verfahrens insgesamt in EUR
		SiK	KK/PK	MDK und Gutachter/in	Arztpraxis	
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Zeit in Min.	116,5	33,4			-
	Tarif	28,80	35,40			-
	Kosten Zeit	55,92	19,71			75,63
	Sachkosten	0,70	1,00			1,70
	Kosten Verfahren	56,62	20,71			77,33
Feststellung der Pflegestufe	Zeit in Min.	137	65,9	107,8		-
	Tarif	46,20	35,40	35,40		-
	Kosten Zeit	105,49	38,88	63,60		207,97
	Sachkosten	0,60	1,70	0,50		2,80
	Kosten Verfahren	106,09	40,58	64,10		210,77
Heilmittel	Zeit in Min.				11,5	-
	Tarif				29,20	-
	Kosten Zeit				5,60	5,60
	Sachkosten				-	-
	Kosten Verfahren				5,60	5,60
Kosten für die Normadressaten insgesamt in EUR		162,71	61,29	64,10	5,60	293,70

Für Bürgerinnen und Bürger verursacht die Beantragung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit drei Minuten den niedrigsten Aufwand innerhalb der Fallkonstellation A (Tabelle 58). Der Zeitaufwand von 60 Minuten beim Antrag auf Feststellung der Pflegestufe entsteht dem Antragstellenden durch die Teilnahme an der Begutachtung durch den MDK-Gutachter. Dies ist nur ein Teil des ermittelten Aufwands, der Antragstellenden im Zusammenhang mit dem Grundantrag entstehen kann. Dem MDK entsteht für die Sachbearbeitung des Begutachtungsauftrags sowie für die Durchführung

der Begutachtung insgesamt ein Zeitaufwand von 107,8 Minuten, der umgerechnet Kosten in Höhe von 64,10 Euro verursacht (Tabelle 59).

Für Wirtschaft und Verwaltung ist innerhalb der Fallkonstellation A das Verfahren zur Feststellung der Pflegestufe mit 210,77 Euro das teuerste Verfahren und verursacht über zwei Drittel der Gesamtkosten dieser Konstellation (293,70 Euro; Tabelle 59). Von den 210,77 Euro fallen rund 50 Prozent der Kosten auf den Sozialdienst im Krankenhaus (106,09 Euro). In dieser Fallkonstellation ist er an zwei von drei Antragsverfahren beteiligt und hat dadurch mit insgesamt 162,71 Euro die meisten Aufwände (rund 55 Prozent der Gesamtkosten der Wirtschaft und Verwaltung). Diese Belastung resultiert aus dem Umstand, dass der Sozialdienst im Krankenhaus prinzipiell stellvertretend für die Bürgerin oder den Bürger die Antragstellung bzw. -anregung für zwei Verfahren (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Feststellung der Pflegestufe) übernehmen kann. Die Arztpraxis ist an nur einem Antragsverfahren (Antrag auf Heilmittel) beteiligt und hat mit 5,60 Euro den niedrigsten Aufwand.

8.2 Fallkonstellation B

Eine 80-jährige gesetzlich versicherte Frau ist nach einer stationären Behandlung einer chronischen Lungenentzündung aus dem Krankenhaus entlassen worden. Ihr Hausarzt verschreibt ihr **häusliche Krankenpflege**, da sie infolge der Krankheit neben weiterer ärztlicher Behandlung und medizinischer Behandlungspflege vorerst auf Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen angewiesen ist. Ein Pflegedienst unterstützt sie nun zehn Tage bei der täglichen Körperpflege und im hauswirtschaftlichen Bereich (Kochen, Einkaufen etc.). Im Rahmen der Antragsbearbeitung muss der Pflegedienst Rückfragen der Krankenkasse beantworten und die Einsatznotwendigkeit bestätigen, da der Sohn der Antragstellerin aus beruflichen Gründen die Unterstützung nicht übernehmen kann.

Der Pflegedienst stellt fest, dass die Frau vermutlich dauerhaft pflegebedürftig sein wird. Nach einem Beratungsgespräch mit der Klientin und ihrem Sohn stellt die Familie einen **Antrag auf Feststellung der Pflegestufe**. Der Pflegedienst nimmt an der Begutachtung durch den MDK teil, da der Sohn nicht anwesend sein kann. Während der Begutachtung wird ersichtlich, dass die Frau pflegebedürftig ist und das Waschbecken im Badezimmer umgebaut werden muss. Die MDK-Gutachterin vermerkt die Notwendigkeit von **wohnumfeldverbessernden Maßnahmen** in ihrem Gutachten und empfiehlt der Frau zeitnah nach Erhalt des Pflegebescheides einen Antrag auf einen Zuschuss für die Umbaumaßnahme zu stellen.

Die 80-jährige Frau benötigt einen Sauerstoffkonzentrator. Die Verordnung für das **technische Hilfsmittel** wird ihr von ihrem Hausarzt ausgestellt.

Außerdem stellt der Sohn für sie einen Antrag auf **Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen für chronisch Kranke**, da seine Mutter in den letzten Quartalen hohe Zuzahlungen für Medikamente geleistet hat. Da der MDK während der Begutachtung prognostiziert hat, dass die Pflegestufe I verge-

8. Antragsverfahren: Von der Beantragung bis zur Bescheidung

ben wird, ist der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung an eine ärztliche Bescheinigung über das Vorliegen der chronischen Erkrankung geknüpft.

Die Antragsverfahren der Fallkonstellation B sowie die damit verbundenen Aufwände für die in den Fall eingebundenen Akteure sind in Tabelle 60 und Tabelle 61 dargestellt.

Tabelle 60: Gesamtaufwand für Fallkonstellation B – Bürgerinnen/Bürger –

	Antragsverfahren					Gesamtaufwand
	Häusliche Krankenpflege	Feststellung der Pflegestufe	Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	Technisches Hilfsmittel	Zuzahlungsbefreiung	
Zeit in Min.	48,0	218,0	191,0	25,0	53,5	535,5
Sachkosten in EUR	0,90	2,00	1,20	1,20	1,00	6,30

Innerhalb der Fallkonstellation B ist für die Bürgerin das Antragsverfahren zur Feststellung der Pflegestufe mit insgesamt 218 Minuten und Sachkosten in Höhe von 2 Euro das aufwändigste Verfahren (Tabelle 60). Die Zeit setzt sich dabei sowohl aus dem zeitlichen Aufwand für die Antragstellung (158 Minuten) als auch durch die Teilnahme an der Begutachtung durch die MDK-Gutachterin zusammen (60 Minuten; vgl. hierzu Tabelle 13 auf S. 50 und Tabelle 16 auf S. 53). Die meiste Zeit für eine Antragstellung benötigt die Bürgerin für die Beantragung eines Zuschusses für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen mit 191 Minuten. Die Beantragung eines technischen Hilfsmittels erfordert mit 25 Minuten und Sachkosten in Höhe von 1,20 Euro den niedrigsten Aufwand. Für die Fallkonstellation B würden analog betroffene Bürgerinnen und Bürger einen Zeitaufwand von rund 9 Stunden investieren müssen.

Für Wirtschaft und Verwaltung belaufen sich die Gesamtkosten auf 234,50 Euro (Tabelle 61). Mit 141,88 Euro entfallen 60 Prozent der Gesamtkosten auf das Antragsverfahren zur Feststellung der Pflegestufe. An dem Verfahren sind ein ambulanter Pflegedienst, die gesetzliche Pflegekasse und der MDK beteiligt. Mit 64,10 Euro wird der meiste Kostenanteil dieses Antragsverfahrens durch den MDK (inkl. MDK-Gutachterin) getragen (rund 45 Prozent).

Das Antragsverfahren auf ein technisches Hilfsmittel verursacht mit 17,87 Euro den niedrigsten Aufwand innerhalb dieser Fallkonstellation. Hier sind die Arztpraxis und die gesetzliche Krankenkasse beteiligt. 70 Prozent dieser Kosten (12,52 Euro) entfallen auf die Bearbeitung des Antrags durch die gesetzliche Krankenkasse.

Tabelle 61: Gesamtaufwand für Fallkonstellation B – Wirtschaft/Verwaltung –

		Normadressat				Kosten des Verfahrens insgesamt in EUR	
		Arztpraxis	Ambulanter Pflegedienst	KK/PK	MDK und Gutachter/in		
Häusliche Krankenpflege	Zeit in Min.	18	14,2	15,1		-	
	Tarif	In EUR	26,90	28,80	35,40		-
	Kosten Zeit		8,07	6,82	8,91		23,80
	Sachkosten			1,00	1,20		2,20
	Kosten Verfahren		8,07	7,82	10,11		26,00
Feststellung der Pflegestufe	Zeit in Min.		77,5	65,9	107,8	-	
	Tarif	In EUR	28,80	35,40	35,40	-	
	Kosten Zeit		37,20	38,88	63,60	139,68	
	Sachkosten			1,70	0,50		2,2
	Kosten Verfahren			37,20	40,58	64,10	141,88
Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	Zeit in Min.			33,8		-	
	Tarif	In EUR		35,40		-	
	Kosten Zeit			19,94		19,94	
	Sachkosten			1,50		1,50	
	Kosten Verfahren			21,44		21,44	
Technisches Hilfsmittel	Zeit in Min.	11		18,5		-	
	Tarif	In EUR	29,20	35,40		-	
	Kosten Zeit		5,35	10,92		16,27	
	Sachkosten			1,60		1,60	
	Kosten Verfahren		5,35	12,52		17,87	
Zuzahlungsbefreiung	Zeit in Min.	10,5		35,6		-	
	Tarif	In EUR	26,90	35,40		-	
	Kosten Zeit		4,71	21,00		25,71	
	Sachkosten			1,60		1,60	
	Kosten Verfahren		4,71	22,60		27,31	
Kosten für Normadressaten insgesamt in EUR		18,13	45,02	107,25	64,10	234,50	

Die gesetzliche Krankenkasse bzw. die gesetzliche Pflegekasse ist an jedem Antragsverfahren der Fallkonstellation B beteiligt. Daher entfallen mit 107,25 Euro rund 46 Prozent der Gesamtkosten für Wirtschaft und Verwaltung auf diesen Normadressaten. Obwohl der MDK (inkl. MDK-Gutachterin) nur an einem Antragsverfahren der Fallkonstellation beteiligt ist, dem Verfahren zur Feststellung der Pflegestufe, werden trotzdem mit 64,10 Euro knapp ein Drittel der Gesamtkosten von dieser Institution getragen. Der Arztpraxis, die in drei von vier Antragsverfahren eingebunden ist, entsteht mit insgesamt 18,13 Euro der geringste Aufwand.

8.3 Fallkonstellation C

Ein privat versicherter 82-jähriger Mann wird in ein Krankenhaus eingeliefert. Aufgrund einer fortgeschrittenen Erkrankung ist von einer zukünftigen Pflegebedürftigkeit auszugehen. Der Sozialdienst im Krankenhaus (SiK) übernimmt für seinen Patienten die Antragstellung auf **Feststellung der Pflegestufe**.

Nachdem der Antrag auf Feststellung der Pflegestufe bewilligt wurde, beantragt der Pflegebedürftige auf einen Hinweis seines Pflegedienstes Bettschutzeinlagen. Dieses **zum Verbrauch bestimmtes Pflegehilfsmittel** erleichtert dem Pflegedienst die Arbeit.

Der Rentner ist das erste Mal in seinem Leben auf staatliche Unterstützung angewiesen, da er und seine Angehörigen die verbleibenden Ausgaben für die Pflege nicht tragen können. Sein Schwiegersohn unterstützt ihn beim **Antrag auf Hilfe zur Pflege** und muss dem Sozialamt für sich und seine Frau ebenfalls Auskunft über ihre Bruttoeinkünfte geben.

Die Antragsverfahren der Fallkonstellation C und die damit verbundenen Aufwände der Beteiligten sind in Tabelle 62 und Tabelle 63 dargestellt.

Tabelle 62: Gesamtaufwand für Fallkonstellation C – Bürgerinnen/Bürger –

	Antragsverfahren			Gesamtaufwand
	Feststellung der Pflegestufe	Zum Verbrauch bestimmtes Pflegehilfsmittel	Hilfe zur Pflege	
Zeit in Min.	60,0	10,0	555,0	625,0
Sachkosten in EUR	-	0,20	22,40	22,60

Tabelle 63: Gesamtaufwand für Fallkonstellation C – Wirtschaft/Verwaltung –

		Normadressat				Kosten des Verfahrens insgesamt in EUR	
		SiK	PPV	MEDIC-PROOF	Sozialhilfeträger		
Feststellung der Pflegestufe	Zeit in Min.	137	76,6	32,8		-	
	Tarif	In EUR	46,20	37,20	37,20		-
	Kosten Zeit		105,49	47,49	20,34		173,32
	Sachkosten		0,60	3,00	142,00		145,60
	Kosten Verfahren		106,09	50,49	162,34		318,92
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Zeit in Min.		3			-	
	Tarif	In EUR		37,20			-
	Kosten Zeit			1,86			1,86
	Sachkosten			2,00			2,00
	Kosten Verfahren			3,86			3,86
Hilfe zur Pflege	Zeit in Min.		4		325	-	
	Tarif	In EUR		37,20		52,40	-
	Kosten Zeit			2,48		283,83	286,31
	Sachkosten			2,00		5,00	7,00
	Kosten Verfahren			4,48		288,83	293,31
Kosten für die Normadressaten insgesamt in EUR		106,09	58,83	162,34	288,83	616,09	

Wie in Tabelle 62 dargestellt, benötigt der Bürger durch seine Pflegebedürftigkeit auch Hilfe zur Pflege. Für die Beantragung dieser Leistung wird mit insgesamt 555 Minuten (88,8 Prozent des gesamten Zeitaufwands des Bürgers für Fallkonstellation C) der höchste Zeitaufwand benötigt. Davon entfallen 315 Minuten und Sachkosten in Höhe von 7,40 Euro auf den pflegebedürftigen Antragsteller, 240 Minuten und Sachkosten in Höhe von 15 Euro auf die Angehörigen, die dem Sozialhilfeträger eine Auskunft erteilen müssen. Mit 10 Minuten Zeitaufwand und 0,20 Euro Sachkosten verursacht die Beantragung des zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittels nur einen geringen Aufwand. Dadurch, dass die Antragstellung auf Feststellung der Pflegestufe durch den Sozialdienst im Krankenhaus erfolgt, entsteht dem Pflegebedürftigen im Rahmen dieses Antragsverfahren nur ein Zeitaufwand von 60 Minuten für die Teilnahme an der Begutachtung durch eine externe Gutachterin oder einen externen Gutachter des Begutachtungsdienstes MEDICPROOF.

Mit 318,92 Euro von insgesamt 616,09 Euro werden knapp 52 Prozent der Gesamtkosten für Wirtschaft und Verwaltung durch den Antrag auf Feststellung der Pflegestufe verursacht (Tabelle 63). Rund die Hälfte der Kosten in Zusammenhang mit dem Grundantrag wird dabei von MEDICPROOF getragen. Da MEDICPROOF externe Gutachterinnen und Gutachter für die Begutachtung einsetzt und hierfür Sachkosten in Höhe von 142 Euro entstehen, sind bei diesem Antragsverfahren die Aufwände für den Begutachtungsdienst mit 162,34 Euro höher als die Aufwände, die dem MDK und der internen

MDK-Gutachterin bzw. dem internen MDK-Gutachter (insgesamt 64,10 Euro) entstehen und die bei den beiden zuvor beschriebenen Fallkonstellationen genannt wurden. Ein Drittel der Gesamtkosten für Aufwände durch den Antrag auf Feststellung der Pflegestufe (106,09 Euro) entfallen auf den Sozialdienst des Krankenhauses.

Die niedrigsten Kosten entstehen durch das Antragsverfahren auf das zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (3,86 Euro). Diese werden durch das private Pflegeversicherungsunternehmen getragen.

Innerhalb der Fallkonstellation C entstehen die meisten Aufwände der Normadressaten Wirtschaft und Verwaltung dem Sozialhilfeträger. Diese belaufen sich auf 288,83 Euro und stellen rund 47 Prozent der Gesamtkosten für diese Normadressaten dar. Das private Pflegeversicherungsunternehmen ist innerhalb dieser Fallkonstellation an allen drei Antragsverfahren beteiligt. Da zwei dieser Antragsverfahren mit drei bzw. vier Minuten vergleichsweise niedrige Zeitaufwände verursachen, trägt sie aber mit 58,83 Euro nur knapp zehn Prozent der Gesamtkosten.

8.4 Fallkonstellation D

Eine 75-jährige Rentnerin ist privat versichert. Ihre Schwiegertochter hat sie bereits einige Monate betreut und gepflegt, bis sie und ihr Mann sich dazu entschieden haben, einen **Antrag auf Feststellung der Pflegestufe** zu stellen.

Da die Schwiegertochter ihre Arbeitszeit auf 30 Stunden in der Woche reduziert, um die Pflege ihrer Schwiegermutter gewährleisten zu können, muss das private Pflegeversicherungsunternehmen ihrer Schwiegermutter monatliche Rentenversicherungsbeiträge für sie leisten, da **Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen** besteht.

Nach einigen Monaten muss aufgrund der fortschreitenden Pflegebedürftigkeit ein Treppenlift angeschafft werden, weil die Wohnung der Pflegebedürftigen im Dachgeschoss liegt. Schwiegertochter und Sohn wissen von der möglichen Kostenbeteiligung des privaten Pflegeversicherungsunternehmens an solchen Baumaßnahmen und unterstützen die Rentnerin beim **Antrag auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen**.

Die aus der Fallkonstellation D resultierenden Antragsverfahren und die damit verbundenen Aufwände sind in Tabelle 64 und Tabelle 65 dargestellt.

Tabelle 64: Gesamtaufwand für Fallkonstellation D – Bürgerinnen/Bürger –

	Antragsverfahren			Gesamtaufwand
	Feststellung der Pflegestufe	Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung	Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	
Zeit in Min.	218,0	16,0	191,0	425,0
Sachkosten in EUR	2,00	1,00	1,20	4,20

8. Antragsverfahren: Von der Beantragung bis zur Bescheidung

Innerhalb der Fallkonstellation D ist für die Bürgerin das Antragsverfahren zur Feststellung der Pflegestufe mit insgesamt 218 Minuten und Sachkosten in Höhe von 2 Euro das aufwändigste Verfahren (Tabelle 64). Dabei setzt sich die Gesamtzeit sowohl aus dem zeitlichen Aufwand von 158 Minuten für die Antragstellung als auch dem zeitlichen Aufwand von 60 Minuten für die Teilnahme an der Begutachtung, die durch die externe MEDICPROOF-Gutachterin bzw. den externen MEDICPROOF-Gutachter durchgeführt wird, zusammen (vgl. hierzu Tabelle 13 auf S. 50 und Tabelle 16 auf S. 53). Wie bei den Erläuterungen zum Gesamtaufwand der Fallkonstellation B bereits dargestellt (vgl. S. 123) entsteht jedoch auch hier der höchste Zeitaufwand für eine Antragstellung durch den Antrag auf einen Zuschuss für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen. Dieser liegt bei 191 Minuten. Den niedrigsten Aufwand verursacht das Antragsverfahren auf Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung. Die dabei anfallenden 16 Minuten sowie Sachkosten von 1 Euro werden nicht durch die Pflegebedürftige selbst, sondern ihre leistungsberechtigte Angehörige erbracht.

Tabelle 65: Gesamtaufwand für Fallkonstellation D – Wirtschaft –

		Normadressat		Kosten des Verfahrens insgesamt in EUR
		PPV	MEDICPROOF	
Feststellung der Pflegestufe	Zeit in Min.	76,6	32,8	-
	Tarif	37,20	37,20	-
	Kosten Zeit	47,49	20,34	67,83
	Sachkosten	3,00	142,00	145,00
	Kosten Verfahren	50,49	162,34	212,83
Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung	Zeit in Min.	23,8		-
	Tarif	37,20		-
	Kosten Zeit	14,76		14,76
	Sachkosten	2,00		2,00
	Kosten Verfahren	16,76		16,76
Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	Zeit in Min.	31,3	32,5	-
	Tarif	37,20	37,20	-
	Kosten Zeit	19,41	20,15	39,56
	Sachkosten	2,00	70,00	72,00
	Kosten Verfahren	21,41	90,15	111,56
Kosten für die Normadressaten insgesamt in EUR		88,66	252,49	341,15

Bei der Fallkonstellation D ist die Verwaltung nicht beteiligt, sondern nur der Normadressat Wirtschaft. Hier entstehen die meisten Aufwände durch den Antrag auf Feststellung der Pflegestufe (Tabelle 65). Mit 212,83 Euro entfallen 62 Prozent der Gesamtkosten (341,15 Euro) auf dieses Antragsverfahren. Dabei werden drei Viertel der Kosten für dieses Antragsverfahren durch MEDICPROOF getragen (162,34 Euro). Auch beim Antrag auf einen Zuschuss für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

8. Antragsverfahren: Von der Beantragung bis zur Bescheidung

bessernde Maßnahmen entfällt mit 90,15 Euro von insgesamt 111,56 Euro der Großteil der Verfahrenskosten auf MEDICPROOF. 84 Prozent der Kosten bei MEDICPROOF für beide Verfahren entstehen als Sachkosten durch die Beauftragung externer Gutachterinnen oder Gutachter.

9. Verfahrensdauer

Die mit Hilfe der Aktivitäten gemessenen und in Kapitel 5 und Kapitel 7 dargestellten Zeiten sind die *Nettbearbeitungszeiten* eines Normadressaten. Die daraus ermittelte Gesamtbearbeitungsdauer sagt aus, wie lange eine Verfahrensbeteiligte bzw. ein Verfahrensbeteiligter aktiv an dem Antrag gearbeitet hat. Für die antragstellende Person kann das die Zeit sein, die sie benötigte um das Formular auszufüllen oder ein Dokument zu suchen, für eine Sachbearbeiterin oder einen Sachbearbeiter bei der Krankenkasse hingegen auch Zeit, die sie oder er benötigte um über den spezifischen Fall mit einer Kollegin bzw. einem Kollegen zu reden. In den Arztpraxen sind u. a. solche Zeiten in die Nettobearbeitungszeiten eingegangen, die aktiv mit dem Ausstellen einer Verordnung zugebracht werden.

Neben diesen Nettobearbeitungszeiten wurden die befragten Antragstellenden zusätzlich um Angaben zur Verfahrensdauer gebeten, d. h. zu der Zeitspanne vom Beginn der Antragstellung bis zur entsprechenden Bescheidung (Bruttobearbeitungszeiten). Die Antragstellenden wurden aber nicht gefragt, ob Ihnen Gründe bekannt sind, die die Dauer des Verfahrens erklären.

Die Bruttobearbeitungszeiten umfassen neben den Nettobearbeitungszeiten auch Liege- und Wartezeiten. Zu den Liegezeiten können sowohl Zeiten zählen, in denen ein Antrag bei der antragstellenden Person unbearbeitet bzw. unversendet verweilt als auch Zeiten, in denen ein Antrag in der Poststelle oder auf einem Bearbeitungstapel einer Verwaltung oder eines Unternehmens liegt und nicht bearbeitet wird. Wartezeiten können den Bürgerinnen und Bürgern entstehen, wenn kein fester Termin für eine Beratung gemacht werden konnte; Wartezeiten bei der Verwaltung können durch unvollständige Antragsunterlagen entstehen. In diesem Fall können Anträge nicht weiter bearbeitet werden.

Durch die Angaben der Bürgerinnen und Bürger zur Frage nach der Verfahrensdauer konnten Zeiträume von Beginn der Antragstellung bis zum Erhalt des Bescheids/der Entscheidung ermittelt werden. Diese Bruttobearbeitungszeiten werden den entsprechenden Nettobearbeitungszeiten aller beteiligten Akteure im Folgenden gegenübergestellt.

Die Gegenüberstellung erfolgt für die folgenden vier Antragsverfahren:

1. Antrag auf Feststellung der Pflegestufe
2. Widerspruchs-/Einspruchsverfahren (im Rahmen des Erstantrags auf Feststellung der Pflegestufe)
3. Antrag auf einen Zuschuss für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
4. Antrag auf Hilfe zur Pflege

9.1 Gegenüberstellung der Netto- und der Bruttobearbeitungszeiten

Für den Vergleich ist Folgendes zu beachten: Es sind nur die Nettobearbeitungszeiten derjenigen Normadressaten in die Berechnungen eingegangen, die tatsächlich eine unmittelbare Auswirkung auf die Dauer des Antragsverfahrens haben können. Dies ist z. B. bei der Datenzulieferung im Rahmen der Feststellung der Pflegestufe durch die Arztpraxis oder die Pflegeeinrichtungen der Fall. Bevor eine notwendige Datenzulieferung nicht vollumfänglich erfolgt ist, kann das Verfahren nicht weitergeführt werden, d. h. hier können Wartezeiten entstehen. In die Berechnung der Nettobearbeitungszeiten sind dagegen Beteiligungen von Dritten (durch bspw. Anwesenheiten) am Verfahren nicht eingegangen. Dazu gehört die Teilnahme an der Begutachtung einer pflegebedürftigen Person durch eine Angehörige bzw. einen Angehörigen und/oder eine Mitarbeiterin bzw. einen Mitarbeiter einer Pflegeeinrichtung, da dieser Aufwand zeitgleich mit dem Aufwand der pflegebedürftigen Person erbracht wird. Der zeitgleiche Aufwand mehrerer Normadressaten führt zwar zum Zeit- und Kostenaufwand bei beteiligten Normadressaten, hat aber keinen verlängernden Einfluss auf die gesamte Verfahrensdauer.

Die **normadressatenübergreifende Nettobearbeitungszeit** wurde errechnet aus den aufsummierten Gesamtbearbeitungszeiten der beteiligten Normadressaten (vgl. Kapitel 7) und anschließend auf einen Acht-Stunden-Arbeitstag (480 Minuten) umgerechnet. Die **Bruttozeiten** basieren auf den Angaben der Bürgerinnen und Bürger und geben die im Mittel festgestellte Verfahrensdauer eines Antragsverfahrens in Tagen (24-Stunden-Tag) an. In Tabelle 66 sind die Ergebnisse der Gegenüberstellung – getrennt nach gesetzlich und privat Versicherten – enthalten.

Tabelle 66: Gegenüberstellung der Netto- und Bruttobearbeitungszeiten bei verschiedenen Antragsverfahren

Antragsverfahren		Bearbeitungszeiten in Tagen		Nettozeit in % zur Bruttozeit
		Netto	Brutto	
Feststellung der Pflegestufe	Gesetzlich	0,73	47,5	1,5
	Privat	0,73	47,5	1,5
Widerspruch-/Einspruch	Gesetzlich	0,79	56	1,4
	Privat	0,69	56	1,2
Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	Gesetzlich	0,58	36	1,6
	Privat	0,55	36	1,5
Hilfe zur Pflege (erstmalig)	Gesetzlich	1,87	45,5	4,1
	Privat	1,84	45,5	4,0
Hilfe zur Pflege bei bereits Sozialhilfeempfänger/in	Gesetzlich	1,07	45,5	2,4
	Privat	1,04	45,5	2,3

Zunächst zeigt sich, dass es bei den Nettobearbeitungszeiten nur minimale und bei den Bruttobearbeitungszeiten keine Differenzen zwischen privat und gesetzlich Versicherten gibt. Des Weiteren zeigt

die Gegenüberstellung, dass die Nettozeiten gemessen an den Bruttozeiten nur einen kleinen Teil der Verfahrensdauer ausmachen. Bei allen Verfahren liegt der Anteil unter fünf Prozent. Daraus folgt, dass die Dauer der Verfahren deutlich stärker davon abhängt, wie lange der Postweg, die Liegezeiten und weitere Wartezeiten sind als von der aktiven Antragsbearbeitung bzw. -stellung. Sollen Verfahren zeitlich spürbar beschleunigt werden, sind Maßnahmen notwendig, die diese Liege- und Wartezeiten verringern. Dies bedeutet jedoch nicht, dass Maßnahmen zur Reduzierung der Nettobearbeitungszeiten keinen Beitrag zum Abbau bürokratischer Hemmnisse leisten können. Zum einen bestehen Wechselwirkungen zwischen komplizierten Antragsverfahren und Liege- bzw. Wartezeiten. So können Wartezeiten deswegen entstehen, weil komplizierte Anträge unvollständig ausgefüllt wurden. Eine Vereinfachung der Verfahren kann dann sowohl zur Reduktion der Netto- als auch der Bruttobearbeitungszeiten führen. Zum anderen empfinden viele Beteiligte gerade die aktive Antragsstellung und Bearbeitung stärker als Belastung als das eigentliche Warten auf den Bescheid.

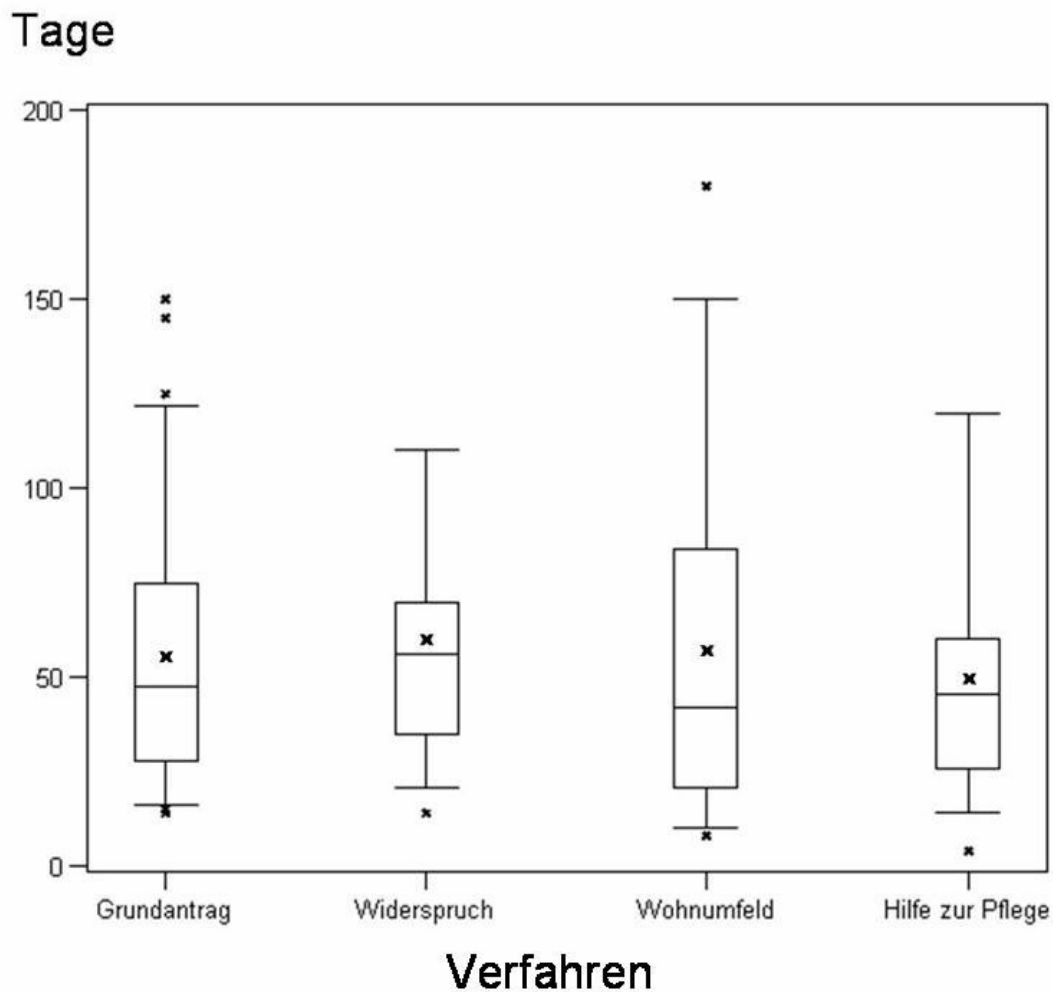
9.2 Unterschiede in der Verfahrensdauer eines Antragsverfahrens im Einzelfall

Die Verfahrensdauer ist von Einzelfall zu Einzelfall selbst bei gleichen Anträgen unterschiedlich. Um einen Eindruck über diese Unterschiede bei den vier ausgewählten Verfahren zu erhalten, wird in Abbildung 6 die Verteilung der ermittelten Verfahrensdauer grafisch in Form von Boxplots dargestellt.

Ein Boxplot informiert über die Streuung der Zeitangaben zur Verfahrensdauer: Je länger die Box, desto größer die Unterschiede. Die untere Grenze der Box kennzeichnet das erste Quartil, d. h. 25 Prozent aller ermittelten Zeitwerte zur Verfahrensdauer liegen darunter, sprich sind geringer und liegen außerhalb der Box. Die obere Grenze der Box stellt das dritte Quartil dar, d. h. 25 Prozent aller ermittelten Zeitwerte liegen oberhalb der Grenze, sprich sind höher. Der horizontale Strich im mittleren Bereich der Box zeigt den Median, d. h. die entsprechenden Werte der Bruttobearbeitungszeiten aus der Tabelle 66. Die Linien außerhalb der Box stellen den „normalen Abweichungsbereich“ dar³⁸. Liegen einzelne Werte besonders weit entfernt von den Mittelwerten, dann werden diese „Ausreißer“ durch Kreuze außerhalb dieser Linien gekennzeichnet. Existieren keine Ausreißer, dann stellen die Enden der Linien jeweils den Minimal- und Maximalwert der Verteilung dar. Ergänzend dazu ist jeweils oberhalb der Median-Werte das mit "x" gekennzeichnete arithmetische Mittel der Verfahrensdauer abgebildet.

³⁸ Diese Linien werden Whiskers genannt. Der obere Whisker führt bis zum höchsten geschätzten Zeitwert, der kleiner oder gleich dem dritten Quartil zuzüglich dem 1,5-fachen Interquartilsabstand ist. Der untere Whisker führt bis zum niedrigsten Wert der Verteilung, der größer oder gleich dem ersten Quartil minus dem 1,5-fachen Interquartilsabstand ist.

Abbildung 6: Streuung der Angaben zur Verfahrensdauer



Beim Vergleich der Boxplots untereinander fällt auf, dass der Antrag auf einen Zuschuss für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen die größte und das Widerspruchs-/Einspruchsverfahren zur Feststellung der Pflegestufe die kleinste Spannweite der Zeitwerte aufweist. Der Antrag auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen hat zwar – wie auch Tabelle 66 gezeigt hat – im Schnitt mit die geringste Verfahrensdauer, kann aber im Einzelfall länger dauern als die anderen Verfahren.

Insgesamt fällt auf, dass alle Verfahren im Einzelfall mehr als doppelt so lange dauern können als im Durchschnitt. Allerdings ist auch zu erwähnen, dass es Ausreißer nach unten gibt, d. h. dass Verfahren auch sehr schnell abgewickelt wurden und es nur wenige Wochen von der Antragstellung bis zur Bescheidung gedauert hat. Extreme Ausreißer nach oben sind dagegen sehr selten und kamen auch nur bei zwei Verfahren, dem Grundantrag und dem Antrag auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, vor.

10. Verbesserungsvorschläge

Vorschläge zur Verbesserung und zur Vereinfachung der Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Pflegebedürftige und chronisch Kranke sowie des Verfahrens der Pflegedokumentation wurden in allen Phasen des Projekts – unabhängig von der Ermittlung des Erfüllungsaufwands – gesammelt. Sie werden nur genannt, wenn sie nach der Definition des Erfüllungsaufwands Aufwandsentlastungen bewirken können. Vorschläge, die über die Definition des Erfüllungsaufwand hinausgehen (bspw. Änderungen von Steuer- oder Sozialversicherungsleistungen), werden nicht behandelt. Das Statistische Bundesamt hat die Vorschläge zusammengestellt, jedoch weder bewertet noch auf ihre rechtliche Umsetzbarkeit hin geprüft. Quellen sind dabei die geführten Befragungen und Expertengespräche.

10.1 Zusammenfassende Vorschau

Einige Verbesserungsvorschläge wurden wiederholt und bezogen auf nahezu alle Anträge genannt. In diesem Zusammenhang kann angenommen werden, dass es sich um zentrale Vereinfachungspotenziale handelt, die zu einer spürbaren Verbesserung der Verfahren beitragen könnten. Weitere Vorschläge sind übergeordnet und grundsätzlich auf mehrere Verfahren übertragbar. Sie betreffen die Bereiche Gestaltung von Formularen, Übermittlungswege und Transparenz.

Gestaltung von Antragsformularen

Die kassenübergreifende Vereinheitlichung von Antragsformularen ist einer der am häufigsten genannten Vereinfachungsvorschläge. Die bestehenden Formulare sollten sprachlich und gestalterisch verbessert werden. Ansatzpunkte sind Formulierungen, Schriftgröße, Informationsgehalt und Komplexitätsgrad.

Über einen Vergleich der bestehenden Formulare (Antragsformulare und Verordnungen) von möglichst vielen Kassen könnte festgestellt werden, welche Angaben und Fragen sich vereinheitlichen lassen und welche Angaben aufgrund von kassenspezifischen Besonderheiten differenziert bleiben müssen. Zur Entlastung der Antragstellerinnen bzw. Antragsteller und zur Reduzierung der Fehlerquote bei der Antragstellung (fehlende oder falsche Angaben) sollten die Antragsformulare Pretests unterzogen werden.

Übermittlungswege von Anträgen, Informationen und Bescheiden

Die Verbesserung der Übermittlungswege für Anträge und weiterführende Informationen ist die zweite Kernbotschaft. In der elektronischen Datenübermittlung und Kommunikation im Bereich Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Pflegebedürftige und chronisch Kranke sehen die Befragten deutliches Verbesserungspotenzial. Damit zusammen hängt auch der Optimierungsbedarf bezüglich Informationen über die persönliche Erreichbarkeit von festen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern.

Die Kassen (und auch die Sozialämter) benötigen eine valide Informationsbasis, um zügig und bedarfsgerecht zu entscheiden. Zusätzlicher Aufwand und Verfahrensverzögerungen entstehen, wenn kein Zugriff auf bereits vorhandene Informationen (Behandlungsdaten, Entlassungsberichte, Arztberichte, Sozialdaten, Beihilfebescheide) möglich ist. Diesbezüglich besteht ein Konflikt zwischen der Optimierung der Datenbasis/Entlastung der Antragstellerinnen bzw. der Antragsteller und datenschutzrechtlichen Bedenken. In der Lösung dieses Konflikts (bspw. über spezielle Einwilligungserklärungen) läge ebenfalls Verbesserungspotenzial.

Die Verbesserung der Übermittlungswege und Informationen erscheint besonders vor dem Hintergrund der Schnittstellenproblematik verschiedener Zuständigkeiten bei den Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Pflegebedürftige und chronisch Kranke wichtig.

Transparenz, Aufklärung und Beratung

Transparenz, Aufklärung und Beratung ist der dritte wichtige Themenkomplex. Für verbesserte Transparenz würden nach Angaben der Befragten klare Zuständigkeiten, klare Regelungen von Fristen und eine verbesserte Information oder Beratung über Antragsmöglichkeiten sowie über Ablehnungs- und Bewilligungsgründe sorgen. Fehlerhafte und ungenügende Informationen über Verfahren und zu veranlassende Schritte sorgen für Unsicherheit und Verzögerung im Verfahren. Alle beteiligten Normadressaten könnten durch verbesserte qualifizierte Beratung für Antragstellende und deren Angehörige entlastet werden. Erste spürbare Verbesserungen wurden bereits mit der Einrichtung von Pflegestützpunkten erzielt. Als Verbesserung wurde in diesem Zusammenhang die „weitere Stärkung der Lotsenfunktion der Pflegeberaterin bzw. des Pflegeberaters“ genannt mit dem Ziel „sektorale Trennungen und Mehrfachzuständigkeiten“ in der Lotsenfunktion zu überwinden.

10.2 Vereinfachungs- und Verbesserungsvorschläge

Im Folgenden werden die in den Befragungen geäußerten Vorschläge bezogen auf die Verfahren dargestellt:

Antrag auf Feststellung der Pflegestufe

Die **Antragsformulare** werden als zu umfangreich, zu detailliert und zu kompliziert beschrieben. Zu kleine Schriftgrößen und vor allem unverständliche Formulierungen sind für betroffene Bürgerinnen und Bürger ein Problem. Mehrfach wurde von den Sozialdiensten in Krankenhäusern und von betroffenen Bürgerinnen und Bürgern der Wunsch nach Vereinheitlichung der Antragsformulare sowie der Eilanträge geäußert. Bislang sind die Antragsformulare je nach Pflegekasse unterschiedlich.

Bei Antragstellung durch den Sozialdienst im Krankenhaus versendet die private Krankenkasse an den Antragstellenden erneut ein weiteres Antragsformular, sofern die Antragstellung nicht auf dem kasseneigenen Formular vorgenommen wurde. Dies wird als vermeidbare Doppelarbeit empfunden.

Sowohl die Bürgerinnen und Bürger, als auch die beteiligten Wirtschafts- und Verwaltungsadressaten sehen deutliches Verbesserungspotenzial durch eine **Beschleunigung des Gesamtprozesses**. Dies könne durch verbindliche Fristen, zeitnähere Begutachtungen und genauere Terminangaben und -absprachen für die Begutachtung erreicht werden.

Bzgl. des Antragsprozesses wird von betroffenen Bürgerinnen und Bürgern mehr **Aufklärungsarbeit** über den Verfahrensablauf von der Beantragung bis zur Bewilligung gewünscht, besonders vor dem Hintergrund der verschiedenen Zuständigkeiten, welche häufig als Hürden empfunden werden.

Während der **Begutachtungen** erlebten einige betroffene Bürgerinnen und Bürger die Gutachterinnen und Gutachter als wenig kompetent, wenig einfühlsam, intransparent und als nicht unabhängig. Das Führen eines Pflegetagebuchs durch pflegende Angehörige wird als aufwändig und bürokratisch empfunden. Arztunterlagen würden nicht immer ausreichend gründlich angesehen. Eine Anregung ist, das Gutachten dem Einstufungsbescheid generell beizufügen (siehe auch „Widerspruchsverfahren bei der Feststellung der Pflegestufe“). Darüber hinaus wird die Einteilung in drei Pflegestufen als nicht differenziert genug empfunden und es wird eine nicht ausreichende Berücksichtigung von Demenz und Verwirrtheit bemängelt.

Ein **schnellerer und reibungsloserer Datenaustausch** wird vor allem von den Sozialdiensten der Krankenhäuser als Verbesserungspotenzial angesehen. Unter diesem Gesichtspunkt ist auch der Wunsch nach besserer Erreichbarkeit (z. B. per E-Mail) bzw. die bessere Verfügbarkeit von Kontaktdaten der zuständigen Sachbearbeiterin bzw. des zuständigen Sachbearbeiters in den Kassen zu sehen. Daneben besteht der Wunsch, die Formulare über das Internet zu beziehen und einer anschließenden elektronische Übermittlung über gesicherte Verbindungen. Es wird vermutet, dass bei den Kassen und den Medizinischen Diensten der Krankenkassen eine elektronische Verarbeitung generell möglich sei. Zudem könnte eine Einbindung der Antragsformulare in Krankenhaus-Informationssysteme Vereinfachungen mit sich bringen.

Die **zeitliche Befristung der Pflegestufe** wurde seitens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen als unnötiger Aufwand kritisiert, da sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle der Zustand der Betroffenen verschlechtert; bestenfalls stabil bleibt. In Fällen mit Verschlechterung wird ein Höherstufungsantrag ohnehin gestellt. Bleibt der Gesundheitszustand stabil, kann auch die entsprechende Pflegestufe beibehalten werden. Die zeitliche Befristung ist nur in den Fällen sinnvoll, bei denen man von einer deutlichen Verbesserung des Gesundheitszustands ausgehen kann. Obwohl diese vergleichsweise selten eintritt, müssen trotzdem alle Einstufungen überprüft werden. Um den Aufwand unter den gegebenen Bedingungen so gering wie möglich zu halten, wird momentan versucht, nach Aktenlage über die Verlängerung der vergebenen Pflegestufe zu entscheiden. Aber auch dies wird als unnötig empfunden.

Weitere Verbesserungsvorschläge sind:

- bereits auf den Bescheiden weitere Informationen über mögliche zusätzliche Leistungen zu geben
- eine Vereinfachung bei der Beantragung eines Schwerbehindertenausweises wäre möglich, indem dies bereits beim Pflegeantragsverfahren berücksichtigt wird
- Entscheidungen nach Aktenlage sollten auch bei ambulanten Fällen möglich sein, wenn sich die Patientinnen bzw. Patienten in einer schwierigen Lage befinden (z. B. Krebspatienten)

Widerspruchsverfahren bei der Feststellung der Pflegestufe

Auch für den **Prozess des Widerspruchsverfahrens** wird von betroffenen Bürgerinnen und Bürgern mehr Aufklärung und Transparenz gewünscht. Analog zur Erstantragsstellung besteht auch beim Widerspruchsverfahren der generelle Wunsch nach einer Beschleunigung des Gesamtprozesses, verbindlichen Fristen, zeitnäheren Begutachtungen und genaueren Terminangaben und -absprachen für die Begutachtung. Als nicht hinreichend bekannt wird kritisiert, dass zunächst formlos Widerspruch eingelegt werden kann. Vereinfachungspotenzial könnte in diesem Zusammenhang ein einfaches, einheitliches Formular, durch welches der Widerspruch eingelegt werden kann, bieten.

Vielfach erscheint es für die Betroffenen schwierig, das **Gutachten** zu erhalten (mutwillige Verzögerung der Herausgabe des Gutachtens wurde ebenfalls genannt). Liegt dieses vor, erschweren Probleme beim Verstehen der Inhalte die richtige Interpretation. Das Gutachten sollte einfacher und verständlich formuliert werden. Der barrierefreie Zugang zum Gutachten sollte erleichtert werden. Es sollte entweder dem Bescheid verpflichtend zugefügt oder über Internet oder Telefon (kostenlos) angefordert werden können.

Erleichterung der **Kommunikation** ist ein zentrales Thema. Bemängelt wurde die Praxis, dass ausschließlich kostenintensive 0180-Nummern angegeben werden. Zusatzkosten könnten den betroffenen Bürgerinnen und Bürgern erspart werden, wenn die Pflegekassen kostenlose Telefonnummern für Rückfragen anbieten würden. Vereinfachungspotenzial wird auch darin gesehen, wenn von den Kassen E-Mail als Kommunikationsmittel akzeptiert würde. Zudem besteht der Wunsch, Kontaktdaten der Gutachterinnen und Gutachter zu bekommen.

Engere Kontakte zwischen Betreuungsvereinen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Kassen könnten ebenfalls die Kommunikation verbessern. Mehr gemeinsame Servicestellen werden gewünscht. Zudem wird angeregt, ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern in Betreuungsvereinen das spezielle juristische Hintergrundwissen zu vermitteln und sie im Auftreten zu schulen.

Kritisiert werden die steigenden Zahlen von Ablehnungsbescheiden, hinter denen eine Taktik der Kassen zum Sparen vermutet wird. Wie bereits beim Erstgutachten wird Verbesserungspotenzial bzgl. der Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter sowie in der Zusammenarbeit von Gutachterinnen bzw. Gutachtern und Betreuungsvereinen gesehen. Um die **Transparenz** zu erhöhen, wird ein Rück-

meldeformular für die begutachtete Person angeregt, mit Hilfe dessen Gutachterinnen bzw. Gutachter und Verfahren bewertet werden können.

Verfahren zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers auf Anregung

Vgl. hierzu Kapitel 11.3.

Antrag auf Hilfe zur Pflege

Zu dem **Verfahren** wurden mehrere Hinweise gegeben. Die Formulare werden als zu umfangreich und unverständlich angesehen. Es wird bemängelt, dass jedes Jahr anstelle eines Änderungsantrages (der weniger Informationen enthalten könnte) ein neuer Antrag gestellt werden muss. Auch wenn ein Antrag aufgrund von noch vorhandenen – jedoch absehbar auslaufenden – finanziellen Mitteln abgelehnt wird, muss er im anschließenden Bedarfsfall erneut komplett gestellt werden. Ein Verweis auf bereits eingereichte Unterlagen reicht nicht aus.

Von Seiten der Behörden wurde das Fehlen einer professionellen Software zur Bearbeitung und Berechnung des Bedarfs moniert.

Bei Bürgerinnen und Bürgern sowie teilweise bei Beratungsstellen besteht Unsicherheit **bezüglich der Rechtslage**. Diese führt zu häufigen Widersprüchen und Klagen vor Gericht. Zum einen sind die rechtlichen Vorgaben zu unkonkret formuliert, zum anderen werden Bescheide gerichtsfest formuliert, so dass die Inhalte von den Bürgerinnen und Bürgern nicht mehr verstanden werden. Außerdem ist der Basistarif der privaten Pflegeversicherung unterschiedlich interpretierbar, wodurch es häufig zu Bundessozialgerichtsentscheidungen kommt.

Falls Verfahren nach vier Jahren nach § 44 SGB X rückwirkend aufgerollt werden müssen, kommt es zu hohem bürokratischem Aufwand. An die Überprüfung einer Entscheidung, die vor vier Jahren getroffen wurde, ist ggf. auch eine detaillierte Überprüfung aller darauffolgenden Leistungsentscheidungen geknüpft.

Der **Datenschutz** behindert den innerbehördlichen Austausch. So kann bspw. der Beihilfebescheid nicht direkt an das Sozialamt, sondern muss erst an die Betroffenen übermittelt werden.

Das Gutachten des MDK wird von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Sozialhilfeträger als zu oberflächlich wahrgenommen. Da sie für die Ermittlung des Unterstützungsumfangs konkrete und nicht pauschale Zeitangaben benötigen, die im Rahmen der Pflege anfallen, kommt es teilweise zur **Doppelbegutachtung** durch MDK und Sozialamt.

Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für nicht erwerbstätige Pflegepersonen

Zu diesem Antragsverfahren sind keine Verbesserungsvorschläge erfolgt. Das Verfahren wird überwiegend als unproblematisch erachtet.

Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen für chronisch Kranke

Sowohl Bürgerinnen und Bürger als auch befragte Krankenkassen und Ärztinnen bzw. Ärzte sehen mehrere Verbesserungspotenziale. Es wird die Vereinheitlichung der Regelung zur einmaligen Vorlage des Bescheides über das Vorliegen einer chronischen Erkrankung genannt. Nach aktueller Gesetzeslage trifft dies nur für pflegebedürftige Personen ab Pflegestufe II zu. Alternativ könnte die **zeitliche Befristung** der bewilligten Befreiungsgrenze auf z. B. fünf Jahre ausgedehnt werden. Verbesserungspotenzial wird auch durch einen Verzicht auf die jährliche Vorlage einer Einkommensbescheinigung bei Personen, die eine Altersrente bzw. Betriebsrente erhalten bzw. dauerhaft geringes Einkommen aufweisen, gesehen. In diesen Fällen sollte eine jährliche formlose Erklärung ausreichen, dass die Einkommenssituation unverändert geblieben ist. Auf eine Neubeantragung könnte aus Sicht aller Beteiligten dann verzichtet werden. Darüber hinaus wird die Vereinheitlichung der Belastungsgrenze auf ein Prozent auch für das erste Jahr der Erkrankung vorgeschlagen.

In einem Experteninterview wurde auf den Sachverhalt hingewiesen, dass bei Anträgen im laufenden Jahr die Zuzahlungsbefreiung für den Zeitraum zwischen der Antragstellung und dem Bescheid mit einem erneuten Antrag einhergeht. Der Umfang dieses zusätzlichen **Antragsformulars** ist identisch mit dem Erstantrag und sollte reduziert werden.

Antrag auf Versorgung mit Hilfsmitteln bzw. Pflegehilfsmitteln

Der Bearbeitungsaufwand, der für die Krankenkassen vor allem aus den Vorgaben des Bundesversicherungsamts resultiert (ausführliche Prüfung der Kostenzuständigkeit zwischen Kranken- und Pflegekasse, Begründung und Dokumentation bei Bewilligung eines Pflegehilfsmittels außerhalb der 31 Euro-Pauschale durch die Pflegekasse; vgl. Kapitel 7.4.1), steht in einem ungünstigen Verhältnis zum finanziellen Nutzen für den Versicherten und bedingt eine längere **Verfahrensdauer**. Aus diesem Grund wird die mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz eingeführte Quotierungsregelung ausdrücklich begrüßt. Diese betrifft doppelfunktionale Hilfsmittel, die sowohl der Krankenbehandlung, der Vorbeugung einer drohenden Behinderung oder dem Behinderungsausgleich nach SGB V dienen, als auch der Pflegeerleichterung bzw. der Linderung von Beschwerden in Folge von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI dienen können. Durch die Quotierung sollen die Kosten zwischen Kranken- und Pflegekasse pauschal aufgeteilt werden können.

Der **Bearbeitungsprozess** könnte dahingehend weiter optimiert werden, dass bei der Bearbeitung von Anträgen auf Pflegehilfsmittel, deren Notwendigkeit von sachlichen Kriterien abhängt, auf das Einbeziehen einer Pflegefachkraft bzw. des MDK verzichtet werde. Da in diesen Fällen die Entscheidung nicht von pflegerischen Fachkenntnissen abhängt, sondern die Ermessensentscheidung einer Sachbearbeiterin bzw. eines Sachbearbeiters ohne pflegerische Fachkenntnisse für den Bearbeitungsabschluss ausreiche, könne auf das Bearbeiten durch mehrere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verzichtet werden, zumal dies kostspieliger als die zu erbringende Leistung sei. Weiterhin wurde von einer Krankenkasse angeregt, die Fehlerquote in den Antragsformularen zu reduzieren. Damit ließe sich der

Zeitaufwand für Nachfragen bei Arztpraxen und Kassen sowie für den Rückfluss der fehlenden Informationen verringern. Hier wird eine Prüfung angeregt, inwieweit vollständige Informationen/Kenntnisse über die in Arztpraxen eingesetzte Software zu einer Entlastung der Beteiligten führen würde.

Zum Thema **Datenübermittlung** wurde von einem Kompetenzzentrum der Vorschlag geäußert, die elektronische Schnittstelle zwischen Antragstellung und Antragsbearbeitung auf die Arztpraxen in Form eines elektronischen Rezeptes auszuweiten – aktuell besteht die Möglichkeit der elektronischen Übermittlung von Kostenvoranschlägen auf freiwilliger Basis.

Die Versicherten wünschen sich eine Vereinfachung des **Formularaufbaus** sowie eine längere (z. B. einjährige) Geltungsdauer einer bewilligten Versorgungsleistung.

Es wird eine bessere **Beratung** durch Beratungsstellen und Sozialdienste gewünscht. Die Aufklärungsarbeit über die Medien sollte dahingehend verbessert werden, dass für die Bürgerin bzw. den Bürger eindeutig zu erkennen ist, auf welche Pflege-/Hilfsmittel man einen gesetzlichen Anspruch hat und für welche Produkte dies nicht zutrifft.

Um den **Antragstellungsprozess** zu beschleunigen, wird die Erweiterung der Verordnungsbefugnis für Pflegehilfsmittel auf Pflegekräfte mit entsprechender Zusatzqualifikation vorgeschlagen.

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Von Expertinnen bzw. Experten, die bspw. in einem Pflegestützpunkt die Bürgerinnen und Bürger bei der Antragstellung unterstützen, wurde der Wunsch nach einheitlichen **Formularen** geäußert, die kassenübergreifend eingesetzt werden könnten. Aus der Bürgerperspektive sollte auf dem Formular der Hinweis aufgenommen werden, dass pro Umbauschritt ein Antrag gestellt werden kann (bspw. je Umbaumaßnahme im Innenbereich und im Außenbereich) sowie die Information, dass ein Sammelantrag sich u. U. negativ auf den Umfang der bewilligten Leistung auswirken kann. Die Bürgerinnen und Bürger äußerten auch den Wunsch, von den Pflegekassen Informationen in Form einer Checkliste zu bekommen, welche Maßnahmen beantragt werden können. Des Weiteren sollte der Vordruck den Hinweis beinhalten, erst nach Antragsgenehmigung ein Unternehmen mit den Umbaumaßnahmen zu beauftragen.

Vielfach wurde darauf hingewiesen, die **Verfahrensdauer** zu verkürzen.

Antrag auf häusliche Krankenpflege

Uneinheitliche und unübersichtliche **Verordnungs-Formulare** erschweren die Arbeit für die Arztpraxen. Die befragten Ärztinnen bzw. Ärzte finden das Ausfüllen (vor allem der GKV-)Vordrucke umständlich. Als Vereinfachungen werden ein normales GKV-Rezept mit Freitext oder ein einziges Formular für alle Rezepte (wie bei der Privatversicherung) vorgeschlagen. Weiterhin werden weniger Durchschläge gewünscht, weil diese bislang alle einzeln zu unterschreiben sind. Die Ärztinnen bzw.

Ärzte empfinden zudem die Verordnungsbegründung als überflüssig, da Angehörige selten in der Lage seien, pflegerische oder medizinische Maßnahmen durchzuführen. Auch für die Pflegedienste und Kassen würden einheitliche, übersichtlichere Verordnungen eine Arbeitserleichterung darstellen, denn sie beklagen fehlerhaftes Ausfüllen und nennen eine entsprechende Schulung des Arztpraxenpersonals als Verbesserungspotenzial.

Generell wird das **Antragsverfahren** auf häusliche Krankenpflege als Ganzes problematisch gesehen. Die zeitliche Belastung und die Dauer des Verfahrens werden laut Angaben der Befragten dadurch erhöht, dass die Krankenkassen häufig Verordnungen der Ärztin bzw. des Arztes anzweifeln. Außerdem werden Angehörige der Antragstellenden von den Krankenkassen wiederholt angerufen, um sie dazu zu bringen, die Leistung selbst durchzuführen. Probleme entstehen auch durch ungeklärte Zuständigkeiten zwischen Kranken- und Pflegekasse. So müssten zwei verschiedene Pflegedienste bei einem Pflegebedürftigen eingesetzt werden, weil das Waschen "Pflege" sei und das Verabreichen von Tabletten eine "Leistung der Krankenkasse". Für Irritation Sorge zudem, dass nicht immer ein Bescheid ergehe, sondern nach dem Abrechnungszeitraum lediglich eine Bescheinigung darüber ausgestellt würde, welche Leistungen von der Krankenkasse gezahlt werden.

Die kurze **Geltungsdauer** von 14 Tagen führt zu erhöhten Personalkosten bei den Pflegediensten, da die Anträge immer erneut bearbeitet werden müssen. Genehmigungen für einen längeren Zeitraum würden hier Entlastungen bringen.

Verordnung für Heilmittel

Die **Verordnungsformulare** werden von den Ärztinnen bzw. Ärzten als kompliziert beschrieben. Analog zur Häuslichen Krankenpflege werden als Vereinfachungen ein normales GKV-Rezept mit Freitext oder ein einziges Formular für alle Rezepte (wie bei der Privatversicherung) genannt. Ebenso wird der kurze Verordnungszeitraum, der eine Folgeverordnung auch für solche Patientinnen bzw. Patienten erzwingt, bei denen sich der Gesundheitszustand nicht absehbar bessert, als bürokratische Belastung empfunden.

Medizinische Rehabilitation

Von den Sozialdiensten der Krankenhäuser wird Verbesserungspotenzial in der Vereinheitlichung der **Antragsformulare** gesehen. Mehrfach wurde der Vorschlag geäußert, elektronische Datenübermittlungsplattformen einzurichten, sowie die Möglichkeit zu schaffen, Stammdaten einer Patientin bzw. eines Patienten in unterschiedliche Dokumente und Formulare automatisiert einzutragen.

Weiterhin wird eine bessere **Kommunikation** über bestehende Zuständigkeiten in Krankenkassen gewünscht, um Zeitverluste bei auftretenden Fragen durch konstante Ansprechpersonen zu minimieren. Außerdem besteht der Wunsch nach einer zentralen Anlaufstelle mit qualifizierten Kontaktpersonen in Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen.

Aktuell verläuft die Kommunikation zwischen MDK und dem Sozialdienst im Krankenhaus über die zuständige Krankenkasse. Der **Antragsprozess** könnte durch direkten Kontakt zwischen MDK und Sozialdienst im Krankenhaus optimiert werden.

Die Krankenkassen sprechen sich für eine stärkere **Vernetzung** zwischen dem stationären und ambulanten Bereich aus. Sie äußerten auch den Wunsch, dass die Sozialdienste die Versicherten stärker über den Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln **aufklären**. Weiterhin wird eine Ursache für den eigenen Verwaltungsaufwand in wirtschaftlichen Vertragspartnerschaften zwischen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen gesehen. Es wird angeregt, das Augenmerk der Ärztinnen bzw. Ärzte beim Verordnen von Rehabilitationsmaßnahmen stärker auf tatsächlich vorhandenes Rehabilitationspotenzial der Versicherten zu lenken.

Pflegedokumentation

Der Pflegedokumentation wird ein hoher bürokratischer Aufwand angelastet. Im Zusammenhang mit den **Dokumentationsformularen** wurden dazu folgende Vorschläge geäußert:

- Ausarbeitung praxistauglicher Vordrucke unter Beteiligung des betroffenen Pflegepersonals und nicht ausschließlich unter der Federführung von MDK und Heimaufsicht. Diese Zusammenarbeit soll eine größere Praxisnähe der Expertenstandards ermöglichen und zugleich den notwendigen Spielraum für die Berücksichtigung der individuellen Verfassung von Pflegebedürftigen schaffen. Ebenso sollte in diesem Rahmen die Übertragbarkeit der Expertenstandards auf die Personengruppe der zumeist älteren pflegebedürftigen Person kritisch hinterfragt werden. So wirken sich bspw. sowohl das tabuisierte Thema des Sterben-Wollens von älteren pflegebedürftigen Personen durch Nahrungs- und Trinkverweigerung als auch die mit zunehmendem Alter irreversiblen Körpereinschränkungen auf das Führen von Protokollen des Pflegepersonals aus. Trotz anhaltender Verweigerung bis zum Zeitpunkt des Todes bzw. irreversibler Körpereinschränkung muss der Umstand zum Teil täglich festgehalten werden. Die Besonderheiten der einrichtungsspezifischen Klientinnen bzw. Klienten sollten bei der Erstellung und Bewertung von Dokumentationsformularen berücksichtigt werden.
- Die zu dokumentierenden Pflegekomponenten sollten auf wesentliche Punkte beschränkt werden und keine vom Pflegepersonal als überflüssig wahrgenommenen Angaben beinhalten (z. B. Markennamen der benutzten Hygieneartikel); Verzicht auf die Dokumentationspflicht bei „selbstverständlichen“ Abläufen (z. B. das Richten der Kleidung nach der Blasenentleerung oder das Abtrocknen der Pflegebedürftigen nach dem Waschen).
- Zu dokumentierende Pflegekomponenten sollten einen stärkeren Bezug zur jeweiligen Einrichtungsform aufweisen. So wird bspw. das Führen von Trinkprotokollen in Tagespflegeeinrichtungen als verzichtbar eingestuft. Diese gewährleisten keine Kontinuität einer ordentlichen Pflege für die Pflegebedürftige bzw. den Pflegebedürftigen, da das Pflegepersonal nur wenige

Tage in der Woche für die Versorgung zuständig ist; zugleich wirkt sich das Fehlen eines solchen Protokolls negativ auf die Bewertung der durchgeführten Pflege aus.

- Mehrfachdokumentation (Verweis auf ein Dokumentationsformular in anderen Dokumentationsunterlagen) sollte vermieden werden.
- Längere Laufzeiten von gültigen Expertenstandards, um der Tendenz zu Mehraufwand aufgrund der Einarbeitung bei häufigen Neuregelungen entgegenzuwirken.
- Bei ausbleibenden Änderungen des Pflegeverlaufs sollte eine Reduzierung der täglichen Dokumentation auf die Angabe „Durchführung nach Plan“ bzw. auf einen Eintrag nur bei Veränderungen ermöglicht werden.

Um den von den Pflegeeinrichtungen als hoch und ineffizient wahrgenommenen Dokumentationsaufwand zu reduzieren, für den sie sich wegen der rechtlichen Absicherung entscheiden, wird empfohlen, den Stellenwert der Pflegedokumentationsunterlagen bei den **Qualitätsprüfungen** zu senken. Stattdessen sollte der Fokus bei der Pflegebewertung stärker auf die körperliche Verfassung der pflegebedürftigen Personen gerichtet werden. Die kontinuierliche Sicherstellung einer guten Pflege könnte alternativ durch Vorlage von ärztlichen Bescheinigungen über regelmäßig durchgeführte Kontrollen des Zustandes einer pflegebedürftigen Person belegt werden. Weiterhin sollten die Prüfkriterien der Heimaufsicht und des MDK vereinheitlicht werden.

Um den **Dokumentationsprozess** überschaubar zu vermitteln, Fehlinterpretationen der geforderten Qualitätsmerkmale zu vermeiden und eine Unterstützung bei der Entwicklung von effizienten Dokumentationsverfahren in Abhängigkeit zur gepflegten Personengruppe zu gewährleisten, wird die Einrichtung einer unabhängigen Beratungsstelle empfohlen.

11. Bewertung

Im vorangehenden Kapitel werden Verbesserungsvorschläge genannt, die in unterschiedlicher Weise die Mehrheit der untersuchten Antragsverfahren betreffen. Dies betrifft u. a. den Datenaustausch und die Abrechnung der Leistungen. Grundsätzlich obliegt die Vereinbarung von Einzelheiten zum Datenaustausch und zur Abrechnung den Vertragspartnern. Diese können Verfahren vereinbaren, die den Aufwand für Leistungserbringer und Kostenträger auf das notwendige Maß reduzieren.

Hinsichtlich der Verbesserungsvorschläge zum Bereich „Hilfe zur Pflege“ muss darauf hingewiesen werden, dass diese den organisatorischen Bereich der jeweiligen Sozialhilfeträger betreffen und nicht bundesgesetzlich beeinflusst werden können.

Die Bundesregierung bewertet die vom Statistischen Bundesamt gesammelten Vorschläge wie folgt:

11.1 Bereich des Pflegeversicherungsrechts

Durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) – verkündet am 29. Oktober 2012 – werden bereits viele der Verbesserungsvorschläge für den Bereich des Pflegeversicherungsrechts aufgegriffen und geregelt. Dazu gehören unter anderem:

- Beschleunigung des Gesamtprozesses

§ 18 Absatz 3b SGB XI: Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in Absatz 3 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen, soweit die Pflegekasse die Verzögerung zu vertreten hat.

- Dienstleistungsorientierung

Nach § 18b Absatz 1 SGB XI erlässt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit dem Ziel, die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu stärken, bis zum 31. März 2013 für alle Medizinischen Dienste verbindliche Richtlinien. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen sind zu beteiligen.

Diese Richtlinien regeln insbesondere

1. allgemeine Verhaltensgrundsätze für alle unter der Verantwortung der Medizinischen Dienste am Begutachtungsverfahren Beteiligten,
2. die Pflicht der Medizinischen Dienste zur individuellen und umfassenden Information der bzw. des Versicherten über das Begutachtungsverfahren insbesondere über den Ablauf, die Rechtsgrundlagen und Beschwerdemöglichkeiten,
3. die regelmäßige Durchführung von Versichertenbefragungen und

4. ein einheitliches Verfahren zum Umgang mit Beschwerden, die das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Medizinischen Dienste oder das Verfahren bei der Begutachtung betreffen.
- Das Gutachten wird den Antragstellerinnen und Antragstellern zur Verfügung gestellt
Nach § 18 Absatz 3 SGB XI hat die Antragstellerin bzw. der Antragsteller ein Recht darauf, dass mit dem Bescheid das Gutachten übermittelt wird. Bei der Begutachtung ist durch die Gutachterin bzw. den Gutachter zu erfassen, ob die antragstellende Person von diesem Recht Gebrauch machen will. Die Antragstellerin bzw. der Antragsteller kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen.
 - Vereinfachung des Verfahrens und Verkürzung der Verfahrensdauer bezüglich Zuschüssen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen
Der bisher in § 40 Abs. 4 SGB XI vorgesehene Eigenanteil der Versicherten und damit die komplette Prüfung der Einkommenssituation und die Notwendigkeit der Vorlage entsprechender Unterlagen sind ersatzlos entfallen.

Nachfolgende Vereinfachungs- und Verbesserungsvorschläge sind auf untergesetzlicher Ebene zu regeln:

- Antragsverfahren
Eine Vereinheitlichung und eine Vereinfachung von Antragsformularen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit und für Widersprüche sowie deren Bereitstellung über das Internet sind grundsätzlich originäre Aufgaben der Pflegekassen. Für eine bundeseinheitliche Umsetzung der Vereinfachungsvorschläge sind daher der Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) verantwortlich.
Eine Berücksichtigung des MDK-Gutachtens bei den Sozialhilfeträgern liegt in der Zuständigkeit der Länder. Zudem sind hierbei Datenschutzregelungen zu beachten.
- Entscheidungen nach Aktenlage
Hinsichtlich der Forderung, dass Entscheidungen nach Aktenlage auch bei ambulanten Fällen (z. B. Krebspatienten) möglich sein sollten, ist folgendes anzumerken: Gutachten nach Aktenlage sind nach den „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches“ bereits heute möglich. Sie können erstellt werden, wenn eine Begutachtung nicht möglich ist (z. B. wenn der Antragsteller verstorben ist) oder wenn diese im Einzelfall nicht zumutbar ist (z. B. bei ambulanter Palliativpflege). Die Entscheidung für eine Begutachtung nach Aktenlage ist im Gutachten immer zu begründen.
- Änderungen im Antrags- und Bewilligungsverfahren bezüglich Zuschüssen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen

Soweit eine bessere Aufklärung über die Art zuschussfähiger Maßnahmen und über den Ablauf des Verfahrens sowie die Aufnahme eines Hinweises darauf, tunlichst erst nach Antragsgenehmigung ein Unternehmen mit den Umbaumaßnahmen verbindlich zu beauftragen, gefordert werden, betrifft dies Änderungen im Antragsverfahren, die auf untergesetzlicher Ebene umgesetzt werden können, insbesondere durch Maßnahmen des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen sowie des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband).

- **Pflegedokumentation**

Hinsichtlich der Forderung, dass praxistaugliche Vordrucke für die Pflegedokumentation unter Beteiligung des Pflegepersonals ausgearbeitet werden und nicht ausschließlich unter Federführung von MDK und Heimaufsicht; wird auf folgendes hingewiesen: Vordrucke für Pflegedokumentationen werden nicht von MDK oder Heimaufsicht für die Einrichtungen erarbeitet. Mit welchem Dokumentationssystem gearbeitet wird und von welchem Hersteller die Formulare erworben werden, entscheiden die Einrichtungen oder deren Träger selbst. Im Pflegeversicherungsgesetz ist lediglich festgelegt, dass Regelungen hinsichtlich der Pflegedokumentation von den Vertragspartnern zu treffen sind (vgl. Kapitel 4.3). Bei einer richtig geführten Pflegedokumentation sollten Mehrfachdokumentationen vermieden werden können. Es besteht auch keine Regelung, dass für jeden Pflegebedürftigen pauschal Trinkprotokolle geführt werden müssen. Diese sind nur individuell im Bedarfsfall von den Einrichtungen zu führen (siehe Grundsatzstellungen des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. zu „Pflegeprozess und Dokumentation“ sowie „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen“).

Nachfolgende Vereinfachungs- und Verbesserungsvorschläge sind als nicht zielführend einzuschätzen bzw. nicht umsetzbar:

- **Aufhebung der zeitlichen Befristung einer Pflegestufe**

Die Aufhebung der zeitlichen Befristung einer Pflegestufe pauschal gesetzlich zu regeln, ist nicht zielführend, da i. d. R. eine auf den Einzelfall bezogene Prognose der voraussichtlichen Entwicklung der Pflegebedürftigkeit durch die Gutachterin bzw. den Gutachter zur Gewährleistung einer qualitätsgesicherten und adäquaten Pflege unverzichtbar ist. In den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI werden bereits Ausnahmen benannt, bei denen unter Berücksichtigung der individuellen Pflegesituation eine zeitliche Befristung nicht zwingend erforderlich ist³⁹.

Soweit eine zeitliche Befristung der Bewilligung einer Pflegestufe im Sinne von § 33 Abs. 1 Satz 4 SGB XI angesprochen sein sollte, ist eine Aufhebung der Vorschrift gleichfalls nicht zielführend, da diese Regelung für Fälle, in denen eine Pflegebedürftigkeit voraus-

³⁹ Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2009): „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches“ S. 96.

sichtlich nur über einen begrenzten Zeitraum hinweg vorliegt, sachgerecht ist und die Befristung stets darauf beruht, dass nach der Einschätzung der MDK-Gutachterin bzw. des MDK-Gutachters mit einer Verringerung des Hilfebedarfs bis zum Ablauf der Frist zu rechnen ist, z. B. weil Rehamassnahmen eine entsprechende Reduzierung des Hilfebedarfs erwarten lassen.

- Änderungen am Ablauf des Antragsverfahrens bezüglich Zuschüssen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen

Soweit gefordert wird, dass „pro Umbauschritt ein Antrag gestellt werden kann (bspw. je Umbaumaßnahme im Innenbereich und im Außenbereich)“, ist eine Änderung der Antragsformulare nicht umsetzbar, da sie nicht den gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen entspreche.

§ 40 Abs. 4 SGB XI bestimmt hierzu, dass Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes von den Pflegekassen bewilligt werden können, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung der bzw. des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Dabei sind alle Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Zuschussgewährung (und damit auf der Grundlage des zu diesem Zeitpunkt bestehenden Hilfsbedarfs) zur Wohnumfeldverbesserung erforderlich sind, als eine Verbesserungsmaßnahme zu werten. Dies gilt auch dann, wenn die Verbesserungsmaßnahme in Einzelschritten verwirklicht wird. Wurde bereits von der Pflegekasse ein Zuschuss nach § 40 Abs. 4 SGB XI für eine andere Maßnahme gewährt, kann ein weiterer Zuschuss nur dann gewährt werden, wenn sich die Pflegesituation ändert und weitere Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung erforderlich werden. Daher ist es notwendig, vor Beginn beispielsweise von Umbauarbeiten im Innen- und im Außenbereich einen Antrag zu stellen, in dem alle beabsichtigten Verbesserungen aufgeführt sind, damit hiernach die Höhe des Zuschusses durch die Pflegekasse zu der Gesamtmaßnahme ermittelt werden kann.

- Verlängerung der Laufzeiten von Expertenstandards

Hinsichtlich der geforderten längeren Laufzeiten von Expertenstandards wird darauf hingewiesen, dass die bisher bestehenden Expertenstandards vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) erarbeitet wurden. Das methodische Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege stützt sich auf international anerkannte Regeln der Standard- und Leitlinienentwicklung. Danach erfolgt die regelmäßige Aktualisierung der Expertenstandards i. d. R. Regel bisher spätestens fünf Jahre nach Veröffentlichung der Ergebnisse in der Konsensus-Konferenz im Sonderdruck des jeweiligen Expertenstandards. Bei gravierenden praxisrelevanten Änderungen des Wissensstandes wird eine vorzeitige Aktualisierung des entsprechenden Expertenstandards notwendig.

Eine Verlängerung der Laufzeiten von Expertenstandards würde diesen Regeln widersprechen und könnte darüber hinaus durch den Gesetzgeber auch nicht festgelegt werden. Zudem sind die Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1 SGB XI verpflichtet, Pflegebedürftige entsprechend

dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu versorgen. Dieser Stand ist in den Expertenstandards zu verschiedenen Themen dargestellt.

- **Ärztliche Bescheinigungen statt Prüfung der Pflegedokumentation**

Die Forderung statt Qualitätsprüfungen alternativ ärztliche Bescheinigungen über regelmäßig durchgeführte Kontrollen des Zustandes einer bzw. eines Pflegebedürftigen vorzulegen, ist nicht zielführend. Es ist nicht die Aufgabe von niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten oder Ärztinnen bzw. Ärzten im Krankenhaus regelmäßig den Pflegezustand von Pflegebedürftigen zu bescheinigen. Zudem würde hier eine neue Bürokratie aufgebaut und die Finanzierung dieser „ärztlichen Leistung“ müsste geklärt werden.

- **Einrichtung einer unabhängigen Beratungsstelle für Vermittlung des Dokumentationsprozesses**

Orientierung für die notwendigen Inhalte einer Dokumentation sind die „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtung-internen Qualitätsmanagements“ (MuG). Zusätzlich gibt es Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), sowie zahlreiche Initiativen der Bundesländer (z. B. Entwicklung von beispielhaften Dokumentationen). Der Aufbau einer weiteren Beratungsstelle schafft zusätzliche Bürokratie, eine Entlastung wird nicht gesehen.

Aufsichtsrechtliches Einschreiten durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Es wurden in dem Bericht keine Rechtsverstöße aufgezeigt, die im Wege aufsichtsrechtlichen Einschreitens durch das BMG behoben werden müssten. Auch gibt es keine Rechtsverstöße, auf die andere Aufsichtsbehörden (insbesondere das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde über die bundesunmittelbaren Kranken- und Pflegekassen sowie die Aufsichtsbehörden der Länder als Aufsichtsbehörden über die landesunmittelbaren Kranken- und Pflegekassen) aufmerksam gemacht werden könnten oder müssten.

Der eingeleitete Entbürokratisierungsprozess bleibt eine Daueraufgabe der Bundesregierung

Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Jahre 2011 die Ombudsperson zur Entbürokratisierung in der Pflege eingesetzt. Sie sammelt Vorschläge, wie Entbürokratisierung in der Pflege gelingen kann. Sie hat über ihre Arbeit bereits zweimal vor dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages berichtet. Im Gesetzgebungsverfahren zum Pflege-Neuausrichtung-Gesetz war sie fortlaufend beteiligt. Erste Anregungen sind in das Pflege-Neuausrichtung-Gesetz eingegangen.

Die Bundesregierung räumt dem Thema Entbürokratisierung und Verwaltungsvereinfachung weiterhin einen hohen Stellenwert ein. Die Ombudsperson zur Entbürokratisierung in der Pflege wird ihre Arbeit fortsetzen und sich insbesondere um das Thema Pflegedokumentation kümmern, weil dort die größten Herausforderungen mit den an der Pflege beteiligten Akteuren zu bewältigen sind. Sie wird im Kontakt mit allen an der Pflege beteiligten Personen und Institutionen vorgebrachte Anliegen prüfen und

dort, wo ein Handlungsbedarf besteht, entsprechende Handlungsempfehlungen an den Gesetzgeber und andere Akteure geben.

Die Bundesregierung sieht sich durch die Ergebnisse des Berichts für die in seiner Zuständigkeit liegenden gesetzlichen Grundlagen bestätigt, denn diese sind im Grundsatz unbeanstandet geblieben.

Das Bundesministerium für Gesundheit wird sich auf dem erreichten Stand aber keineswegs ausruhen, sondern die Entbürokratisierung als Daueraufgabe und ständigen Prozess ansehen.

Bei der Umsetzung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes wird das BMG insbesondere darauf achten, dass keine vermeidbaren bürokratischen Belastungen für die Bürger und beteiligten Institutionen entstehen werden. Dies gilt insbesondere auch für die Antragsstellung und -bearbeitung bezüglich der neuen Leistungsansprüche nach § 38a SGB XI (Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen) und §§ 123, 124 SGB XI (Übergangsregelung mit verbesserten Pflegeleistungen und neuem Anspruch auf häusliche Betreuung).

Schritte zur Umsetzung der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsverfahrens werden zur Zeit durch einen vom BMG eingesetzten Expertenbeirat beraten. Dabei sollen insbesondere noch offene, fachliche Umsetzungsfragen bearbeitet werden und Empfehlungen zu erforderlichen weiteren Schritten vorgelegt werden. In diesem Zusammenhang wird es nicht zuletzt auch darauf ankommen, neue bürokratische Belastungen zu vermeiden.

11.2 Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung

Das dargestellte Spannungsfeld zwischen der Optimierung der erforderlichen Datenbasis für Entscheidungen der Krankenkassen oder der ungehinderten Übermittlung von Daten zwischen unterschiedlichen Behörden auf der einen Seite und dem Erfordernis eines effektiven Sozialdatenschutzes insbesondere für die sensiblen Gesundheitsdaten der Versicherten auf der anderen Seite kann aus datenschutzrechtlicher Sicht grundsätzlich durch wirksame, auf konkrete Anlässe und konkret benannte erforderliche Daten bezogene Einwilligungserklärungen gelöst werden. Eine von konkreten Anlässen bzw. Zweckbestimmungen unabhängige Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von sensiblen Gesundheitsdaten der Versicherten im Sinne einer Vorratsdatenspeicherung ist hingegen kritisch zu bewerten.

Im Hinblick auf die im vorangehenden Kapitel zu den einzelnen Antragsverfahren aufgeführten Verbesserungsvorschläge werden nachfolgend von der Bundesregierung ergriffene Maßnahmen dargestellt.

Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen für chronisch Kranke

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz), das der Deutsche Bundestag am 31. Januar 2013 beschlossen hat und das den Bundesrat am 1. März 2013 passiert hat, werden bezüglich des Nachweises einer chronischen Erkrankung Erleichterungen im Hinblick auf die derzeit beste-

hende Rechtslage geschaffen. Nach § 62 Absatz 1 Satz 6 SGB V ist die Dauerbehandlung bei chronisch Kranken der Krankenkasse jeweils spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen und vom MDK, soweit erforderlich, zu prüfen. Das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz enthält eine Regelung, die im Hinblick auf die bestehende Verfahrenspraxis der Krankenkassen klarstellt, dass die Krankenkasse auf den jährlichen Nachweis verzichten kann, wenn bereits die notwendigen Feststellungen getroffen worden sind und im Einzelfall keine Anhaltspunkte für einen Wegfall der chronischen Erkrankung vorliegen. Vom erneuten Nachweis über die weitere Dauer einer Behandlung soll insbesondere abgesehen werden, wenn bspw. anhand des Datenbestandes einer Krankenkasse keine Anhaltspunkte für eine wesentliche Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse vorliegen (z. B. bei Pflegebedürftigen, sofern in der Beurteilung des Pflegebedarfs keine Änderung eingetreten ist, oder bei Dialysepatientinnen und -patienten). Damit wird gleichzeitig sichergestellt, dass der administrative Aufwand bei den Prüfungen im Sinne des § 62 SGB V in einem vernünftigen Rahmen gehalten wird. Reduziert werden darüber hinaus die Prüfanforderungen für die Krankenkassen durch die mit dem Krebsfrüherkennungs- und registergesetz beschlossene ersatzlose Streichung der Malus-Regelung für chronisch Kranke, die an bestimmten Krebsarten erkrankt sind, für die es Früherkennungsuntersuchungen gibt (§ 62 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 SGB V a. F.).

Antrag auf häusliche Krankenpflege

Auf gesetzlicher Ebene werden im Leistungsbereich der häuslichen Krankenpflege unter Berücksichtigung insbesondere von Vorschlägen der Ombudsperson zur Entbürokratisierung in der Pflege mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz, das am 29 Oktober 2012 verkündet wurde, wichtige Verbesserungen vorgesehen.

Rahmenempfehlung über die häusliche Krankenpflege nach § 132a SGB V

Dies betrifft die Stärkung der Vorschrift zur Rahmenempfehlung über die häusliche Krankenpflege nach § 132a SGB V, u. a. mit dem Ziel, Erleichterungen bei der Abrechnung durch eine Vereinheitlichung der bisher sehr unterschiedlichen Vorgehensweisen der Krankenkassen zu schaffen.

§ 132a Absatz 1 Satz 1 SGB V sieht bislang vor, dass der GKV-Spitzenverband und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene unter Berücksichtigung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemeinsame Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abgeben sollen. Die Rahmenempfehlungen sollen dazu dienen, eine einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege zu vereinbaren, um eine im ganzen Bundesgebiet qualitativ gleichwertige Versorgung zu gewährleisten. Die Partner der Rahmenempfehlungen sollen nunmehr verpflichtet werden, die Rahmenempfehlungen bis zum 1. Juli 2013 abzugeben.

Um derzeitige, insbesondere auf unterschiedlichen Verfahrensausgestaltungen der einzelnen Krankenkassen beruhenden Unzulänglichkeiten bei der Prüfung der Leistungspflicht und der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege abzustellen, die unterschiedlichen Anforderungen der Kran-

kenkassen an die für die Leistungsbewilligung zu übermittelnden Daten zu vereinheitlichen und um den Versicherten eine zügige Inanspruchnahme der ihnen zustehenden Leistungen sowie eine reibungslose Leistungs- und Vergütungsabwicklung zwischen Pflegediensten und Krankenkassen zu gewährleisten, werden die Rahmenempfehlungspartner verpflichtet, hierzu in den Rahmenempfehlungen die wesentlichen Grundsätze zu vereinbaren. Dabei können sich die Vertragspartner auf ein einheitliches, sachgerechtes Verfahren einigen, das für alle Pflegedienste und Krankenkassen gilt und insbesondere im Hinblick auf den Verwaltungsaufwand und die erforderlichen leistungsrechtlichen Nachweispflichten einen angemessenen Interessenausgleich herstellt.

Die Empfehlungen können sich auch auf Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die Voraussetzungen und Verfahren bei der Teilnahme am elektronischen Datenträgeraustausch beziehen. Soweit in einem solchen Fall Abweichungen von den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes vereinbart werden, ist ein Vorrang der Rahmenempfehlungen vorgesehen.

Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

Nähere Einzelheiten zur Erbringung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten im Rahmen des § 37 SGB V werden in der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss geregelt. Unter Bezugnahme auf Vorschläge der Ombudsperson zur Entbürokratisierung in der Pflege hat das BMG den Gemeinsamen Bundesausschuss mit Schreiben vom 9. Juli 2012 um Prüfung folgender Ansätze gebeten:

Dauer der Verordnung häuslicher Krankenpflege

In der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie ist vorgesehen, dass die Erstverordnung einen Zeitraum von bis zu 14 Tagen nicht überschreiten soll, damit die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt sich über den Erfolg der Maßnahmen vergewissern kann. Die Folgeverordnung kann auch für einen längeren Zeitraum ausgestellt werden, wenn aus dem Zustand der Versicherten erkennbar ist, dass der zunächst verordnete Zeitraum nicht ausreicht (§ 5 Absätze 1, 2 Häusliche Krankenpflege-Richtlinie).

Die Ombudsperson zur Entbürokratisierung in der Pflege empfiehlt, dass bei chronisch Kranken mit dauerhaftem und relativ stabilem medizinischen Versorgungsbedarf (z. B. im Hinblick auf die Leistungen Blutzuckermessung, Insulininjektion, Medikamentengabe, Verbände, fachpsychiatrische Krankenpflege) ein längerer Verordnungszeitraum von bis zu 12 Monaten ermöglicht werden sollte.

Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Krankenhausärztinnen und -ärzte

Nach der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie können Krankenhausärztinnen bzw. -ärzte bei der Entlassung von Patientinnen bzw. Patienten häusliche Krankenpflege bis zum Ablauf von drei Werktagen verordnen (§ 7 Absatz 5 Häusliche Krankenpflege-Richtlinie). Die Ombudsperson zur Entbürokratisierung in der Pflege weist darauf hin, dass von den Pflegediensten überzeugend vorgetragen werde,

dass die Drei-Tage-Frist häufig nur unter erheblichem Aufwand eingehalten werden könne und daher eine Erweiterung auf fünf Werktage entlastend wäre.

Vorlagefrist für Kostenübernahme durch die Krankenkasse

In der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie ist vorgesehen (§ 6 Absatz 6), dass die Krankenkasse bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für vertragsärztlich verordnete Leistungen der häuslichen Krankenpflege übernimmt, wenn die Verordnung innerhalb von drei Werktagen der Krankenkasse vorgelegt wird. Insoweit wird von Leistungserbringern geltend gemacht, dass diese Frist in der Praxis unter Berücksichtigung des Postwegs und der Bestätigung durch die bzw. den Versicherten nur schwer einzuhalten ist. Es wird eine Fünf-Tage-Frist vorgeschlagen.

Eingehende Information und Schulung der Vertrags- und Krankenhausärztinnen bzw. -ärzte über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege einschließlich des Verordnungsformulars

Um Rückfragen der Krankenkassen zur Verordnung häuslicher Krankenpflege bei Vertrags- und Krankenhausärztinnen bzw. -ärzten sowie Pflegediensten zu vermeiden, sollten die Vertrags- und Krankenhausärztinnen bzw. -ärzte umfassend informiert und geschult werden, um Verzögerungen des Bewilligungsverfahrens aufgrund unvollständiger Verordnungen zu vermeiden.

Die Erörterungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den übersandten Punkten bleiben abzuwarten.

Verfahrensvereinfachung bei der Abgrenzung der Zuständigkeit von gesetzlicher Krankenversicherung und sozialer Pflegeversicherung bei doppel funktionalen Hilfsmitteln

Für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die sowohl Zwecken des SGB V als auch Zwecken des SGB XI dienen können (doppel funktionale Hilfsmittel) wurden mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz die Prüfung der Leistungszuständigkeit und die Bewilligung der Leistung vereinfacht. Nach den Neuregelungen soll der angegangene Leistungsträger nach den für die Krankenversicherung und die Pflegeversicherung geltenden Rechtsvorschriften über die Bewilligung der Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel abschließend entscheiden. Die Kosten sollen zwischen Kranken- und Pflegekasse pauschal aufgeteilt werden. Die Quotierung wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen durch eine Richtlinie festgelegt, die vom Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen ist. Das Genehmigungsverfahren läuft derzeit. Auf die genaue Zuordnung zu dem jeweiligen Leistungsträger kommt es dann nicht mehr an. Durch die Pauschalierung wird die bisher erforderliche aufwändige und konfliktrichtige Abgrenzung der Leistungsabgrenzung im Einzelfall ersetzt und das Verwaltungsverfahren deutlich vereinfacht.

Verordnungserfordernis für Hilfsmittel

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) wird klargestellt, dass eine vertragsärztliche Verordnung für die Beantragung von Hilfsmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung im

Grundsatz nur erforderlich ist, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose- oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Der vorgesehenen Neuregelung liegt ein entsprechender Vorschlag der Ombudsperson zur Entbürokratisierung in der Pflege zu Grunde. Mit der Regelung sollen die Versicherten, ihre Angehörigen, die Vertragsärztinnen und -ärzte und die Leistungserbringer bei der Beantragung von Hilfsmitteln entlastet und die Versorgungsprozesse vereinfacht werden.

11.3 Bereich des Betreuungsrechts

Die Zahl der rechtlichen Betreuungen stieg bundesweit von etwa 1 200 000 am Jahresende 2005 auf etwa 1 300 000 am Ende des Jahres 2011. Da jede Betreuung gegebenenfalls auch ein Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht ist, darf eine Betreuerin bzw. ein Betreuer nur bestellt werden, wenn die Betreuung erforderlich ist. Ziel muss es daher sein, der steigenden Zahl von Betreuungen durch die Stärkung des Erforderlichkeitsgrundsatzes in der praktischen Anwendung zu begegnen und das Betreuungsrecht zum Wohle der Betroffenen zu verbessern.

Eine interdisziplinär besetzte Arbeitsgruppe zum Betreuungsrecht hat in den Jahren 2009 bis 2011 unter Vorsitz des Bundesministeriums der Justiz beraten, wie das Betreuungsrecht weiterentwickelt und zum Wohle der Betroffenen verbessert werden kann. Im Lichte des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (VN-Behindertenrechtskonvention) sowie unter Berücksichtigung der Erfahrungsberichte von Betroffenen hat die Arbeitsgruppe Maßnahmen zur Verbesserung vorgeschlagen (Abschlussbericht der Interdisziplinären Arbeitsgruppe zum Betreuungsrecht vom 20. Oktober 2011, *Betreuungsgerichtliche Praxis Sonderausgabe 2012*).

Mit dem Gesetzentwurf zur Stärkung der Funktionen der Betreuungsbehörde sollen die Vorschläge der Interdisziplinären Arbeitsgruppe zum Betreuungsrecht, soweit diese gesetzliche Änderungen im Bundesrecht betreffen, umgesetzt werden. Der Entwurf sieht im Wesentlichen vor, durch Änderungen im Verfahrensrecht (Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit) und durch Änderungen im Betreuungsbehördengesetz die Funktionen der Betreuungsbehörde sowohl im Vorfeld als auch im gerichtlichen Verfahren zu stärken, um die Bestellung einer rechtlichen Betreuerin bzw. eines rechtlichen Betreuers – soweit möglich – zu vermeiden und damit die Selbstbestimmung zu stärken. Im Einzelnen wird hierzu vorgeschlagen:

- zur Feststellung des Sachverhalts im betreuungsgerichtlichen Verfahren die Anhörung der Betreuungsbehörde vor Bestellung einer Betreuerin bzw. eines Betreuers oder vor Anordnung eines Einwilligungsvorbehalts verpflichtend vorzusehen,
- qualifizierte Kriterien für den Bericht der Betreuungsbehörde gesetzlich festzulegen,
- die Aufgaben der Betreuungsbehörde im Betreuungsbehördengesetz zu konkretisieren und
- ihre Wahrnehmung durch Fachkräfte gesetzlich zu verankern.

Durch diese Maßnahmen sollen den Betroffenen andere Unterstützungen und Assistenzen, bei denen keine Betreuerin bzw. kein Betreuer bestellt wird, besser aufgezeigt werden. Die Betreuungsbehörde

kann damit auch wesentlich dazu beitragen, dass in geeigneten Fällen ehrenamtliche Betreuerinnen oder Betreuer bestellt werden. Soweit durch die gesetzlichen Änderungen Betreuungen vermieden werden können, können je nach Sachlage des Einzelfalls die hierfür anfallenden sonstigen Kosten eingespart werden.

12. Stellungnahme der Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege im Bundesministerium für Gesundheit

12.1 Allgemeines

Der Abschlussbericht zum Projekt „Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig, chronisch krank oder akut schwer krank sind“ korrespondiert zum Teil mit den Themen aus dem Projekt des BMG der Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege (OBF). Die vorliegenden Darstellungen von Zeiten, Kosten und Vereinfachungsvorschlägen bilden eine wertvolle Ergänzung und verstärken die hier gewonnenen Erkenntnisse.

Obwohl mit ganz unterschiedlicher Methode an die Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen herangegangen wurde, lassen sich die Ergebnisse aus beiden Projekten aufeinander beziehen und es mussten ähnliche Herausforderungen bewältigt werden. Das Statistische Bundesamt nutzte eine statistische Methode, um subjektive Schilderungen systematisch zu kategorisieren. Die OBF musste subjektive Darstellungen zu Themenfeldern systematisch zuordnen und priorisieren.

Damit verdichten sich die Erkenntnisse und ermutigen, mit den bisherigen Ergebnissen im öffentlichen Raum verantwortungsvoll und transparent umzugehen sowie zur Diskussion zu stellen. Ziel ist es, die Verantwortlichen in den jeweiligen Bereichen für Handlungserfordernisse entsprechend zu sensibilisieren.

Die in dem Abschlussbericht abgebildeten Ergebnisse weisen aus Sicht der OBF darauf hin, dass in drei Themenbereichen intensiver Erörterungs- und zeitnaher Handlungsbedarf besteht.

Dies betrifft die Verfahren der Beantragung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die Beantragung und Verordnung von Häuslicher Krankenpflege und das herausragende Thema Pflegedokumentation. Daher konzentriert sich diese Stellungnahme im Wesentlichen auf diese drei Aspekte.

Aus Sicht der OBF war es teilweise schwierig, sich in der Stellungnahme ausschließlich auf Aspekte der Antragsverfahren zu beschränken, weil in fast allen Themenbereichen der Entbürokratisierungsbedarf den gesamten Verfahrensablauf umfasst. Insofern gehen an einigen Stellen die Ausführungen der OBF über das reine Antragsverfahren hinaus.

Auch der vorliegende Bericht des Statistischen Bundesamts weist auf diese Problematik hin und gibt deshalb ebenfalls weitergehende Hinweise.

12.2 Kommentierung zu Einzelthemen

12.2.1 Antrag auf Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel

Einordnung des Themas aus Sicht der OBF

Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel bilden einen wichtigen Baustein für eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung pflegebedürftiger Menschen mit chronischen Krankheiten.

Bei den Praxisbesuchen der OBF vor Ort wurde immer wieder deutlich, dass die Organisation von Leistungen aus dem SGB V vermehrt Ressourcen im personellen, administrativen und organisatorischen Bereich bindet. Die Vielzahl unterschiedlicher vertraglicher Regelungen mit einzelnen Krankenkassen hinsichtlich der Beantragung, Bewilligung und Abrechnung führt zu gestiegenem bürokratischem Aufwand, wobei die ärztliche Verordnung von nicht unerheblicher Bedeutung ist.

Kommentar zum Bericht

Die Darstellung der Standardprozessbeschreibung im vorliegenden Bericht erscheint nachvollziehbar und schlüssig, kann aber aus Sicht der OBF aufgrund aktueller Entwicklungen (z. B. doppelfunktionale Hilfsmittel, Entwurf Richtlinie § 40 Absatz 5 SGB XI) nicht abschließend beurteilt werden.

Unter dem Abschnitt Erfüllungsaufwand (S. 86, letzter Absatz) wird der ärztlichen Verordnung bei der Beantragung von Hilfsmitteln unter dem Aspekt des Zeitaufwandes ein auffälliger Befund attestiert. Diese Problematik wurde gegenüber der OBF ebenfalls als ein bürokratischer Aufwand geschildert.

Eine herausragende Thematik in diesem Zusammenhang ist die Beantragung von Inkontinenzmaterialien in der stationären Pflege, auch wenn dies so speziell in dem vorliegenden Bericht nicht dargestellt ist.

Der Vorschlag zur Optimierung des Bearbeitungsprozesses, unter bestimmten Kriterien auf das Einbeziehen des MDK oder einer Pflegefachkraft zu verzichten (S. 139 ff.), ist im Hinblick auf eine Beschleunigung des Bewilligungsprozesses zielführend.

Die Erweiterung der Verordnungsbefugnis auf geschulte Pflegefachkräfte wird im Grundsatz als eine sinnvolle Maßnahme angesehen. Ob sie allerdings zur Beschleunigung und Vereinfachung der Verfahren beitragen kann, müsste modellhaft erprobt werden (S. 140).

Das Problem der Fehlerquote in Antragsformularen ist nicht auf diesen Themenbereich beschränkt. Dies sollte für die einschlägigen Organisationen Anlass sein, gezielte Problemlösungen mit der Ärzteschaft zu erörtern, um unter anderem durch Schulungen der Ärztinnen und Ärzte und des medizinischen Fachpersonals in Arztpraxen sowie technische Verfahren Fehler zu minimieren.

Der Vorschlag einer längeren Geltungsdauer für eine bewilligte Versorgungsleistung in dem beschriebenen Kontext scheint sinnvoll (S. 140).

Maßnahmen

Im Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (PNG) wurde mit dem neuen Absatz 5a im § 33 SGB V (Artikel 3 Nr. 8) eine Klarstellung vorgenommen, in welchen Zusammenhängen eine ärztliche Verordnung für die Beantragung von Hilfsmitteln notwendig ist. Damit wurde die oben geschilderte Thematik aufgegriffen und der Rahmen für die Handlungsverantwortlichen zur Vereinfachung der Prozesse verdeutlicht.

Angesichts des Erfüllungsaufwandes für die im Bericht genannten Adressaten (Krankenkassen, Arztpraxen) sollte diese Klärung des Gesetzgebers genutzt werden, um bundesweit vor Ort zu einer veränderten und für alle Seiten kosten- und zeitsparenden Praxis zu gelangen. Dies könnte darüber hinaus ein (Teil-)Beitrag zur Entlastung im pflegerischen Alltag für die Pflegefachkräfte und die Pflegebedürftigen sein.

Zusätzlich soll an dieser Stelle erwähnt werden, dass bereits mit der Ergänzung des § 127 SGB V um den Absatz 6 im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes eine Regelung geschaffen wurde, die die oben geschilderte Gesamtproblematik (Vielzahl der Verträge mit Krankenkassen und diverser Verfahrensabläufe/wettbewerbliche Ausrichtung) aufgreift. Hierdurch können auf Bundesebene in der entsprechenden Rahmenempfehlung zwischen den Vertragspartnern Vereinfachungen zur Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln vereinbart werden.

Ausblick

Es wäre wünschenswert, dass die Vertragsparteien zeitnah die Verhandlungen zu einer Rahmenempfehlung gemäß § 127 Absatz 6 SGB V aufnehmen, da ein baldiger Abschluss für die Pflegeeinrichtungen in allen Regionen erhebliche Erleichterungen bringen könnte. Im Zuge dieser Verhandlungen sollte die Expertise und der Sachverstand der maßgeblichen Trägerorganisationen in der Langzeitpflege eingebunden werden.

12.2.2 Antrag auf Häusliche Krankenpflege

Einordnung des Themas aus Sicht der OBF

In den letzten Jahren gab es einen stetigen Anstieg der Ausgaben im Bereich der Häuslichen Krankenpflege (HKP). Dieser wird unter anderem mit der sinkenden Verweildauer im Krankenhaus, dem medizinisch-technischem Fortschritt (Verlagerung von aufwendigen Behandlungsmethoden in die Häuslichkeit) sowie der steigenden Hochaltrigkeit der Bevölkerung und einem damit einhergehenden vermehrten medizinischen Versorgungsbedarf chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen in Zusammenhang gebracht.

Häusliche Krankenpflege erhält somit einen immer größeren Stellenwert in der ambulant medizinischen Versorgung und an der Schnittstelle zum Entlassmanagement. Die im Bericht aufgezeigte Kom-

bination aus Zeitaufwand und Fallzahl der Beantragung von Häuslicher Krankenpflege (Tabelle 10) korrespondiert mit dieser Entwicklung.

Kommentar zum Bericht

Die Standardprozessbeschreibung dieses Abschnittes zeigt, wie hoch derzeit der Kommunikations- und Interaktionsaufwand zwischen den Beteiligten im Rahmen des Antragsverfahrens für Häusliche Krankenpflege ist.

Die Ergebnisse zum Zeitaufwand für die Bürgerinnen und Bürger, Arztpraxen, ambulanten Pflegedienste und Krankenkassen stimmen mit den gesammelten Informationen aus Gesprächen und Eingaben an die OBF zum Thema Häusliche Krankenpflege überein. Dabei erfassen Entbürokratisierungsvorschläge der Träger von ambulanten Pflegediensten weitaus mehr Themen.

Der Befund im Bericht zu der hohen Fehlerquote beim Ausfüllen des Musterformulars für HKP wurde von ambulanten Pflegediensten und Pflegefachkräften auch der OBF vorgetragen und mit hohem Kommunikations- und Sachaufwand beziffert. Insofern scheint an dieser Stelle erheblicher Optimierungsbedarf zu bestehen.

Geht man dieser Frage nach, schildern zum Beispiel ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte, dass für sie das Formular keineswegs unbedingt schlüssig und einfach auszufüllen ist. Hier kann nur vermutet werden, dass der gesetzlich vorgegebene Rahmen zur Verordnung nicht hinreichend bekannt ist. Bei den Krankenhausärztinnen und -ärzten fehlt häufig das Wissen, dass Häusliche Krankenpflege für drei Tage bei der Entlassung verordnet werden kann und/oder das Formular ist (auch bei den Sozialdiensten) nicht bekannt.

Der Wunsch nach einem einheitlichen Formular zur Verordnung von Häuslicher Krankenpflege (S. 140 f.) kann nicht nachvollzogen werden, da es seit längerem einen bundeseinheitlichen Vordruck gibt, der nach hiesigem Kenntnisstand bundesweit zum Einsatz kommt. Der Vorschlag einer Verordnung mittels freien Texts auf einem Rezept erscheint aus Sicht der OBF nicht sinnvoll und würde vermutlich den jetzigen Aufwand für alle Beteiligten um ein Vielfaches erhöhen.

Allein der Zeitaufwand zum Ausfüllen des Formulars in den Arztpraxen hat zu sehr unterschiedlichen Einschätzungen im Projektbeteiligtenkreis geführt. Wie die oben geschilderten Vermutungen zeigen, ist dies ein Beispiel für die Notwendigkeit einer (bereichs-) übergreifenden vertiefenden Prozessanalyse.

Es ist nicht zielführend, die vielen unterschiedlichen Aspekte, die in diesem Abschnitt angesprochen werden, einzeln zu kommentieren.

Aus Sicht der OBF besteht grundsätzlicher Klärungsbedarf zu Verfahrensvereinfachungen bei den Themen

- datenschutzrechtliche Aspekte der Einholung sensibler Gesundheitsdaten in Form von Nachweisen aus der Pflegedokumentation durch die Krankenkassen,
- förmliche Rahmenbedingungen bei dauerhaft zu erwartendem behandlungspflegerischem Bedarf und zum Thema Wundversorgung, Insulininjektion und Medikamentengabe,
- Praxis der Krankenkassen, Angehörige von chronisch kranken und pflegebedürftigen Menschen sowie ihr soziales Umfeld zu befragen, ob sie behandlungspflegerische Maßnahmen selbst übernehmen können und hierfür auch finanzielle Anreize zu bieten und
- paralleler Versand von Unterlagen in Papierform bei Anwendung des Datenträgeraustauschs (DTA) .

Die im Abschnitt Verbesserungsvorschläge durch Ärztinnen und Ärzte aufgeworfene Fragestellung zur Verordnungsbegründung und Angehörigenbefragung (S. 140 f.) zeigt, dass, obwohl hierzu formal die Rechtsgrundlage gegeben ist, dennoch intensiver Erörterungsbedarf unter allen Beteiligten zu bestehen scheint, insbesondere im Hinblick auf die betroffene Zielgruppe und den Stellenwert ihrer gesundheitlich sozialen Versorgung.

Wünschenswert wäre es, mehr darüber zu erfahren, wie der hohe Wert bei der Beratung in der Kategorie 'Bürgerinnen und Bürger' zu Stande kommt, durch wen diese Beratung durchgeführt wird und ob hier Entlastung und Optimierung für Bürgerinnen und Bürger im Rahmen der Verordnung von Häuslicher Krankenpflege möglich sind.

Maßnahmen

Aus Sicht der OBF sollten die Verbesserungsvorschläge zum Aufwand des Antragsverfahrens von Häuslicher Krankenpflege in den Themenfeldern

- Fehlerquoten beim Ausfüllen des bundeseinheitlichen Mustervordrucks,
- unterschiedliche Einschätzungen zu Art und Umfang der Verordnung durch die Vertragspartner,
- auch im Hinblick auf die Forderung von Nachweispflichten aus der Dokumentation der Pflegedienste und der Leistungserbringung durch Angehörige

zusammenfassend aufgearbeitet werden.

Der Gesetzgeber hat im PNG (Artikel 3 Nr. 18) der bereits bestehenden Möglichkeit einer Rahmenempfehlung zur Versorgung mit Häuslichen Krankenpflege dahingehend Nachdruck verliehen, dass die Vertragspartner sich zu einer Vielzahl der auch im Bericht aufgeworfenen Themen auf Bundesebene unter Fristsetzung zu bundeseinheitlichen Vorgehensweisen und Vereinfachungsverfahren zeitnah verständigen (§ 132a SGB V).

Hilfreich wäre es, die vorliegenden Ergebnisse dieses Berichts auch hierfür zu nutzen und durch vertiefte Prozessanalysen einzelner Aspekte mögliche Verbesserungen herauszuarbeiten, die unter anderem in die Verhandlungen einfließen könnten.

Ausblick

Insgesamt verstärkt sich für die OBF auch durch diesen Bericht der Eindruck, dass nachhaltige Effekte der Verfahrensvereinfachung und Entbürokratisierung nur im Zusammenhang mit einer grundsätzlichen Erörterung zur Weiterentwicklung der inhaltlichen, rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen der Häuslichen Krankenpflege erreicht werden können.

Eine Überprüfung der bisherigen Einordnung und des Stellenwerts von Häuslicher Krankenpflege im System der gesundheitlich sozialen Versorgung und eine gesundheitspolitische Einordnung zur eventuellen Neujustierung durch den Gesetzgeber werden empfohlen.

12.2.3 Pflegedokumentation

Einordnung des Themas aus Sicht der OBF

Im Rahmen der Entbürokratisierungsdebatte ist das Thema Pflegedokumentation nach wie vor von zentraler Bedeutung. Es gibt kein Handlungsfeld, zu dem so viele Vorschläge, Hinweise und kritische Beiträge von Einrichtungen und Diensten, von Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten, von Fachverbänden, aber auch den Bürgerinnen und Bürgern eingegangen sind.

Auch wenn das Thema Pflegedokumentation nicht neu ist, wurde seine Relevanz und Aktualität im Kontext des Entbürokratisierungsprojekts des BMG erneut bestätigt. In den Gesprächen und Praxisbesuchen vor Ort vermittelte sich zusätzlich durchgängig der Eindruck, dass sich die Thematik jenseits der Empfehlungen des „Runden Tisch Pflege“ (2005) weiter verschärft hat und die Forderung nach einer nachhaltigen Entlastung, insbesondere für den pflegerischen Alltag, einvernehmlich im Raum steht.

Immer wieder wird im Zusammenhang mit gestiegenen Dokumentationserfordernissen von den Trägern von Einrichtungen und Diensten vorgetragen, dass diese derzeit 30-50 % der Arbeitszeit binden und sich dadurch unter anderem notwendige Kapazitäten für die Versorgung Pflegebedürftiger reduzieren. Hinzu kommen enorme Klagen, dass der Aufwand insbesondere zur Pflegedokumentation in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen ist. Dem muss im Rahmen der Entbürokratisierung nachgegangen werden.

Kleinere Untersuchungen aus den vergangenen Jahren belegen, dass bezogen auf die reine Pflegedokumentation dies kein realistisches Bild zu sein scheint. Allerdings sind diese Untersuchungen durch Zeitablauf (vor 2008; PFWG) nur begrenzt geeignet, um Fragen zum Zeitfaktor im Kontext Pflegedokumentation in der gegenwärtigen Situation zu beantworten. Vermutlich beziehen sich zudem die Ein-

schätzungen der Träger von Einrichtungen und Diensten auf einen Dokumentationsaufwand, der weitere administrative Aufgaben einbezieht.

Insofern geben die jüngst erhobenen Daten zur Pflegedokumentation im Rahmen der Untersuchung des Statistischen Bundesamtes erstmalig Ergebnisse und aktuelle Anhaltspunkte zum zeitlichen Umfang von Pflegedokumentation und liefern gleichzeitig Informationen zum hinterlegten Kostenaufwand.

Die erhobenen Daten klären zwar nicht, wodurch der Dokumentationsaufwand ausgelöst wird, zeigen aber in einzelnen Prozessschritten Befunde, die sich mit dem Eindruck der Pflegenden und des aus ihrer Sicht gestiegenen Dokumentationsaufwands decken. Dies wird in dem vorliegenden Bericht insbesondere bei den Themen „Ausfüllen der Leistungsnachweise“ und „Einrichten der Pflegedokumentation bei Neuzugängen“ deutlich.

Kommentar zum Bericht

Der dargestellte Zeitaufwand bildet den durchschnittlichen Umfang für einen 'normalen' Pflegedokumentationsaufwand pro pflegerisch tätiger Person und Arbeitsstunde mit 7,7 Minuten ab. Das ergibt für die Pflegefachkräfte einen Anteil an der Gesamtarbeitszeit von rund 13% (von der Ombudsfrau in Auftrag gegebene Zusatzberechnung des Statistischen Bundesamtes, die nicht Teil des Berichts ist).

Der Unterschied zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich erscheint mit 12,8% (ambulant) bzw. 12,9% (stationär) zunächst marginal. Insbesondere für die ambulante Pflege wäre aber interessant zu messen, welcher zusätzlicher Zeitfaktor für den Dokumentationsaufwand für den Leistungsbereich aus dem SGB V (HKP) hinzukommt.

Es wäre daher verkürzt, die Thematik als nicht so bedeutend wie vermutet für die Entbürokratisierungsdebatte einzustufen.

Der Abschlussbericht weist an mehreren Stellen darauf hin, dass weitere Ereignisse einen Dokumentationsaufwand produzieren (Dokumentation aus besonderem Anlass, medizinisch ärztliche Versorgung, unvorhergesehene Ereignisse etc.) und im Einzelfall hinzugerechnet werden müssen.

Geht man davon aus, dass aktuelle einrichtungsinterne Untersuchungen zum Zeitaufwand für die Pflegedokumentation weitere administrative Tätigkeiten, unter anderem den Anteil der Führungskräfte innerhalb ihrer Organisationsstruktur in diesem Kontext mit berücksichtigen, ist die Einschätzung dieser Trägerorganisationen von 20-30 % der Arbeitszeit angesichts der Ergebnisse aus dem Abschlussbericht nachvollziehbar.

Insgesamt werden die jährlichen Kosten im Abschlussbericht auf 2,7 Mrd. € für die Pflegedokumentation beziffert und sorgen - zunächst zu Recht - für erhebliche Aufmerksamkeit. So beeindruckend wie diese Summe ist, können erst weitere vertiefte Prozessanalysen in den einzelnen Versorgungsbereichen und Prozessschritten, Aufschluss darüber geben, wie die Ergebnisse im Einzelnen zu bewerten sind und wo Vereinfachungsvorschläge ansetzen müssen.

Hieran sollten sich alle zentralen Akteure beteiligen, gerade im Hinblick darauf, dass laut Aussage des Berichts zwei Drittel des Kostenaufwands für die Pflegedokumentation an dem Thema „Leistungserfassung“ festzumachen sind. Hierfür müssen die auslösenden Faktoren identifiziert werden. Bei einem möglichen Mix der Ursachen wird es dann auch darum gehen, einzuordnen, ob der Gesetzgeber hier durch weitere Veränderungen der gesetzlichen Rahmenvorgaben einen Beitrag zur Bewältigung dieses so komplexen Themas leisten kann.

Maßnahmen

Ein erster Schritt in diese Richtung findet sich im PNG durch die Erweiterung des Prüfkonzeptes im § 114 a Absatz 3 SGB XI, der dem Ansatz Rechnung trägt, dass die Pflegedokumentation nicht zum alleinigen Maßstab der Beurteilung gemacht werden soll. Dies muss nun von den Partnern der Selbstverwaltung entsprechend genutzt und zeitnah umgesetzt werden.

Darüber hinaus wird durch die Ergebnisse im Bericht die Einschätzung der Fachszene und der OBF bestätigt, dass Vorschläge zur Vereinfachung/Entbürokratisierung der Pflegedokumentation für die ambulante, die stationäre und die teilstationäre Pflege getrennt bearbeitet werden müssen.

Das Thema Pflegedokumentation ist von herausragender Bedeutung in der Entbürokratisierungsdebatte und wird durch den vorliegenden Abschlussbericht in Teilen konkretisiert. Da dieses Thema für die Pflegenden eng mit zeitlichen und motivationalen Aspekten verknüpft ist und dies Auswirkungen auf die Versorgung hat, muss der Einordnung und Bewältigung dieser (stetig steigenden) Problematik, einschließlich des Kostenfaktors, höchste Priorität eingeräumt werden.

Ausblick

Aus Sicht der OBF zeigt sich, dass sich die Gesamthematik in einzelne Unterthemen aufgliedert, die je unterschiedliche Ursachen haben. Diese sind:

- Konzept der externen Qualitätssicherung in Verschränkung mit den Transparenzkriterien,
- Pflegedokumentation im Kontext Rechtssicherheit,
- fachliche Ausprägung und Anwendung des Pflegeprozesses,
- Implementierung und Funktion der Expertenstandards des Deutschen Netzwerks der Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP),
- Pro und Contra der Entlastung und Vereinfachung durch technische Verfahren,
- Konkretisierung und Einschätzung der zeitlichen Dimension.

Entbürokratisierungsvorschläge müssen zu jedem einzelnen Thema durchdacht werden, um zu tragfähigen Ergebnissen und spürbaren praktikablen Lösungen vor Ort zu kommen. Die vorliegenden Zahlen im Abschlussbericht des Statistischen Bundesamtes bieten sich zum Teil als Grundlage hierfür an. Entbürokratisierung erfordert daher das entschlossene Handeln verschiedener Akteure aus unterschiedlichen Bereichen. Diese parallelen Aktivitäten bedürfen einer Bündelung.

12.3 Ausblick und Handlungsbedarf

Der Vorschlag der Krankenkassen, auf der Grundlage des vollständigen Ergebnisberichtes die einzelnen Prozessschritte und die rechtlichen Rahmenbedingungen der verschiedenen Antragsverfahren in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe vertieft zu analysieren (Beteiligte, BMG/BMAS, Statistisches Bundesamt, OBF), wird aus den dargelegten Gründen unterstützt.

Ein solches Vorgehen verspricht am ehesten Erkenntnisse über mögliche Ansatzpunkte für nachhaltige Verfahrensvereinfachungen. Wahrscheinlich wäre es im Interesse aller Beteiligten zielführend, wenn das Statistische Bundesamt als neutraler Moderator hierfür fungieren könnte.

Das inhaltlich weiter gefasste Projekt des BMG zur Entbürokratisierung der Pflege ist bis zum Ende der Legislaturperiode verlängert worden und wird seinen Fokus auf Problemlösungen des bürokratischen Aufwands der Pflegedokumentation legen. Damit kommt dem Stellenwert dieses Themas im pflegerischen Alltag, insbesondere aus Sicht der Pflegenden und verantwortlichen Träger von Einrichtungen und Diensten, die entsprechende politische Aufmerksamkeit zu.

Aus Sicht der OBF wäre es zu begrüßen, wenn dies auch für das Thema Häusliche Krankenpflege durch die Etablierung der oben erwähnten Arbeitsgruppe gelänge und sich insbesondere für die Bürgerinnen und Bürger, aber auch die Pflegenden hier spürbare Veränderungen der Verfahren einleiten ließen.

Abkürzungsverzeichnis

Gesetze

BGB	=	Bürgerliches Gesetzbuch Stand: 2. Januar 2002
SGB V	=	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung Stand: 30. Juli 2009
SGB IX	=	Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen Stand: 30. Juli 2009
SGB X	=	Zehntes Buch Sozialgesetzbuch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz Stand: 29. Juli 2009
SGB XI	=	Elftes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung Stand: 30. Juli 2009
SGB XII	=	Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe Stand: 30. Juli 2009

Sonstige Abkürzungen

AHB	=	Anschlussheilbehandlung
BMAS	=	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	=	Bundesministerium für Gesundheit
FZ	=	Fallzahl
GBü	=	Geschäftsstelle Bürokratieabbau im Bundeskanzleramt
GKV	=	Gesetzliche Krankenversicherung
KK	=	Gesetzliche Krankenkasse
LL	=	Lebenslage
LLQ	=	Lebenslagenquotient; nach Angabe des MDS sind ca. 85% der Pflegebedürftigen in der Altersklasse 65+. Bei allen mit LLQ gekennzeichneten Feldern (Anhänge 1 und 2) wurde dieser Wert zur Berechnung der Lebenslagenfallzahl herangezogen, wenn lediglich Fallzahlen für Pflegebedürftige aller Altersklassen vorhanden waren.
MDK	=	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	=	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
MEDICPROOF	=	Medizinischer Dienst der privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen
Mio.	=	Millionen
Mrd.	=	Milliarden
NKR	=	Nationaler Normenkontrollrat
NKRG	=	Gesetz zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates
PK	=	Gesetzliche Pflegekasse
PKV	=	Privates Krankenversicherungsunternehmen
PPV	=	Privates Pflegeversicherungsunternehmen
SiK	=	Sozialdienst im Krankenhaus
StBA	=	Statistisches Bundesamt

Zeichenerklärung

-	=	Entspricht Null
x	=	Angabe ist nicht sinnvoll. Dies ist bspw. der Fall, wenn Angaben zu verschiedenen Normadressaten in einer Tabelle dargestellt sind und bestimmte Aktivitäten nicht Bestandteil des entsprechenden normadressatenspezifischen Fragebogens waren.

Literaturverzeichnis

Becker, U.; Kingreen, T. (Hrsg.): SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung. Kommentar, 2. Aufl., München, 2010

Bundesministerium der Gesundheit (Hrsg.): Glossarbereich. Eingeschränkte Alltagskompetenz, Stand: Juli 2012, Internet: <http://www.bmg.bund.de/glossarbereich/e/eingeschraenkte-alltagskompetenz.html>.

Chlumsky, J. et al.: Das Standardkosten-Modell und seine Anwendung auf der Bundesebene, in Wirtschaft und Statistik, Heft 10, 2006, S: 993-1002.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS): Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung, Essen, 2009.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches, Essen, 2009.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung, Juni 2011, Internet: https://www.destatis.de/DE/UeberUns/UnsereAufgaben/Buerokratiekostenmessung/ErfuellungsaufwandHandbuch.pdf?__blob=publicationFile.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, Wiesbaden, 2011.

Anhang

Anhang 1

Ergebnisübersichten*

Hinweis: Die in den Ergebnisübersichten dargestellten Zeiten und Sachkosten sind auf ganze Zahlen gerundet. Ungerundete Ergebnisse können den Tabellen in Kapitel 7 entnommen werden.

* Die angewendete Methodik dient ausschließlich zur Ermittlung des durch rechtliche Regelungen verursachten Erfüllungsaufwands. Sie ist nicht zu vergleichen mit repräsentativen und betriebswirtschaftlichen Kostenstrukturerhebungen. Die Ergebnisse dienen ausschließlich dazu, die Belastung der Normadressaten aufgrund bürokratischer Aufwände einzuschätzen und lassen keine Schlussfolgerungen hinsichtlich betriebswirtschaftlicher Abläufe zu.

Ergebnisübersicht

Verfahren 1: Feststellung der Pflegestufe

Gesetzliche Grundlagen: § 25 SGB X, § 84 SGG, § 84a SGG, § 85 SGG, § 86 SGG, § 86a SGG, § 86b SGG, § 16 SGB I i. V. m. § 33 Abs. 1 SGB XI; § 45 b Abs. 2 Satz 1 SGB XI, § 18 SGB XI, § 18 SGB XI, § 21 Abs. 2 SGB X, § 31 SGB XI

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Gesamtbelastung in tsd. Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Jahr für die Lebenslage	Gesamtbelastung in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Sachaufwand in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Bürger/-innen/-innen pro Fall inkl. Wartezeiten	Sachaufwand in Euro für Bürger/-innen/-innen pro Fall inkl. Wegekosten	Fallzahl der Lebenslage
0100	Antrag auf Feststellung der Pflegestufe durch pflegebedürftige Person/Angehörige	Bürger/-innen - Pflegebedürftige/Pflegebedürftiger					158	2	666.191
0200	Antrag auf Feststellung der Pflegestufe durch Sozialen Dienst im Krankenhaus	Wirtschaft - Sozialer Dienst im Krankenhaus	14.904	106	137	1			140.487
0300	Antragsbearbeitung (einschließlich Beauftragung des MDK und abschließender Bescheiderstellung sowie ggf. Beratung des Antragstellers/der Antragstellerin)	Verwaltung - gesetzliche Pflegekasse	31.002	41	66	2			765.167
0400	Antragsbearbeitung (einschließlich Beauftragung von MEDICPROOF und Mitteilung des Ergebnisses sowie ggf. Beratung des Antragstellers/der Antragstellerin)	Wirtschaft - privates Pflegeversicherungsunternehmen	2.094	50	77	3			41.510
0500	Sachbearbeitung (einschließlich Beauftragung des Gutachtens und ggf. weitere Datenanforderungen) durch MDK	Verwaltung - MDK - Seg : Gesamt	19.277	27	30	10			702.222
0501	Sachbearbeitung (einschließlich Beauftragung des Gutachtens und ggf. weitere Datenanforderungen) durch MDK	Verwaltung - MDK - Seg01: MDK-Gutachter/-in	10.730	18	30	0			585.899
0502	Sachbearbeitung (einschließlich Beauftragung des Gutachtens und ggf. weitere Datenanforderungen) durch MDK	Verwaltung - MDK - Seg02: externe/-r Gutachter/-in	8.546	73	30	56			116.323
0600	Sachbearbeitung (einschließlich Beauftragung des/der Gutachters/-in, Begutachtung, Gutachtenerstellung und ggf. weitere Datenanforderungen) durch MEDICPROOF	Wirtschaft - MEDICPROOF	6.738	162	33	142			41.510

Ergebnisübersicht

Verfahren 1: Feststellung der Pflegestufe

Gesetzliche Grundlagen: § 25 SGB X, § 84 SGG, § 84a SGG, § 85 SGG, § 86 SGG, § 86a SGG, § 86b SGG, § 16 SGB I i. V. m. § 33 Abs. 1 SGB XI; § 45 b Abs. 2 Satz 1 SGB XI, § 18 SGB XI, § 18 SGB XI, § 21 Abs. 2 SGB X, § 31 SGB XI

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Gesamtbelastung in tsd. Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Jahr für die Lebenslage	Gesamtbelastung in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Sachaufwand in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Bürger/-innen/-innen pro Fall inkl. Wartezeiten	Sachaufwand in Euro für Bürger/-innen/-innen pro Fall inkl. Wegekosten	Fallzahl der Lebenslage
0700	Begutachtung und Gutachtererstellung inkl. -übermittlung (MDK) ⁽¹⁾	Verwaltung - MDK (Gutachter/-in)	24.022	46	77	0			525.393
0800	Teilnahme an Begutachtung des/der Pflegebedürftigen (Pflegebedürftiger/Pflegebedürftige+ ggf. Angehörige)	Bürger/-innen - Pflegebedürftige/Pflegebedürftiger / Angehörige					60		1.170.860
0900	Teilnahme an Begutachtung des/der Pflegebedürftigen (Pflegekraft des amb.Pflegedienstes / der stat.Pflegeeinrichtung)	Wirtschaft - Pflegekraft	4.137	37	78	0			111.200
1000	Datenlieferung an MDK / MEDICPROOF / Gutachter/-in	Wirtschaft - Ärzte, Pfleger etc.	789	11	18	2			74.400
1200	Erstellen des Widerspruchs	Bürger/-innen - Pflegebedürftige/Pflegebedürftiger					170	7	50.987
1300	Antragsbearbeitung Widerspruch (einschließlich Beauftragung des MDK und abschließender Bescheiderstellung sowie ggf. Beratung des/der Antragstellers/-in)	Verwaltung - gesetzliche Pflegekasse	3.048	62	102	2			49.364
1400	Antragsbearbeitung Widerspruch (einschließlich Beauftragung von MEDICPROOF und Mitteilung des Ergebnisses sowie ggf. Beratung des/der Antragstellers/-in)	Wirtschaft - privates Pflegeversicherungsunternehmen	86	53	81	3			1.623
1500	Sachbearbeitung Widerspruch (einschließlich Zweitbegutachtung und ggf. Beauftragung des Widerspruchsgutachtens und ggf. weitere Datenanforderungen) durch MDK	Verwaltung - MDK	907	18	30	1			49.364

Ergebnisübersicht

Verfahren 1: Feststellung der Pflegestufe

Gesetzliche Grundlagen: § 25 SGB X, § 84 SGG, § 84a SGG, § 85 SGG, § 86 SGG, § 86a SGG, § 86b SGG, § 16 SGB I i. V. m. § 33 Abs. 1 SGB XI; § 45 b Abs. 2 Satz 1 SGB XI, § 18 SGB XI, § 18 SGB XI, § 21 Abs. 2 SGB X, § 31 SGB XI

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Gesamtbelastung in tsd. Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Jahr für die Lebenslage	Gesamtbelastung in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Sachaufwand in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Bürger/-innen/-innen pro Fall inkl. Wartezeiten	Sachaufwand in Euro für Bürger/-innen/-innen pro Fall inkl. Wegekosten	Fallzahl der Lebenslage
1600	Sachbearbeitung Widerspruch (einschließlich Widerspruchsprüfung und ggf. Beauftragung eines/-r Widerspruchsgutachters/-in, Begutachtung, Gutachtenerstellung und ggf. weitere Datenanforderungen) durch MEDICPROOF	Wirtschaft - MEDICPROOF	520	320	33	300			1.623
1700	Widerspruchsbegutachtung und Gutachtenerstellung inkl. -übermittlung (MDK)	Verwaltung - MDK (Gutachter/-in)	1.987	44	75	0			44.900
1800	Teilnahme an Widerspruchsbegutachtung des/der Pflegebedürftigen (Pflegebedürftige/Pflegebedürftige r + ggf. Angehörige)	Bürger/-innen - Pflegebedürftige/Pflegebedürftige / Angehörige					45	0	81.900
1900	Teilnahme an Widerspruchsbegutachtung des/der Pflegebedürftigen (Pflegekraft des amb.Pflegedienstes / der stat.Pflegeeinrichtung)	Wirtschaft - Pflegekraft	262	34	70	0			7.800
2000	Datenlieferung an MDK / MEDICPROOF / Gutachter/-in im Zuge des Widerspruchsverfahrens	Wirtschaft - Ärzte, Pfleger etc.	12	2	5	0			5.100
	Gesamtantragsverfahren (Verfahren1_Feststellung der Pflegestufe) für Normadressat	Bürger/-innen ⁽²⁾					282	3	
	Gesamtantragsverfahren (Verfahren1_Feststellung der Pflegestufe) für Normadressat	Verwaltung	80.242						
	Gesamtantragsverfahren (Verfahren1_Feststellung der Pflegestufe) für Normadressat	Wirtschaft	29.542						

¹⁾ Der Zeitaufwand für die Begutachtung vor Ort (Haus-/Heimbesuch) wurde für MEDICPROOF nicht separat erfasst. Da die MEDICPROOF GmbH Gutachten ausschließlich durch externe Gutachter/-in erstellen lässt, wurden die hierfür anfallenden Kosten als "Externe Kosten" im Rahmen der "Sachbearbeitung durch MEDICPROOF" an Stelle des (monetarisierten) Zeitaufwandes ausgewiesen.

²⁾ Der Zeitaufwand und der Sachaufwand für das Gesamtantragsverfahren der Bürger/-innen pro Fall wurde als mit der Fallzahl gewichtete Summe der Aufwandswerte der Lebenslage berechnet. Eine einfache Summenbildung wäre nicht richtig, da beispielsweise nur ein bestimmter Teil der Betroffenen in das Widerspruchsverfahren geht.

Ergebnisübersicht

Verfahren 2: Verfahren zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers auf Anregung *

Gesetzliche Grundlagen: §§ 1896 ff. BGB

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Gesamtbelastung in tsd. Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Jahr für die Lebenslage	Gesamtbelastung in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Sachaufwand in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wartezeiten	Sachaufwand in Euro für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wegekosten	Fallzahl der Lebenslage
2100	Einleitung des Betreuungsverfahrens	Bürger/-innen - Pflegebedürftige sowie (künftige) ehrenamtliche Betreuer/-innen					252	8	125.000
7300	Formlose Verfahrensanregung eines Krankenhauses oder einer Pflegeeinrichtung an das zuständige Betreuungsgericht	Wirtschaft - Krankenhaus, Pflegeeinrichtung etc.	90	72	93	1			1.250
	Gesamtanregungsverfahren (Verfahren2_Verfahren zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers auf Anregung) für Normadressat	Bürger/-innen					252	8	
	Gesamtanregungsverfahren (Verfahren2_Verfahren zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers auf Anregung) für Normadressat	Wirtschaft	90						

*Betreuungsverfahren betreffen die rechtliche Betreuung und sind als ein gerichtsförmliches Verfahren ausgestaltet. Die im Projekt ermittelten Aufwände zu diesen Verfahren sind daher nicht vergleichbar mit den ermittelten Aufwänden für sozialrechtliche Antragsverfahren zur Gewährung von Sozial- oder Pflegeleistungen.

Ergebnisübersicht

Verfahren 3: Hilfe zur Pflege

Gesetzliche Grundlagen:

§ 61 SGB XII

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Gesamtbelastung in tsd. Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Jahr für die Lebenslage	Gesamtbelastung in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Sachaufwand in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wartezeiten	Sachaufwand in Euro für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wegekosten	Fallzahl der Lebenslage
5500	Antrag auf Hilfe zur Pflege	Bürger/-innen - Pflegebedürftige					315	7	63.500
5600	Sachbearbeitung durch Sozialhilfeträger (einschließlich Prüfung auf finanzielle Bedürftigkeit/Berechnung der Einkommensgrenze, Recherche und Kontaktaufnahme mit Angehörigen, Kontakt mit MDK/MEDICPROOF/Kassen/Versicherungsunternehmen, Bescheiderstellung und -übermittlung)	Verwaltung - Sozialhilfeträger - Seg : Gesamt	14.320	226	253	5			63.500
5601	Sachbearbeitung durch Sozialhilfeträger (einschließlich Prüfung auf finanzielle Bedürftigkeit/Berechnung der Einkommensgrenze, Recherche und Kontaktaufnahme mit Angehörigen, Kontakt mit MDK/MEDICPROOF/Kassen, Bescheiderstellung und -übermittlung)	Verwaltung - Sozialhilfeträger - Seg01: Erstmaltige Sozialhilfe-Antragstellung	9.170	289	325	5			31.750
5602	Sachbearbeitung durch Sozialhilfeträger (einschließlich Prüfung auf finanzielle Bedürftigkeit/Berechnung der Einkommensgrenze, Recherche und Kontaktaufnahme mit Angehörigen, Kontakt mit MDK/MEDICPROOF/Kassen/Versicherungsunternehmen, Bescheiderstellung und -übermittlung)	Verwaltung - Sozialhilfeträger - Seg02: PjB bereits Sozialhilfeempfänger/-innen	5.150	162	180	5			31.750
5700	Auskunftserteilung durch Angehörige	Bürger/-innen - Angehörige					240	15	31.750
5800	Übermittlung des Gutachtens durch gesetzliche Pflegeversicherung	Verwaltung - gesetzliche Pflegekasse	7	9	12	2			850

Ergebnisübersicht

Verfahren 3: Hilfe zur Pflege

Gesetzliche Grundlagen:

§ 61 SGB XII

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Gesamtbelastung in tsd. Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Jahr für die Lebenslage	Gesamtbelastung in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Sachaufwand in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wartezeiten	Sachaufwand in Euro für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wegekosten	Fallzahl der Lebenslage
5900	Übermittlung des Gutachtens durch privates Pflegeversicherungsunternehmen	Wirtschaft - privates Pflegeversicherungsunternehmen	0	4	4	2			40
	Gesamtantragsverfahren (Verfahren3_Hilfe zur Pflege) für Normadressat	Bürger/-innen ⁽¹⁾					435	15	
	Gesamtantragsverfahren (Verfahren3_Hilfe zur Pflege) für Normadressat	Verwaltung	14.328						
	Gesamtantragsverfahren (Verfahren3_Hilfe zur Pflege) für Normadressat	Wirtschaft	0						

⁽¹⁾ Der Zeitaufwand und der Sachaufwand für das Gesamtantragsverfahren der Bürger pro Fall wurde als mit der Fallzahl gewichtete Summe der Aufwandswerte der Lebenslage berechnet. Eine einfache Summenbildung wäre nicht richtig, da nur ein bestimmter Teil der Angehörigen von der Auskunftserteilung betroffen ist.

Ergebnisübersicht

Verfahren 4: Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Personen

Gesetzliche Grundlagen:

§ 44 SGB XI, § 170 Abs. 1 Nr. 6 SGB VI

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Gesamtbelastung in tsd. Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Jahr für die Lebenslage	Gesamtbelastung in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Sachaufwand in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wartezeiten	Sachaufwand in Euro für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wegekosten	Fallzahl der Lebenslage
6000	Antragstellung durch die Pflegeperson (inkl. ggf. vorheriger Anforderung der Unterlagen bei der Pflegekasse/dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen)	Bürger/-innen - Pflegeperson					16	1	110.000
6100	Antragsprüfung durch Pflegeversicherung mit anschließender Meldung an Pflegeperson und im Falle einer Bewilligung Meldung an die Rentenversicherung	Verwaltung - gesetzliche Pflegekasse	1.478	15	23	1			100.000
6200	Antragsprüfung durch Pflegeversicherung mit anschließender Meldung an Pflegeperson und im Falle einer Bewilligung Meldung an die Rentenversicherung	Wirtschaft - privates Pflegeversicherungsunternehmen	167	17	24	2			10.000
	Gesamtantragsverfahren (Verfahren4_ Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Personen) für Normadressat	Bürger/-innen					16	1	
	Gesamtantragsverfahren (Verfahren4_ Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Personen) für Normadressat	Verwaltung	1.478						
	Gesamtantragsverfahren (Verfahren4_ Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Personen) für Normadressat	Wirtschaft	167						

Ergebnisübersicht

Verfahren 5: Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen für chronisch Kranke

Gesetzliche Grundlagen: § 62 SGB V, § 62 SGB V, ChronikerR

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Gesamtbelastung in tsd. Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Jahr für die Lebenslage	Gesamtbelastung in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Sachaufwand in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wartezeiten	Sachaufwand in Euro für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wegekosten	Fallzahl der Lebenslage
4400	Ausfüllen des Antrags, Beschaffung von Informationen, Nachweisen/Belegen und ggf. Formularen (einschließlich Übermittlung an Krankenkasse)	Bürger/-innen - Rentner/-innen					54	1	4.861.185
4500	Vorlage der Antrags bei der Ärztin bzw. beim Arzt	Wirtschaft - Arztpraxen	22.884	5	11	0			4.861.185
4600	Antragsprüfung, Bescheiderstellung und -übermittlung (ggf. einschließlich Beratung der/des Antragstellers/-in und Versand von Formularen)	Verwaltung - gesetzliche Krankenkasse	109.784	23	36	2			4.861.185
	Gesamtantragsverfahren (Verfahren5_ Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen für chronisch Kranke) für Normadressat	Bürger/-innen					54	1	
	Gesamtantragsverfahren (Verfahren5_ Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen für chronisch Kranke) für Normadressat	Verwaltung	109.784						
	Gesamtantragsverfahren (Verfahren5_ Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen für chronisch Kranke) für Normadressat	Wirtschaft	22.884						

Ergebnisübersicht

Verfahren 6: Hilfsmittel

Gesetzliche Grundlagen: § 33 SGB V, § 33 SGB V, § 48 SGB XII, § 61 Abs. 2 SGB XII, § 40 SGB XI

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Gesamtbelastung in tsd. Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Jahr für die Lebenslage	Gesamtbelastung in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Sachaufwand in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wartezeiten	Sachaufwand in Euro für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wegekosten	Fallzahl der Lebenslage
2900	Verordnung des Hilfsmittels durch die Ärztin bzw. den Arzt	Wirtschaft - Arztpraxen	17.313	5	11	0			3.234.000
3000	Beschaffung des Verbrauchshilfsmittels (einschließlich Beschaffung der Verordnung)	Bürger/-innen - Pflegebedürftige					20	2	1.967.000
3100	Beantragung und Beschaffung des technischen Hilfsmittels (einschließlich Beschaffung und Einreichung von Verordnung und Kostenvoranschlägen)	Bürger/-innen - Pflegebedürftige					25	1	1.267.000
3200	Antragsprüfung- und Bearbeitung, Bescheiderstellung	Verwaltung - gesetzliche Krankenkasse	40.531	13	19	2			3.234.000
3300	Antragsprüfung- und Bearbeitung, Mitteilung des Ergebnisses	Wirtschaft - privates Krankenversicherungsunternehmen ⁽¹⁾							
	Gesamtantragsverfahren (Verfahren6_Hilfsmittel) für Normadressat	Bürger/-innen					22	1	
	Gesamtantragsverfahren (Verfahren6_Hilfsmittel) für Normadressat	Verwaltung	40.531						
	Gesamtantragsverfahren (Verfahren6_Hilfsmittel) für Normadressat	Wirtschaft ⁽¹⁾	17.313						

⁽¹⁾ Die Möglichkeit der Beantragung von Hilfsmitteln hängt bei der privaten Krankenversicherung von der individuellen Vertragsgestaltung ab. Es ließen sich daher keine validen Durchschnittswerte ermitteln, so dass auf eine Ausweisung von Zeiten und Kosten verzichtet wurde.

Ergebnisübersicht

Verfahren 7: Pflegehilfsmittel

Gesetzliche Grundlagen:

§ 40 Abs. 1 SGB XI

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Gesamtbelastung in tsd. Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Jahr für die Lebenslage	Gesamtbelastung in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Sachaufwand in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wartezeiten	Sachaufwand in Euro für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wegekosten	Fallzahl der Lebenslage
3500	Beantragung und Beschaffung des technischen Pflegehilfsmittels (einschließlich Beschaffung und Einreichung von Verordnung und Kostenvoranschlägen)	Bürger/-innen - Pflegebedürftige					28	1	220.000
7200	Beantragung und Beschaffung des Pflegehilfsmittels zum Verbrauch	Bürger/-innen - Pflegebedürftige					10	0	551.100
3600	Antragsprüfung- und Bearbeitung, Bescheiderstellung	Verwaltung - gesetzliche Pflegekasse - <i>Seg : Gesamt</i>	8.152	12	18	1			701.000
3601	Antragsprüfung- und Bearbeitung, Bescheiderstellung	Verwaltung - gesetzliche Pflegekasse - <i>Seg01: technisches Pflegehilfsmittel</i>	3.763	19	29	2			200.000
3602	Antragsprüfung- und Bearbeitung, Bescheiderstellung	Verwaltung - gesetzliche Pflegekasse - <i>Seg02: zum Verbrauch bestimmtes Pflegehilfsmittel</i>	4.389	9	13	1			501.000
3700	Antragsprüfung und -bearbeitung, Erstellung der Mitteilung	Wirtschaft - privates Pflegeversicherungsunternehmen - <i>Seg : Gesamt</i>	695	10	13	2			70.100
3701	Antragsprüfung und -bearbeitung, Erstellung der Mitteilung	Wirtschaft - privates Pflegeversicherungsunternehmen - <i>Seg01: technisches Pflegehilfsmittel</i>	504	25	38	2			20.000
3702	Antragsprüfung und -bearbeitung, Erstellung der Mitteilung	Wirtschaft - privates Pflegeversicherungsunternehmen - <i>Seg02: zum Verbrauch bestimmtes Pflegehilfsmittel</i>	192	4	3	2			50.100
7500	Sachbearbeitung durch den MDK (technisches Pflegehilfsmittel)	Verwaltung - MDK	269	27	45	1			10.000
7600	Sachbearbeitung durch MEDICPROOF (technisches Pflegehilfsmittel)	Wirtschaft - MEDICPROOF	1.061	82	30	63			13.000
	Gesamtantragsverfahren (Verfahren7_Pflegehilfsmittel) für Normadressat	Bürger/-innen					15	0	

Ergebnisübersicht

Verfahren 7: Pflegehilfsmittel

Gesetzliche Grundlagen:

§ 40 Abs. 1 SGB XI

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Gesamtbelastung in tsd. Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Jahr für die Lebenslage	Gesamtbelastung in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Sachaufwand in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wartezeiten	Sachaufwand in Euro für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wegekosten	Fallzahl der Lebenslage
	Gesamtantragsverfahren (Verfahren7_Pflegehilfsmittel) für Normadressat	Verwaltung	8.422						
	Gesamtantragsverfahren (Verfahren7_Pflegehilfsmittel) für Normadressat	Wirtschaft	1.756						

Ergebnisübersicht

Verfahren 8: Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes bei Pflegebedürftigen

Gesetzliche Grundlagen:

§ 40 Abs. 4 SGB XI, §18 Abs. 1 SGB XI

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Gesamtbelastung in tsd. Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Jahr für die Lebenslage	Gesamtbelastung in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Sachaufwand in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wartezeiten	Sachaufwand in Euro für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wegekosten	Fallzahl der Lebenslage
4000	Antrag auf einen Zuschuss für eine Maßnahme zur Verbesserung des Wohnumfeldes (einschl. Beschaffung eines Kostenvoranschlags)	Bürger/-innen - Pflegebedürftige					191	1	9.240
4200	Bearbeitung, Prüfung und Bescheidübermittlung durch die Pflegeversicherung	Verwaltung - gesetzliche Pflegekasse	182	21	34	2			8.500
4300	Bearbeitung, Prüfung und Übermittlung der Bewilligung durch das private Pflegeversicherungsunternehmen	Wirtschaft - privates Pflegeversicherungsunternehmen	16	21	31	2			740
3800	Sachbearbeitung durch den MDK (inkl. Gutachtenerstellung)	Verwaltung - MDK	254	31	52	1			8.100
3900	Sachbearbeitung durch MEDICPROOF (inkl. Gutachtenerstellung)	Wirtschaft - MEDICPROOF	61	90	33	70			673
	Gesamtantragsverfahren (Verfahren8_ Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes bei Pflegebedürftigen) für Normadressat	Bürger/-innen					191	1	
	Gesamtantragsverfahren (Verfahren8_ Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes bei Pflegebedürftigen) für Normadressat	Verwaltung	436						
	Gesamtantragsverfahren (Verfahren8_ Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes bei Pflegebedürftigen) für Normadressat	Wirtschaft	76						

Ergebnisübersicht

Verfahren 9: Antrag auf häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege nach ärztlicher Verordnung)

Gesetzliche Grundlagen:

§ 37 SGB V

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Gesamtbelastung in tsd. Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Jahr für die Lebenslage	Gesamtbelastung in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Sachaufwand in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wartezeiten	Sachaufwand in Euro für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wegekosten	Fallzahl der Lebenslage
2400	Verordnung der häuslichen Krankenpflege	Wirtschaft - Arztpraxen	17.189	8	18	0			2.130.000
7400	Beteiligung am Verfahren durch ambulanten Pflegedienst	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung	14.983	8	14	1			1.917.000
2500	Übermittlung der Verordnung an die Krankenkasse (einschließlich Beschaffung der Verordnung)	Bürger/-innen - Pflegebedürftige / Angehörige					48	1	2.130.000
2600	Bearbeitung, Prüfung und Bescheidübermittlung durch die Krankenkasse ⁽¹⁾	Verwaltung - gesetzliche Krankenkasse	21.599	10	15	1			2.130.000
	Gesamtantragsverfahren (Verfahren9_ Antrag auf häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege nach ärztlicher Verordnung)) für Normadressat	Bürger/-innen					48	1	
	Gesamtantragsverfahren (Verfahren9_ Antrag auf häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege nach ärztlicher Verordnung)) für Normadressat	Verwaltung	21.599						
	Gesamtantragsverfahren (Verfahren9_ Antrag auf häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege nach ärztlicher Verordnung)) für Normadressat	Wirtschaft⁽¹⁾	32.172						

⁽¹⁾ Die Möglichkeit der Beantragung von häuslicher Krankenpflege hängt bei der privaten Krankenversicherung von der individuellen Vertragsgestaltung ab. Es ließen sich daher keine validen Durchschnittswerte ermitteln, so dass auf eine Ausweisung von Zeiten und Kosten bei privaten Krankenversicherungsunternehmen verzichtet wurde.

Ergebnisübersicht

Verfahren 10: Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Gesetzliche Grundlagen:

§ 31 SGB XI, § 40 SGBV, § 31 SGB XI

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Gesamtbelastung in tsd. Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Jahr für die Lebenslage	Gesamtbelastung in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Sachaufwand in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wartezeiten	Sachaufwand in Euro für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wegekosten	Fallzahl der Lebenslage
4700	Empfehlung des MDK, Leistungen zur medizinischen Reha durchzuführen	Verwaltung - MDK				0			1.000
4800	Empfehlung von MEDICPROOF, Leistungen zur medizinischen Reha durchzuführen	Wirtschaft - MEDICPROOF ⁽¹⁾							
4900	Beauftragung des Sozialdienstes des Krankenhauses, Kontaktaufnahme und Beratung der Patientin bzw. des Patienten durch Sozialdienst, Antragstellung und -weiterleitung	Wirtschaft - Krankenhaus (Arztpraxen, Sozialer Dienst)	2.882	57	117	1			50.900
5000	Beteiligung an Reha-Planung	Bürger/-innen - Pflegebedürftige					3		51.900
5100	Sachbearbeitung (Einholen und Überprüfen von medizinischen Befunden, Kontaktaufnahme und Datenübermittlung an Reha-Klinik, Erstellung und Übermittlung des Bescheids an Patientin bzw. Patient und die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt)	Verwaltung - gesetzliche Krankenkasse	1.076	21	33	1			51.900
5200	Sachbearbeitung (Einholen und Überprüfen von medizinischen Befunden, Kontaktaufnahme und Datenübermittlung an Reha-Klinik, Erstellung und Übermittlung der Entscheidung an Patientin bzw. Patient und die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt)	Wirtschaft - privates Krankenversicherungsunternehmen ⁽¹⁾							

Ergebnisübersicht

Verfahren 10: Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Gesetzliche Grundlagen:

§ 31 SGB XI, § 40 SGBV, § 31 SGB XI

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Gesamtbelastung in tsd. Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Jahr für die Lebenslage	Gesamtbelastung in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Sachaufwand in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wartezeiten	Sachaufwand in Euro für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wegekosten	Fallzahl der Lebenslage
	Gesamtantragsverfahren (Verfahren10_ Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) für Normadressat	Bürger/-innen					3		
	Gesamtantragsverfahren (Verfahren10_ Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) für Normadressat	Verwaltung	1.076						
	Gesamtantragsverfahren (Verfahren10_ Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) für Normadressat	Wirtschaft ⁽¹⁾	2.882						

⁽¹⁾ Die Möglichkeit der Beantragung von Leistungen zur medizinischer Rehabilitation hängt bei der privaten Krankenversicherung von der individuellen Vertragsgestaltung ab. Es ließen sich daher keine validen Durchschnittswerte ermitteln, so dass auf eine Ausweisung von Zeiten und Kosten verzichtet wurde.

Ergebnisübersicht

Verfahren 11: Antrag auf Heilmittel

Gesetzliche Grundlagen: § 32 SGB V, § 7 HeilM-RL

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Gesamtbelastung in tsd. Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Jahr für die Lebenslage	Gesamtbelastung in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Sachaufwand in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wartezeiten	Sachaufwand in Euro für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wegekosten	Fallzahl der Lebenslage
2700	Verordnung des Heilmittels durch die Ärztin bzw. den Arzt	Wirtschaft - Arztpraxen	64.511	6	12	0			11.526.687
2800	Beschaffung des Heilmittels (einschließlich Beschaffung der Verordnung)	Bürger/-innen - Pflegebedürftige					20	2	11.526.687
	Gesamtantragsverfahren (Verfahren11_ Antrag auf Heilmittel) für Normadressat	Bürger/-innen					20	2	
	Gesamtantragsverfahren (Verfahren11_ Antrag auf Heilmittel) für Normadressat	Wirtschaft	64.511						

Ergebnisübersicht

Verfahren 12: Pflegedokumentation

Gesetzliche Grundlagen: § 113 SGB XI

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Gesamtbelastung in tsd. Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Jahr für die Lebenslage	Gesamtbelastung in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Sachaufwand in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wartezeiten	Sachaufwand in Euro für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wegekosten	Fallzahl der Lebenslage
6500	Datenlieferung an Pflegeeinrichtung [Aufwand pro Fall]	Bürger/-innen - Pflegebedürftige / Angehörige					60	0	225.700
6300	Einrichten der Pflegedokumentation (Stammdaten, Anamnese, Pflegeplan, Pflegeablaufplan etc.), ggf. inkl. Rücksprache mit weiteren Stellen [Aufwand pro Neuaufnahme]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - Seg : Gesamt	47.728	211	275	0			225.700
6301	Einrichten der Pflegedokumentation (Stammdaten, Anamnese, Pflegeplan, Pflegeablaufplan etc.), ggf. inkl. Rücksprache mit weiteren Stellen [Aufwand pro Neuaufnahme]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - Seg01: Vollstationäre Pflege	27.754	297	386	0			93.500
6302	Einrichten der Pflegedokumentation (Stammdaten, Anamnese, Pflegeplan, Pflegeablaufplan etc.), ggf. inkl. Rücksprache mit weiteren Stellen [Aufwand pro Neuaufnahme]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - Seg02: Tagespflege	133	121	158	0			1.100
6303	Einrichten der Pflegedokumentation (Stammdaten, Anamnese, Pflegeplan, Pflegeablaufplan etc.), ggf. inkl. Rücksprache mit weiteren Stellen [Aufwand pro Neuaufnahme]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - Seg03: Tagespflege Demenzkranke	453	162	210	0			2.800
6304	Einrichten der Pflegedokumentation (Stammdaten, Anamnese, Pflegeplan, Pflegeablaufplan etc.), ggf. inkl. Rücksprache mit weiteren Stellen [Aufwand pro Neuaufnahme]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - Seg04: Ambulanter Pflegedienst	19.388	151	196	0			128.300
6400	Datenlieferung an Pflegeeinrichtung [Aufwand pro Fall]	Wirtschaft - Arztpraxen (auch Krankenhaus)	1.519	13	17	1			112.850

Ergebnisübersicht

Verfahren 12: Pflegedokumentation

Gesetzliche Grundlagen:

§ 113 SGB XI

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Gesamtbelastung in tsd. Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Jahr für die Lebenslage	Gesamtbelastung in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Sachaufwand in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wartezeiten	Sachaufwand in Euro für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wegekosten	Fallzahl der Lebenslage
6600	Ausfüllen der Leistungsnachweise [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - Seg : Gesamt	1.855.920	5	9	0			407.932.509
6601	Ausfüllen der Leistungsnachweise [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - Seg01: vollstat: elektronische Erfassung	441.706	6	13	0			72.141.185
6602	Ausfüllen der Leistungsnachweise [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - Seg02: vollstat: manuelle Erfassung	639.845	5	10	0			126.247.074
6603	Ausfüllen der Leistungsnachweise [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - Seg03: vollstat: Erfassung teilweise elektronisch	224.765	5	10	0			45.088.241
6605	Ausfüllen der Leistungsnachweise [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - Seg05: Tagespflege	3.535	3	5	0			1.340.643
6608	Ausfüllen der Leistungsnachweise [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - Seg08: Tagespflege Demenzkranke	14.002	4	8	0			3.447.367
6610	Ausfüllen der Leistungsnachweise [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - Seg10: amb:elektronische Erfassung	27.126	3	6	0			8.870.444
6611	Ausfüllen der Leistungsnachweise [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - Seg11: amb: manuelle Erfassung	154.115	2	5	0			62.093.111
6612	Ausfüllen der Leistungsnachweise [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - Seg12: amb: Erfassung teilweise elektronisch	350.826	4	8	0			88.704.444
6700	Meldungen zum Pflegebericht [Aufwand anteilig pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - Seg : Gesamt	290.092	1	1	0			407.932.500
6701	Meldungen zum Pflegebericht [Aufwand anteilig pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - Seg01: Vollstationäre Pflege	221.466	1	2	0			243.476.500
6702	Meldungen zum Pflegebericht [Aufwand anteilig pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - Seg02: Tagespflege	109	0	0	0			1.340.500
6703	Meldungen zum Pflegebericht [Aufwand anteilig pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - Seg03: Tagespflege Demenzkranke	306	0	0	0			3.447.500
6704	Meldungen zum Pflegebericht [Aufwand anteilig pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - Seg04: Ambulanter Pflegedienst	68.210	0	1	0			159.668.000
6800	Ergänzung des Pflegeberichts, ggf. Überarbeitung der Pflegeplanung [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - Seg : Gesamt	364.410	1	2	0			407.932.500
6801	Ergänzung des Pflegeberichts, ggf. Überarbeitung der Pflegeplanung [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - Seg01: Vollstationäre Pflege	233.737	1	2	0			243.476.500

Ergebnisübersicht

Verfahren 12: Pflegedokumentation

Gesetzliche Grundlagen:

§ 113 SGB XI

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Gesamtbelastung in tsd. Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Jahr für die Lebenslage	Gesamtbelastung in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Sachaufwand in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wartezeiten	Sachaufwand in Euro für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wegekosten	Fallzahl der Lebenslage
6802	Ergänzung des Pflegeberichts, ggf. Überarbeitung der Pflegeplanung [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg02: Tagespflege</i>	312	0	0	0			1.340.500
6803	Ergänzung des Pflegeberichts, ggf. Überarbeitung der Pflegeplanung [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg03: Tagespflege Demenzkranke</i>	455	0	0	0			3.447.500
6804	Ergänzung des Pflegeberichts, ggf. Überarbeitung der Pflegeplanung [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg04: Ambulanter Pflegedienst</i>	129.906	1	2	0			159.668.000
6900	Nicht anlassbezogene Evaluierung der Pflegeplanung [Aufwand pro Evaluierung]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg : Gesamt</i>	121.306	26	54	0			4.649.520
6901	Nicht anlassbezogene Evaluierung der Pflegeplanung [Aufwand pro Evaluierung]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg01: Vollstationäre Pflege</i>	76.845	29	60	0			2.668.236
6902	Nicht anlassbezogene Evaluierung der Pflegeplanung [Aufwand pro Evaluierung]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg02: Tagespflege</i>	468	7	15	0			65.000
6903	Nicht anlassbezogene Evaluierung der Pflegeplanung [Aufwand pro Evaluierung]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg03: Tagespflege Demenzkranke</i>	1.998	12	25	0			166.500
6904	Nicht anlassbezogene Evaluierung der Pflegeplanung [Aufwand pro Evaluierung]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg04: Ambulanter Pflegedienst</i>	41.995	24	50	0			1.749.784
7000	Übermittlung der Leistungsnachweise [Aufwand pro Monat]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg : Gesamt</i>	25.198	5	10	0			5.249.500
7001	Übermittlung der Leistungsnachweise [Aufwand pro Monat]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg01: Vollstationäre Pflege</i>							
7002	Übermittlung der Leistungsnachweise [Aufwand pro Monat]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg02: Tagespflege</i>	0		0	0			0
7003	Übermittlung der Leistungsnachweise [Aufwand pro Monat]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg03: Tagespflege Demenzkranke</i>							
7004	Übermittlung der Leistungsnachweise [Aufwand pro Monat]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg04: Ambulanter Pflegedienst</i>	25.198	5	10	0			5.249.500
7100	Archivierung der Unterlagen [Aufwand pro Monat]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg : Gesamt</i>	29.316	2	4	0			13.573.500
7101	Archivierung der Unterlagen [Aufwand pro Monat]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg01: Vollstationäre Pflege</i>	19.211	2	5	0			8.004.500

Ergebnisübersicht

Verfahren 12: Pflegedokumentation

Gesetzliche Grundlagen:

§ 113 SGB XI

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Gesamtbelastung in tsd. Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Jahr für die Lebenslage	Gesamtbelastung in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Sachaufwand in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wartezeiten	Sachaufwand in Euro für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wegekosten	Fallzahl der Lebenslage
7102	Archivierung der Unterlagen [Aufwand pro Monat]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg02: Tagespflege</i>	10	0	0	0			89.500
7103	Archivierung der Unterlagen [Aufwand pro Monat]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg03: Tagespflege Demenzkranke</i>	17	0	0	0			230.000
7104	Archivierung der Unterlagen [Aufwand pro Monat]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg04: Ambulanter Pflegedienst</i>	10.079	2	4	0			5.249.500
	Gesamtverfahren (Verfahren12_ Pflegedokumentation) für Normadressat	Bürger/-innen					60	0	
	Gesamtverfahren (Verfahren12_ Pflegedokumentation) für Normadressat	Wirtschaft	2.735.490						

Ergebnisübersicht

Verfahren 12: Pflegedokumentation - Seg01: Vollstationäre Pflege

Gesetzliche Grundlagen: § 113 SGB XI

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Gesamtbelastung in tsd. Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Jahr für die Lebenslage	Gesamtbelastung in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Sachaufwand in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wartezeiten	Sachaufwand in Euro für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wegekosten	Fallzahl der Lebenslage
6301	Einrichten der Pflegedokumentation (Stammdaten, Anamnese, Pflegeplan, Pflegeablaufplan etc.), ggf. inkl. Rücksprache mit weiteren Stellen [Aufwand pro Neuaufnahme]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg01: Vollstationäre Pflege</i>	27.754	297	386	0			93.500
6601	Ausfüllen der Leistungsnachweise [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - <i>Seg01: vollstat: elektronische Erfassung</i>	441.706	6	13	0			72.141.185
6602	Ausfüllen der Leistungsnachweise [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - <i>Seg02: vollstat: manuelle Erfassung</i>	639.845	5	10	0			126.247.074
6603	Ausfüllen der Leistungsnachweise [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - <i>Seg03: vollstat: Erfassung teilweise elektronisch</i>	224.765	5	10	0			45.088.241
6701	Meldungen zum Pflegebericht [Aufwand anteilig pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - <i>Seg01: Vollstationäre Pflege</i>	221.466	1	2	0			243.476.500
6801	Ergänzung des Pflegeberichts, ggf. Überarbeitung der Pflegeplanung [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg01: Vollstationäre Pflege</i>	233.737	1	2	0			243.476.500
6901	Nicht anlassbezogene Evaluierung der Pflegeplanung [Aufwand pro Evaluierung]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg01: Vollstationäre Pflege</i>	76.845	29	60	0			2.668.236
7001	Übermittlung der Leistungsnachweise [Aufwand pro Monat]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg01: Vollstationäre Pflege</i>							
7101	Archivierung der Unterlagen [Aufwand pro Monat]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg01: Vollstationäre Pflege</i>	19.211	2	5	0			8.004.500

Ergebnisübersicht

Verfahren 12: Pflegedokumentation - Seg04: Ambulanter Pflegedienst

Gesetzliche Grundlagen: § 113 SGB XI

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Gesamtbelastung in tsd. Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Jahr für die Lebenslage	Gesamtbelastung in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Sachaufwand in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wartezeiten	Sachaufwand in Euro für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wegekosten	Fallzahl der Lebenslage
6304	Einrichten der Pflegedokumentation (Stammdaten, Anamnese, Pflegeplan, Pflegeablaufplan etc.), ggf. inkl. Rücksprache mit weiteren Stellen [Aufwand pro Neuaufnahme]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg04: Ambulanter Pflegedienst</i>	19.388	151	196	0			128.300
6610	Ausfüllen der Leistungsnachweise [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - <i>Seg10: amb:elektronische Erfassung</i>	27.126	3	6	0			8.870.444
6611	Ausfüllen der Leistungsnachweise [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - <i>Seg11: amb: manuelle Erfassung</i>	154.115	2	5	0			62.093.111
6612	Ausfüllen der Leistungsnachweise [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - <i>Seg12: amb: Erfassung teilweise elektronisch</i>	350.826	4	8	0			88.704.444
6704	Meldungen zum Pflegebericht [Aufwand anteilig pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - <i>Seg04: Ambulanter Pflegedienst</i>	68.210	0	1	0			159.668.000
6804	Ergänzung des Pflegeberichts, ggf. Überarbeitung der Pflegeplanung [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg04: Ambulanter Pflegedienst</i>	129.906	1	2	0			159.668.000
6904	Nicht anlassbezogene Evaluierung der Pflegeplanung [Aufwand pro Evaluierung]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg04: Ambulanter Pflegedienst</i>	41.995	24	50	0			1.749.784
7004	Übermittlung der Leistungsnachweise [Aufwand pro Monat]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg04: Ambulanter Pflegedienst</i>	25.198	5	10	0			5.249.500
7104	Archivierung der Unterlagen [Aufwand pro Monat]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg04: Ambulanter Pflegedienst</i>	10.079	2	4	0			5.249.500

Ergebnisübersicht

Verfahren 12: Pflegedokumentation - Seg02: Tagespflege

Gesetzliche Grundlagen: § 113 SGB XI

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Gesamtbelastung in tsd. Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Jahr für die Lebenslage	Gesamtbelastung in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Sachaufwand in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wartezeiten	Sachaufwand in Euro für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wegekosten	Fallzahl der Lebenslage
6302	Einrichten der Pflegedokumentation (Stammdaten, Anamnese, Pflegeplan, Pflegeablaufplan etc.), ggf. inkl. Rücksprache mit weiteren Stellen [Aufwand pro Neuaufnahme]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - Seg02: Tagespflege	133	121	158	0			1.100
6605	Ausfüllen der Leistungsnachweise [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - Seg05: Tagespflege	3.535	3	5	0			1.340.643
6702	Meldungen zum Pflegebericht [Aufwand anteilig pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - Seg02: Tagespflege	109	0	0	0			1.340.500
6802	Ergänzung des Pflegeberichts, ggf. Überarbeitung der Pflegeplanung [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - Seg02: Tagespflege	312	0	0	0			1.340.500
6902	Nicht anlassbezogene Evaluierung der Pflegeplanung [Aufwand pro Evaluierung]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - Seg02: Tagespflege	468	7	15	0			65.000
7002	Übermittlung der Leistungsnachweise [Aufwand pro Monat]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - Seg02: Tagespflege	0		0	0			0
7102	Archivierung der Unterlagen [Aufwand pro Monat]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - Seg02: Tagespflege	10	0	0	0			89.500

Ergebnisübersicht

Verfahren 12: Pflegedokumentation - Seg03: Tagespflege Demenzkranke

Gesetzliche Grundlagen: § 113 SGB XI

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Gesamtbelastung in tsd. Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Jahr für die Lebenslage	Gesamtbelastung in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Sachaufwand in Euro für Wirtschaft oder Verwaltung pro Fall	Zeitaufwand in Minuten für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wartezeiten	Sachaufwand in Euro für Bürger/-innen pro Fall inkl. Wegekosten	Fallzahl der Lebenslage
6303	Einrichten der Pflegedokumentation (Stammdaten, Anamnese, Pflegeplan, Pflegeablaufplan etc.), ggf. inkl. Rücksprache mit weiteren Stellen [Aufwand pro Neuaufnahme]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - Seg03: Tagespflege Demenzkranke	453	162	210	0			2.800
6608	Ausfüllen der Leistungsnachweise [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - Seg08: Tagespflege Demenzkranke	14.002	4	8	0			3.447.367
6703	Meldungen zum Pflegebericht [Aufwand anteilig pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - Seg03: Tagespflege Demenzkranke	306	0	0	0			3.447.500
6803	Ergänzung des Pflegeberichts, ggf. Überarbeitung der Pflegeplanung [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - Seg03: Tagespflege Demenzkranke	455	0	0	0			3.447.500
6903	Nicht anlassbezogene Evaluierung der Pflegeplanung [Aufwand pro Evaluierung]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - Seg03: Tagespflege Demenzkranke	1.998	12	25	0			166.500
7003	Übermittlung der Leistungsnachweise [Aufwand pro Monat]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - Seg03: Tagespflege Demenzkranke							
7103	Archivierung der Unterlagen [Aufwand pro Monat]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - Seg03: Tagespflege Demenzkranke	17	0	0	0			230.000

Anhang 2
Fallzahlquellen
und
Lohnsätze

(Lohnsätze: Stand 2006; Quelle: StBA)

Fallzahlquelle und Lohnsätze

Verfahren 1: Feststellung der Pflegestufe

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Fallzahl für Lebenslage	Betroffenenkreis Lebenslage	Fallzahl-Quelle	WZ	Qualifikationsniveau	Unternehmensgrößenklasse	Stundenlohnsatz
0100	Antrag auf Feststellung der Pflegestufe durch die/den Pflegebedürftige/-n bzw. die/den Angehörige/-n	Bürger/-innen - Pflegebedürftige	666.191	Pflegebedürftige 65+	BMG-Antragsstatistik Pflege: Gestellte Anträge 2009, MEDICPROOF Tätigkeitsbericht 2009: Gutachterliche Entscheidung nach Erstantrag + Aktenlage-Gutachten + Vorab-Einstufung, MDK-Fallzahlabfrage zu Anteil verkürzte Bearbeitungsfrist (+LLQ)*				
0200	Antrag auf Feststellung der Pflegestufe durch Sozialen Dienst im Krankenhaus	Wirtschaft - Sozialer Dienst des Krankenhauses	140.487	Pflegebedürftige 65+	wie zuvor	N85	3	0	46,2
0300	Antragsbearbeitung (einschließlich Beauftragung des MDK und abschließender Bescheiderstellung sowie ggf. Beratung der Antragstellerin bzw. des Antragstellers)	Verwaltung - gesetzliche Pflegekasse	765.167	Pflegebedürftige 65+; gesetzlich versichert	BMG-Antragsstatistik, Erledigung der Anträge auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit (http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Erledigung_der_Antraege/08-Erledigung-der-Antraege_120621.pdf): Gestellte Anträge 2009 (+ LLQ)	L75	0	0	35,4
0400	Antragsbearbeitung (einschließlich Beauftragung von MEDICPROOF und Mitteilung des Ergebnisses sowie ggf. Beratung der Antragstellerin bzw. des Antragstellers)	Wirtschaft - privates Pflegeversicherungsunternehmen	41.510	Pflegebedürftige 65+; privat versichert	Abfrage/Schätzung PKV	J66	2	3	37,2
0500	Sachbearbeitung durch MDK (einschließlich Beauftragung des Gutachtens und ggf. weiteren Datenanforderungen)	Verwaltung - MDK	702.222	Pflegebedürftige 65+; gesetzlich versichert	entspricht Summe aus 0501 und 0502				
0501	Sachbearbeitung (einschließlich Beauftragung des Gutachtens und ggf. weitere Datenanforderungen) durch MDK	Verwaltung - MDK - Seg01: MDK-Gutachter/-in	585.899	Pflegebedürftige 65+; gesetzlich versichert	Abfrage/Schätzung MDS, MDS Begutachtungsstatistik 2009, S. 26f (+LLQ)	L75	0	0	35,4
0502	Sachbearbeitung (einschließlich Beauftragung des Gutachtens und ggf. weitere Datenanforderungen) durch MDK	Verwaltung - MDK - Seg02: externe/-r Gutachter/-in	116.323	Pflegebedürftige 65+; gesetzlich versichert	Abfrage/Schätzung MDS, MDS Begutachtungsstatistik 2009, S. 26f (+LLQ)	L75	0	0	35,4

Fallzahlquelle und Lohnsätze

Verfahren 1: Feststellung der Pflegestufe

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Fallzahl für Lebenslage	Betroffenenkreis Lebenslage	Fallzahl-Quelle	WZ	Qualifikationsniveau	Unternehmensgrößenklasse	Stundenlohnsatz
0600	Sachbearbeitung durch MEDICPROOF (einschließlich Beauftragung der Gutachterin bzw. des Gutachters, Begutachtung, Gutachtenerstellung und ggf. weitere Datenanforderungen)	Wirtschaft - MEDICPROOF	41.510	Pflegebedürftige 65+; privat versichert	entspricht 0400	J66	2	3	37,2
0700	Begutachtung und Gutachtenerstellung inkl. -übermittlung (MDK) ⁽¹⁾	Verwaltung - MDK (Gutachter/-in)	525.393	Pflegebedürftige 65+; gesetzlich versichert	Abfrage/Schätzung MDK, Abfrage/Schätzung MDS, MDS Begutachtungsstatistik 2009, S. 26f (+ LLO)	L75	0	0	35,4
0800	Teilnahme an Begutachtung der/des Pflegebedürftigen (Pflegebedürftige/-r + ggf. Angehörige/-r)	Bürger/-innen - Pflegebedürftige/Angehörige	1.170.860	Pflegebedürftige 65+/ Angehörige von Pflegebedürftigen 65+	Abfrage/Schätzung MDK, Abfrage/Schätzung MDS, MDS Begutachtungsstatistik 2009, S. 26f , Abfrage/Schätzung PKV (+ LLQ)				
0900	Teilnahme an Begutachtung der/des Pflegebedürftigen (Pflegekraft des amb./stat. Pflegedienstes)	Wirtschaft - Pflegekraft	111.200	Pflegebedürftige 65+	Abfrage/Schätzung MDK, Abfrage/Schätzung MDS, MDS Begutachtungsstatistik 2009, S. 26f , Abfrage/Schätzung PKV (+ LLQ)	N85	2	0	28,8
1000	Datenlieferung an MDK/Gutachter/-in	Wirtschaft - Arztpraxen, Pfleger/-in etc.	74.400	Pflegebedürftige 65+	Abfrage/Schätzung MDK	N85	0	0	31,2
1200	Erstellen des Widerspruchs	Bürger/-innen - Pflegebedürftige	50.987	Pflegebedürftige 65+	MDS-Begutachtungsstatistik, S. 17, Abfrage/Schätzung PKV (+LLQ)				
1300	Antragsbearbeitung Widerspruch (einschließlich Beauftragung des MDK und abschließender Bescheiderstellung sowie ggf. Beratung der Antragstellerin bzw. des Antragstellers)	Verwaltung - gesetzliche Pflegekasse	49.364	Pflegebedürftige 65+; gesetzlich versichert	MDS-Begutachtungsstatistik, S. 17 (+LLQ)	L75	0	0	35,4
1400	Antragsbearbeitung Widerspruch (einschließlich Beauftragung von MEDICPROOF und Mitteilung des Ergebnisses sowie ggf. Beratung der Antragstellerin bzw. des Antragstellers)	Wirtschaft - privates Pflegeversicherungsunternehmen	1.623	Pflegebedürftige 65+; privat versichert	Abfrage/Schätzung PKV	J66	2	3	37,2

Fallzahlquelle und Lohnsätze

Verfahren 1: Feststellung der Pflegestufe

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Fallzahl für Lebenslage	Betroffenenkreis Lebenslage	Fallzahl-Quelle	WZ	Qualifikationsniveau	Unternehmensgrößenklasse	Stundenlohnsatz
1500	Sachbearbeitung Widerspruch durch MDK (einschließlich Zweitbegutachtung und ggf. Beauftragung des Widerspruchsgutachtes und ggf. weiteren Datenanforderungen)	Verwaltung - MDK	49.364	Pflegebedürftige 65+; gesetzlich versichert	MDS-Begutachtungsstatistik, S. 17 (+LLQ)	L75	0	0	35,4
1600	Sachbearbeitung Widerspruch durch MEDICPROOF (einschließlich Widerspruchsprüfung und ggf. Beauftragung einer Widerspruchsgutachterin bzw. eines Widerspruchsgutachters, Begutachtung, Gutachtenerstellung und ggf. weitere Datenanforderungen)	Wirtschaft - MEDICPROOF	1.623	Pflegebedürftige 65+; privat versichert	Abfrage/Schätzung PKV	J66	2	3	37,2
1700	Widerspruchsbegutachtung und Gutachtenerstellung inkl. -übermittlung (MDK)	Verwaltung - MDK (Gutachter/-in)	44.900	Pflegebedürftige 65+; gesetzlich versichert	MDS-Begutachtungsstatistik, S. 17, Hochrechnung anhand von Erstantrag (+LLQ)	L75	0	0	35,4
1800	Teilnahme an Widerspruchsbegutachtung der/des Pflegebedürftigen (Pflegebedürftige/-r + ggf. Angehörige/-r)	Bürger/-innen - Pflegebedürftige/Angehörige	81.900	Pflegebedürftige 65+/ Angehörige von Pflegebedürftigen 65+	MDS-Begutachtungsstatistik, S. 17, Abfrage/Schätzung PKV, Hochrechnung anhand von Erstantrag (+LLQ)				
1900	Teilnahme an Widerspruchsbegutachtung der/des Pflegebedürftigen (Pflegekraft des amb./stat. Pflegedienstes)	Wirtschaft - Pflegekraft	7.800	Pflegebedürftige 65+	MDS-Begutachtungsstatistik, S. 17, Abfrage/Schätzung PKV, Hochrechnung anhand von Erstantrag (+LLQ)	N85	2	0	28,8
2000	Datenlieferung an MDK / MEDICPROOF / Gutachter im Zuge des Widerspruchsverfahrens	Wirtschaft - Arztpraxen, Pfleger/-in etc.	5.100	Pflegebedürftige 65+	Abfrage/Schätzung MDK	N85	2	0	28,8

*** Erläuterung LLQ: Lebenslagenquotient; nach Angabe des MDS sind ca. 85% der Pflegebedürftigen in der Altersklasse 65+. Bei allen mit LLQ gekennzeichneten Feldern wurde dieser Wert zur Berechnung der Lebenslagenfallzahl herangezogen, wenn lediglich Fallzahlen für Pflegebedürftige aller Altersklassen vorhanden waren.**

⁽¹⁾ Der Zeitaufwand für die Begutachtung vor Ort (Haus-/Heimbesuch) wurde für MEDICPROOF nicht separat erfasst. Da die MEDICPROOF GmbH Gutachten ausschließlich durch externe Gutachter bzw. /-innen erstellen lässt, wurden die hierfür anfallenden Kosten als "Externe Kosten" im Rahmen der "Sachbearbeitung durch MEDICPROOF" an Stelle des (monetarisierten) Zeitaufwandes ausgewiesen.

Fallzahlquelle und Lohnsätze

Verfahren 2: Verfahren zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers auf Anregung

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Fallzahl für Lebenslage	Betroffenenkreis Lebenslage	Fallzahl-Quelle	WZ	Qualifikationsniveau	Unternehmensgrößenklasse	Stundenlohnsatz
2100	Einleitung des Betreuungsverfahrens und Beteiligung am Verfahren	Bürger/-innen - Angehörige, Betreuungsbedürftige sowie (künftige) ehrenamtliche Betreuer/-innen	125.000	Pflegebedürftige 65+	Betreuungszahlen 2009, S.5: Betreuungsverfahren Neueintragungen im Jahr 2009 (http://www.bt-portal.de/fileadmin/BT-Prax/downloads/Statistik_Betreuungszahlen/10.11.12_Betreuungszahlen_2009.pdf); Lebenslagenfallzahl = Annahme destatis, dass 2/3 auf Lebenslage entfallen	x	x	x	x
7300	Formlose Verfahrens Anregung eines Krankenhauses oder einer Pflegeeinrichtung an das zuständige Betreuungsgericht	Wirtschaft - Krankenhaus, Pflegeeinrichtung etc.	1.250	Pflegebedürftige 65+	Abfrage/ Schätzung Pflegeeinrichtungen, Sozialdienste in Krankenhäusern: bei 1% der rechtlich betreuten Bewohnerinnen bzw. Bewohnern/Patientinnen bzw. Patienten wird die Betreuung durch die Einrichtung angeregt.	N85	3	0	46,2

Fallzahlquellen und Lohnsätze

Verfahren 3: Hilfe zur Pflege

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Fallzahl für Lebenslage	Betroffenenkreis Lebenslage	Fallzahl-Quelle	WZ	Qualifikationsniveau	Unternehmensgrößenklasse	Stundenlohnsatz
5500	Antrag auf Hilfe zur Pflege	Bürger/-innen - Pflegebedürftige	63.500	Leistungsbezieher/-innen 65+	Sozialhilfestatistik, destatis-Fachserie 13 Reihe 2.3 (2009), Sozialhilfestatistik: Hilfe zur Pflege (2008)	x	x	x	x
5600	Sachbearbeitung durch Sozialhilfeträger (einschließlich Prüfung auf finanzielle Bedürftigkeit/Berechnung der Einkommensgrenze, Recherche und Kontaktaufnahme mit Angehörigen, Kontakt mit MDK/MEDICPROOF/Kassen/Versicherungsunternehmen, Bescheiderstellung und -übermittlung)	Verwaltung - Sozialhilfeträger - Seg : Gesamt	63.500	Leistungsbezieher/-innen 65+	Sozialhilfestatistik, destatis-Fachserie 13 Reihe 2.3 (2009), Sozialhilfestatistik: Hilfe zur Pflege (2008)				
5601	Sachbearbeitung durch Sozialhilfeträger (einschließlich Prüfung auf finanzielle Bedürftigkeit/Berechnung der Einkommensgrenze, Recherche und Kontaktaufnahme mit Angehörigen, Kontakt mit MDK/MEDICPROOF/Kassen/Versicherungsunternehmen, Bescheiderstellung und -übermittlung)	Verwaltung - Sozialhilfeträger - Seg01: Erstmögliche Sozialhilfe-Antragstellung	31.750	Leistungsbezieher/-innen 65+	Abfrage/Schätzung durch Sozialämter	L75	3	0	52,4
5602	Sachbearbeitung durch Sozialhilfeträger (einschließlich Prüfung auf finanzielle Bedürftigkeit/Berechnung der Einkommensgrenze, Recherche und Kontaktaufnahme mit Angehörigen, Kontakt mit MDK/MEDICPROOF/Kassen/Versicherungsunternehmen, Bescheiderstellung und -übermittlung)	Verwaltung - Sozialhilfeträger - Seg02: Pfb bereits Sozialhilfeempfänger	31.750	Leistungsbezieher/-innen 65+	Abfrage/Schätzung durch Sozialämter	L75	3	0	52,4
5700	Auskunftserteilung durch Angehörige	Bürger/-innen - Angehörige	31.750	Leistungsbezieher/-innen 65+	Destatis-Annahme: 0,5 auskunfterteilende Angehörige pro Antragstellung				
5800	Übermittlung des Gutachtens durch gesetzliche Pflegekasse	Verwaltung - gesetzliche Pflegekasse	850	Leistungsbezieher/-innen 65+	Abfrage/Schätzung durch Krankenkassen	L75	0	0	35,4
5900	Übermittlung des Gutachtens durch privates Pflegeversicherungsunternehmen	Wirtschaft - privates Pflegeversicherungsunternehmen	40	Leistungsbezieher/-innen 65+	Abfrage/Schätzung durch PKV	J66	2	3	37,2

Verfahren 4: Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Personen

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Fallzahl für Lebenslage	Betroffenenkreis Lebenslage	Fallzahl-Quelle	WZ	Qualifikationsniveau	Unternehmensgrößenklasse	Stundenlohnsatz
6000	Antragstellung durch die Pflegeperson (inkl. ggf. vorheriger Anforderung der Unterlagen bei der Pflegekasse/dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen)	Bürger/-innen - Pflegepersonen	110.000	Pflegepersonen aller Altersklassen	<i>entspricht Summe aus 6100 und 6200</i>				
6100	Antragsprüfung durch Pflegekasse mit anschließender Meldung an Pflegeperson und im Falle einer Bewilligung Meldung an die	Verwaltung - gesetzliche Pflegekasse	100.000	Pflegepersonen aller Altersklassen	Abfrage/Schätzung durch Krankenkassen	L75	0	0	35,4
6200	Antragsprüfung durch privates Pflegeversicherungsunternehmen mit anschließender Meldung an Pflegeperson und im Falle einer Bewilligung Meldung an die	Wirtschaft - privates Pflegeversicherungsunternehmen	10.000	Pflegepersonen aller Altersklassen	Abfrage/Schätzung durch PKV	J66	2	3	37,2

Fallzahlquellen und Lohnsätze

Verfahren 5: Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen für chronisch Kranke

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Fallzahl für Lebenslage	Betroffenenkreis Lebenslage	Fallzahl-Quelle	WZ	Qualifikationsniveau	Unternehmensgrößenklasse	Stundenlohnsatz
4400	Ausfüllen des Antrags, Beschaffung von Informationen, Nachweisen/Belegen und ggf. Formularen (einschließlich Übermittlung an Krankenkasse)	Bürger/-innen - Pflegebedürftige	4.861.185	Rentnerinnen und Rentner sowie deren mitversicherte Familienangehörige; gesetzlich versichert	GKV-Statistik KG2/ 2009, S.35: Überschreiten der Belastungsgrenze von 1% bei Rentnerinnen und Rentnern sowie deren mitversicherten Familienangehörigen 4.861.185 (http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/forschungsberichte/KG2_2009_2-.pdf)	x	x	x	x
4500	Vorlage des Antrags bei der Ärztin bzw. beim Arzt	Wirtschaft - Arztpraxen	4.861.185	Rentnerinnen und Rentner sowie deren mitversicherte Familienangehörige; gesetzlich versichert	wie zuvor	N85	2	1	26,9
4600	Antragsprüfung, Bescheiderstellung und -übermittlung (ggf. einschließlich Beratung der Antragstellerin bzw. des Antragstellers und Versand von Formularen)	Verwaltung - gesetzliche Krankenkasse	4.861.185	Rentnerinnen und Rentner sowie deren mitversicherte Familienangehörige; gesetzlich versichert	wie zuvor	L75	0	0	35,4

Fallzahlquellen und Lohnsätze

Verfahren 6: Hilfsmittel

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Fallzahl für Lebenslage	Betroffenenkreis Lebenslage	Fallzahl-Quelle	WZ	Qualifikationsniveau	Unternehmensgrößenklasse	Stundenlohnsatz
2900	Verordnung des Hilfsmittels durch die Ärztin bzw. den Arzt	Wirtschaft - Arztpraxen	3.234.000	Gesetzlich Versicherte 65+	<i>entspricht Summe von 3000 und 3100</i>	N85	0	1	29,2
3000	Beschaffung des Verbrauchshilfsmittels (einschließlich Beschaffung der Verordnung)	Bürger/-innen - Pflegebedürftige	1.967.000	Gesetzlich Versicherte 65+	Hochrechnung auf Basis befragter Krankenkassen	x	x	x	x
3100	Beantragung und Beschaffung des technischen Hilfsmittels (einschließlich Beschaffung und Einreichung von Verordnung und Kostenvoranschlägen)	Bürger/-innen - Pflegebedürftige	1.267.000	Gesetzlich Versicherte 65+	Hochrechnung auf Basis befragter Krankenkassen	x	x	x	x
3200	Antragsprüfung und -bearbeitung, Bescheiderstellung	Verwaltung - gesetzliche Krankenkasse	3.234.000	Gesetzlich Versicherte 65+	<i>entspricht Summe von 3000 und 3100</i>	L75	0	0	35,4
3300	Antragsprüfung und -bearbeitung, Mitteilung des Ergebnisses	Wirtschaft - privates Krankenversicherungsunternehmen							

Verfahren 7: Pflegehilfsmittel

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Fallzahl für Lebenslage	Betroffenenkreis Lebenslage	Fallzahl-Quelle	WZ	Qualifikationsniveau	Unternehmensgrößenklasse	Stundenlohnsatz
3500	Beantragung und Beschaffung des technischen Pflegehilfsmittels (einschließlich Beschaffung und Einreichung von Verordnung und Kostenvoranschlägen)	Bürger/-innen - Pflegebedürftige	220.000	Pflegebedürftige 65+	Hochrechnung auf Basis befragter Pflegekassen: GKV rund 200.000 + PKV 20.000 (rund 10% von GKV-Fallzahl analog zur Verteilung der Versicherten)	x	x	x	x
7200	Beantragung und Beschaffung des Pflegehilfsmittels zum Verbrauch	Bürger/-innen - Pflegebedürftige	551.100	Pflegebedürftige 65+	Hochrechnung auf Basis befragter Pflegekassen: GKV rund 501.000 + PKV 50.100 (rund 10% von GKV-Fallzahl)	x	x	x	x
3600	Antragsprüfung- und Bearbeitung, Bescheiderstellung	Verwaltung - gesetzliche Krankenkasse - <i>Seg : Gesamt</i>	701.000	Pflegebedürftige 65+; gesetzlich versichert	<i>entspricht Summe aus 3601 und 3602</i>				
3601	Antragsprüfung- und Bearbeitung, Bescheiderstellung	Verwaltung - gesetzliche Krankenkasse - <i>Seg01: technisches Pflegehilfsmittel</i>	200.000	Pflegebedürftige 65+; gesetzlich versichert	<i>entspricht GKV-FZ (200.000) bei 3500</i>	L75	0	0	35,4
3602	Antragsprüfung- und Bearbeitung, Bescheiderstellung	Verwaltung - gesetzliche Krankenkasse - <i>Seg02: zum Verbrauch bestimmtes Pflegehilfsmittel</i>	501.000	Pflegebedürftige 65+; gesetzlich versichert	<i>entspricht GKV-FZ (501.000) bei 7200</i>	L75	0	0	35,4
3700	Antragsprüfung und -bearbeitung, Erstellung der Mitteilung	Wirtschaft - privates Pflegeversicherungsunternehmen - <i>Seg : Gesamt</i>	70.100	Pflegebedürftige 65+; privat versichert	<i>entspricht Summe aus 3701 und 3702</i>				
3701	Antragsprüfung und -bearbeitung, Erstellung der Mitteilung	Wirtschaft - privates Pflegeversicherungsunternehmen - <i>Seg01: technisches Pflegehilfsmittel</i>	20.000	Pflegebedürftige 65+; privat versichert	<i>entspricht PKV-FZ (20.000) bei 3500</i>	J66	2	0	37,1
3702	Antragsprüfung und -bearbeitung, Erstellung der Mitteilung	Wirtschaft - privates Pflegeversicherungsunternehmen - <i>Seg02: zum Verbrauch bestimmtes Pflegehilfsmittel</i>	50.100	Pflegebedürftige 65+; privat versichert	<i>entspricht PKV-FZ (50.100) bei 7200</i>	J66	2	0	37,1
7500	Sachbearbeitung durch den MDK (technisches Pflegehilfsmittel)	Verwaltung - MDK	10.000	Pflegebedürftige 65+; gesetzlich versichert	Expertenschätzung/befragte Krankenkassen: 5 % der Anträge auf Pflegehilfsmittel werden zur Bearbeitung an den MDK weitergegeben	L75	0	0	35,4
7600	Sachbearbeitung durch MEDICPROOF (technisches Pflegehilfsmittel)	Wirtschaft - MEDICPROOF	13.000	Pflegebedürftige 65+; privat versichert	Abfrage PKV: 65 % der Anträge auf technische Pflegehilfsmittel werden zur Bearbeitung an MEDICPROOF weitergegeben	J66	2	3	37,2

Fallzahlquellen und Lohnsätze

Verfahren 8: Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes bei Pflegebedürftigen

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Fallzahl für Lebenslage	Betroffenenkreis Lebenslage	Fallzahl-Quelle	WZ	Qualifikationsniveau	Unternehmensgrößenklasse	Stundenlohnsatz
4000	Antrag auf einen Zuschuss für eine Maßnahme zur Verbesserung des Wohnumfeldes (einschl. Beschaffung eines Kostenvoranschlags)	Bürger/-innen - Pflegebedürftige	9.240	Pflegebedürftige 65+	Hochrechnung auf Basis befragter Pflegekassen, GKV rund 8.500 + PPV 740; <i>entspricht 4200 und 4300</i>				
4200	Bearbeitung, Prüfung und Bescheidübermittlung durch die Pflegekasse	Verwaltung - gesetzliche Pflegekasse	8.500	Pflegebedürftige 65+; gesetzlich versichert	Hochrechnung auf Basis befragter Pflegekassen	L75	0	0	35,4
4300	Bearbeitung, Prüfung und Übermittlung der Bewilligung durch das private Pflegeversicherungsunternehmen	Wirtschaft - privates Pflegeversicherungsunternehmen	740	Pflegebedürftige 65+; privat versichert	Abfrage PPV	J66	2	3	37,2
3800	Sachbearbeitung durch den MDK (inkl. Gutachtenerstellung)	Verwaltung - MDK oder Pflegekraft	8.100	Pflegebedürftige 65+; gesetzlich versichert	Experteneinschätzung/ Befragte Pflegekassen: 5% der Anträge werden im unmittelbaren Anschluss an die Begutachtung gestellt, daher müssen die restl. 95% von den rd. 8.500 Anträgen (vgl. 4200) noch einmal über den MDK geprüft werden.	L75	0	0	35,4
3900	Sachbearbeitung durch MEDICPROOF (inkl. Gutachtenerstellung)	Wirtschaft - MEDICPROOF	673	Pflegebedürftige 65+; privat versichert	Abfrage PPV: ca. 90% der gestellten Anträge (<i>entspricht 4300</i>) werden zur Bearbeitung an MEDICPROOF weitergegeben.	J66	2	3	37,2

Fallzahlquellen und Lohnsätze

Verfahren 9: Antrag auf häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege nach ärztlicher Verordnung)

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Fallzahl für Lebenslage	Betroffenenkreis Lebenslage	Fallzahl-Quelle	WZ	Qualifikationsniveau	Unternehmensgrößenklasse	Stundenlohnsatz
2400	Verordnung der häuslichen Krankenpflege	Wirtschaft - Arztpraxen	2.130.000	Pflegebedürftige 65+; gesetzlich versichert	GKV-Statistik KG2/ 2009, S.31ff.: Summe aller Leistungsfälle nach § 37 SGB V (http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/forschungsberichte/KG2_2009_2-.pdf). Schätzung einer großen Krankenkasse, dass 3/4 aller Fälle auf die Lebenslage (65+ und pflegebedürftig) entfallen.	N85	2	1	26,9
7400	Beteiligung am Verfahren durch Pflegedienst	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung	1.917.000	Pflegebedürftige 65+; gesetzlich versichert	Abfrage/ Schätzung Pflegeeinrichtungen, dass in 90% der Fälle eine Beteiligung am Verfahren durch Pflegedienst erfolgt	N85	2	0	28,8
2500	Übermittlung der Verordnung an die Krankenkasse (einschließlich Beschaffung der Verordnung)	Bürger/-innen - Pflegebedürftige / Angehörige	2.130.000	Pflegebedürftige 65+; gesetzlich versichert	<i>entspricht 2400</i>				
2600	Bearbeitung, Prüfung und Bescheidübermittlung durch die Krankenkasse ⁽¹⁾	Verwaltung - gesetzliche Krankenkasse	2.130.000	Pflegebedürftige 65+; gesetzlich versichert	<i>entspricht 2400</i>	L75	0	0	35,4

⁽¹⁾ Die Möglichkeit der Beantragung von häuslicher Krankenpflege hängt bei der privaten Krankenversicherung von der individuellen Vertragsgestaltung ab. Es ließen sich daher keine validen Durchschnittswerte ermitteln, so dass auf eine Ausweisung von Zeiten und Kosten bei privaten Krankenversicherungsunternehmen verzichtet wurde.

Fallzahlquellen und Lohnsätze

Verfahren 10: Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Fallzahl für Lebenslage	Betroffenenkreis Lebenslage	Fallzahl-Quelle	WZ	Qualifikationsniveau	Unternehmensgrößenklasse	Stundenlohnsatz
4700	Empfehlung des MDK, Leistungen zur medizinischen Reha durchzuführen	Verwaltung - MDK	1.000	Pflegebedürftige 65+; gesetzlich versichert	Abfrage/Schätzung durch Krankenkassen	L75	0	0	35,4
4800	Empfehlung von MEDICPROOF, Leistungen zur medizinischen Reha durchzuführen	Wirtschaft - MEDICPROOF ⁽¹⁾		Pflegebedürftige 65+; privat versichert					
4900	Beauftragung des Sozialdienstes des Krankenhauses, Kontaktaufnahme und Beratung der Patientin bzw. des Patienten durch Sozialdienst, Antragstellung und -weiterleitung	Wirtschaft - Krankenhaus (Arztpraxen, Sozialer Dienst)	50.900	Pflegebedürftige 65+; gesetzlich versichert	Abfrage/Schätzung durch Krankenkassen	N85	2	0	28,8
5000	Beteiligung an Reha-Planung	Bürger/-innen - Pflegebedürftige	51.900	Pflegebedürftige 65+; gesetzlich versichert	Abfrage/Schätzung durch Krankenkassen				
5100	Sachbearbeitung (Einholen und Überprüfen von medizinischen Befunden, Kontaktaufnahme und Datenübermittlung an Reha-Klinik, Erstellung und Übermittlung des Bescheids an die Patientin bzw. den Patienten und an die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt)	Verwaltung - gesetzliche Krankenkasse	51.900	Pflegebedürftige 65+; gesetzlich versichert	Abfrage/Schätzung durch Krankenkassen	L75	0	0	35,4
5200	Sachbearbeitung (Einholen und Überprüfen von medizinischen Befunden, Kontaktaufnahme und Datenübermittlung an Reha-Klinik, Erstellung und Übermittlung der Entscheidung an die Patientin bzw. den Patienten und an die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt)	Wirtschaft - privates Krankenversicherungsunternehmen		Pflegebedürftige 65+; privat versichert					

⁽¹⁾ Die Möglichkeit der Beantragung von Leistungen zur medizinischer Rehabilitation hängt bei der privaten Krankenversicherung von der individuellen Vertragsgestaltung ab. Es ließen sich daher keine validen Durchschnittswerte ermitteln, so dass auf eine Ausweisung von Zeiten und Kosten verzichtet wurde.

Fallzahlquellen und Lohnsätze

Verfahren 11: Antrag auf Heilmittel

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Fallzahl für Lebenslage	Betroffenenkreis Lebenslage	Fallzahl-Quelle	WZ	Qualifikationsniveau	Unternehmensgrößenklasse	Stundenlohnsatz
2700	Verordnung des Heilmittels durch die Ärztin bzw. den Arzt	Wirtschaft - Arztpraxen	11.526.687	Gesetzlich Versicherte 65+	GKV-HIS Bundesbericht Januar-Dezember 2009; Tabelle 17: Heilmittelverordnungen und -umsätze nach Altersgruppen (Absolutwerte) im Jahr 2009 - Anzahl der Verordnungsblätter (http://www.gkv-his.de/media/dokumente/his_statistiken/2009_04/HIS-Bericht-Bund_200904.pdf)	N85	0	1	29,2
2800	Beschaffung des Heilmittels (einschließlich Beschaffung der Verordnung)	Bürger/-innen - Pflegebedürftige	11.526.687	Gesetzlich Versicherte 65+	<i>entspricht 2700</i>				

Fallzahlquelle und Lohnsätze

Verfahren 12: Pflegedokumentation

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Fallzahl für Lebenslage	Betroffenenkreis Lebenslage	Fallzahl-Quelle	WZ	Qualifikationsniveau	Unternehmensgrößenklasse	Stundenlohnsatz
6500	Datenlieferung an Pflegeeinrichtung [Aufwand pro Fall]	Bürger/-innen - Pflegebedürftige / Angehörige	225.700	Pflegebedürftige 65+/ Angehörige von Pflegebedürftigen 65+	entspricht Summe aus 6301 bis 6304	x	x	x	x
6300	Einrichten der Pflegedokumentation (Stammdaten, Anamnese, Pflegeplan, Pflegeablaufplan etc.), ggf. inkl. Rücksprache mit weiteren Stellen [Aufwand pro Neuaufnahme]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - Seg : Gesamt	225.700	Pflegebedürftige 65+	entspricht Summe aus 6301 bis 6304	x	x	x	x
6301	Einrichten der Pflegedokumentation (Stammdaten, Anamnese, Pflegeplan, Pflegeablaufplan etc.), ggf. inkl. Rücksprache mit weiteren Stellen [Aufwand pro Neuaufnahme]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - Seg01: Vollstationäre Pflege	93.500	Pflegebedürftige 65+ in vollstationären Einrichtungen	MDS Begutachtungsstatistik 2009, S. 26f., MEDICPROOF-Tätigkeitsbericht 2009 (+ LLQ)*	N85	3	0	46,2
6302	Einrichten der Pflegedokumentation (Stammdaten, Anamnese, Pflegeplan, Pflegeablaufplan etc.), ggf. inkl. Rücksprache mit weiteren Stellen [Aufwand pro Neuaufnahme]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - Seg02: Tagespflege	1.100	Pflegebedürftige 65+ (nicht dement) in Tagespflege	Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009, Deutschlandergebnisse: Tab. 3.4, Befragung in Pflegeeinrichtungen (+LLQ)	N85	3	0	46,2
6303	Einrichten der Pflegedokumentation (Stammdaten, Anamnese, Pflegeplan, Pflegeablaufplan etc.), ggf. inkl. Rücksprache mit weiteren Stellen [Aufwand pro Neuaufnahme]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - Seg03: Tagespflege Demenzkranke	2.800	Pflegebedürftige 65+ (dement) in Tagespflege	Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009, Deutschlandergebnisse: Tab. 3.4, Befragung in Pflegeeinrichtungen (+LLQ)	N85	3	0	46,2
6304	Einrichten der Pflegedokumentation (Stammdaten, Anamnese, Pflegeplan, Pflegeablaufplan etc.), ggf. inkl. Rücksprache mit weiteren Stellen [Aufwand pro Neuaufnahme]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - Seg04: Ambulanter Pflegedienst	128.300	Pflegebedürftige 65+ ambulant gepflegt	MDS Begutachtungsstatistik 2009, S. 26f, MEDICPROOF-Tätigkeitsbericht 2009, Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009, Deutschlandergebnisse: Tab. 1.1 (+ LLQ)	N85	3	0	46,2

Fallzahlquelle und Lohnsätze

Verfahren 12: Pflegedokumentation

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Fallzahl für Lebenslage	Betroffenenkreis Lebenslage	Fallzahl-Quelle	WZ	Qualifikationsniveau	Unternehmensgrößenklasse	Stundenlohnsatz
6400	Datenlieferung an Pflegeeinrichtung [Aufwand pro Fall]	Wirtschaft - Arztpraxen (auch Krankenhaus)	112.850	alle Pflegebedürftige 65+	vgl. 6300; Nachfrage bei Pflegeeinrichtungen ergab, dass ind 50 % der Fälle Ärztinnen und Ärzte wegen Informationen zwecks Erstellung der Pflegedokumentation kontaktiert werden	N85	3	1	43,1
6600	Ausfüllen der Leistungsnachweise [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - Seg : Gesamt	407.932.509		entspricht Summe aus 6601 bis 6612				
6601	Ausfüllen der Leistungsnachweise [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - Seg01: vollstat: elektronische Erfassung	72.141.185	Pflegebedürftige 65+ in vollstationären Einrichtungen	Anzahl Pflegebedürftige in Heimen 65+ (Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009, Deutschlandergebnisse: Tab. 1.2) x365 Tage (+LLQ), Aufteilung in	N85	2	0	28,8
6602	Ausfüllen der Leistungsnachweise [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - Seg02: vollstat: manuelle Erfassung	126.247.074	Pflegebedürftige 65+ in vollstationären Einrichtungen	Segmente durch Befragungen in Pflegeeinrichtungen	N85	2	0	28,8
6603	Ausfüllen der Leistungsnachweise [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - Seg03: vollstat: Erfassung teilweise elektronisch	45.088.241	Pflegebedürftige 65+ in vollstationären Einrichtungen		N85	2	0	28,8
6605	Ausfüllen der Leistungsnachweise [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - Seg05: Tagespflege	1.340.643	Pflegebedürftige 65+ (nicht dement) in Tagespflege	Anzahl Pflegebedürftige in Tagespflege (Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009, Deutschlandergebnisse:Tab. 3.4) x180 Tage (+LLQ), Befragung in Pflegeeinrichtungen	N85	2	0	28,8
6608	Ausfüllen der Leistungsnachweise [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - Seg08: Tagespflege Demenz- kranke	3.447.367	Pflegebedürftige 65+ (dement) in Tagespflege	Anzahl demente Pflegebedürftige in Tagespflege (Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009, Deutschlandergebnisse: Tab. 3.4) x180 Tage (+LLQ), Befragung in Pflegeeinrichtungen	N85	2	0	28,8

Fallzahlquelle und Lohnsätze

Verfahren 12: Pflegedokumentation

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Fallzahl für Lebenslage	Betroffenenkreis Lebenslage	Fallzahl-Quelle	WZ	Qualifikationsniveau	Unternehmensgrößenklasse	Stundenlohnsatz
6610	Ausfüllen der Leistungsnachweise [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - <i>Seg10: amb:elektronische Erfassung</i>	8.870.444	Pflegebedürftige 65+ ambulant gepflegt	Anzahl ambulant gepflegte Pflegebedürftige (Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009, Deutschlandergebnisse: Tab. 1.1) x365	N85	2	0	28,8
6611	Ausfüllen der Leistungsnachweise [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - <i>Seg11: amb:manuelle Erfassung</i>	62.093.111	Pflegebedürftige 65+ ambulant gepflegt	Tage (+LLQ hier 0,787; vgl. hierzu Pflegestatistik 2009 Tab. 1.2), Aufteilung in Segmente durch Befragungen bei Pflegediensten	N85	2	0	28,8
6612	Ausfüllen der Leistungsnachweise [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - <i>Seg12: amb:Erfassung teilweise elektronisch</i>	88.704.444	Pflegebedürftige 65+ ambulant gepflegt		N85	2	0	28,8
6700	Meldungen zum Pflegebericht [Aufwand anteilig pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - <i>Seg : Gesamt</i>	407.932.500		<i>entspricht 6701 bis 6704</i>				
6701	Meldungen zum Pflegebericht [Aufwand anteilig pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - <i>Seg01: Vollstationäre Pflege</i>	243.476.500	Pflegebedürftige 65+ in vollstationären Einrichtungen	Anzahl Pflegebedürftige in Heimen (Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009, Deutschlandergebnisse: Tab. 1.2) x365 Tage (+LLQ), Befragung in Pflegeeinrichtungen	N85	2	0	28,8
6702	Meldungen zum Pflegebericht [Aufwand anteilig pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - <i>Seg02: Tagespflege</i>	1.340.500	Pflegebedürftige 65+ (nicht dement) in Tagespflege	Anzahl Pflegebedürftige in Tagespflege (Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009, Deutschlandergebnisse: Tab. 3.4) x180 Tage (+LLQ), Befragung in Pflegeeinrichtungen	N85	2	0	28,8
6703	Meldungen zum Pflegebericht [Aufwand anteilig pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - <i>Seg03: Tagespflege Demenzkranke</i>	3.447.500	Pflegebedürftige 65+ (dement) in Tagespflege	Anzahl demente Pflegebedürftige in Tagespflege (Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009, Deutschlandergebnisse: Tab. 3.4) x180 Tage (+LLQ), Befragung in Pflegeeinrichtungen	N85	2	0	28,8

Fallzahlquelle und Lohnsätze

Verfahren 12: Pflegedokumentation

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Fallzahl für Lebenslage	Betroffenenkreis Lebenslage	Fallzahl-Quelle	WZ	Qualifikationsniveau	Unternehmensgrößenklasse	Stundenlohnsatz
6704	Meldungen zum Pflegebericht [Aufwand anteilig pro Tag]	Wirtschaft - Pflegepersonal - <i>Seg04: Ambulanter Pflegedienst</i>	159.668.000	Pflegebedürftige 65+ ambulant gepflegt	Anzahl ambulant gepflegte Pflegebedürftige in Heimen (Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009, Deutschlandergebnisse: Tab. 1.1) x365 Tage (+LLQ hier 0,787; vgl. hierzu Pflegestatistik Tab. 1.2), Befragung bei <i>Pflegediensten</i>	N85	2	0	28,8
6800	Ergänzung des Pflegeberichts, ggf. Überarbeitung der Pflegeplanung [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg : Gesamt</i>	407.932.500		<i>entspricht 6701 bis 6704</i>				
6801	Ergänzung des Pflegeberichts, ggf. Überarbeitung der Pflegeplanung [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg01: Vollstationäre Pflege</i>	243.476.500	Pflegebedürftige 65+ in vollstationären Einrichtungen	<i>entspricht 6701</i>	N85	2	0	28,8
6802	Ergänzung des Pflegeberichts, ggf. Überarbeitung der Pflegeplanung [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg02: Tagespflege</i>	1.340.500	Pflegebedürftige 65+ (nicht dement) in Tagespflege	<i>entspricht 6702</i>	N85	2	0	28,8
6803	Ergänzung des Pflegeberichts, ggf. Überarbeitung der Pflegeplanung [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg03: Tagespflege Demenzkranke</i>	3.447.500	Pflegebedürftige 65+ (dement) in Tagespflege	<i>entspricht 6703</i>	N85	2	0	28,8
6804	Ergänzung des Pflegeberichts, ggf. Überarbeitung der Pflegeplanung [Aufwand pro Tag]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg04: Ambulanter Pflegedienst</i>	159.668.000	Pflegebedürftige 65+ ambulant gepflegt	<i>entspricht 6704</i>	N85	2	0	28,8
6900	Nicht anlassbezogene Evaluierung der Pflegeplanung [Aufwand pro Evaluierung]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg : Gesamt</i>	4.649.520		<i>entspricht 6901 bis 6904</i>				
6901	Nicht anlassbezogene Evaluierung der Pflegeplanung [Aufwand pro Evaluierung]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg01: Vollstationäre Pflege</i>	2.668.236	Pflegebedürftige 65+ in vollstationären Einrichtungen	Anzahl Pflegebedürftige in Heimen 65+ (Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009, Deutschlandergebnisse: Tab. 1.2) x4 Evaluierungen jährlich, Befragung in <i>Pflegeeinrichtungen</i>	N85	2	0	28,8

Fallzahlquelle und Lohnsätze

Verfahren 12: Pflegedokumentation

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Fallzahl für Lebenslage	Betroffenenkreis Lebenslage	Fallzahl-Quelle	WZ	Qualifikationsniveau	Unternehmensgrößenklasse	Stundenlohnsatz
6902	Nicht anlassbezogene Evaluierung der Pflegeplanung [Aufwand pro Evaluierung]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg02: Tagespflege</i>	65.000	Pflegebedürftige 65+ (nicht dement) in Tagespflege	Anzahl Pflegebedürftige in Tagespflege (Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009, Deutschlandergebnisse: Tab. 3.4) x8,7 Evaluierungen (+LLQ), Befragung in Pflegeeinrichtungen	N85	2	0	28,8
6903	Nicht anlassbezogene Evaluierung der Pflegeplanung [Aufwand pro Evaluierung]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg03: Tagespflege Demenzkranke</i>	166.500	Pflegebedürftige 65+ (dement) in Tagespflege	Anzahl demente Pflegebedürftige in Tagespflege (Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009, Deutschlandergebnisse: Tab. 3.4) x8,7 Evaluierungen (+LLQ), Befragung in Pflegeeinrichtungen	N85	2	0	28,8
6904	Nicht anlassbezogene Evaluierung der Pflegeplanung [Aufwand pro Evaluierung]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg04: Ambulanter Pflegedienst</i>	1.749.784	Pflegebedürftige 65+ ambulant gepflegt	Anzahl ambulant gepflegte Pflegebedürftige (Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009, Deutschlandergebnisse: Tab. 1.2) x4 Evaluierungen (+LLQ hier 0,787; vgl. hierzu Pflegestatistik 2009 Tab. 1.2), Befragung bei Pflegediensten	N85	2	0	28,8
7000	Übermittlung der Leistungsnachweise [Aufwand pro Monat]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg : Gesamt</i>	5.249.500		<i>entspricht 7001 bis 7004</i>				
7001	Übermittlung der Leistungsnachweise [Aufwand pro Monat]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg01: Vollstationäre Pflege</i>		Pflegebedürftige 65+ in vollstationären Einrichtungen	x				
7002	Übermittlung der Leistungsnachweise [Aufwand pro Monat]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg02: Tagespflege</i>		Pflegebedürftige 65+ (nicht dement) in Tagespflege	-	N85	3	0	46,2
7003	Übermittlung der Leistungsnachweise [Aufwand pro Monat]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg03: Tagespflege Demenzkranke</i>		Pflegebedürftige 65+ (dement) in Tagespflege	-				

Fallzahlquelle und Lohnsätze

Verfahren 12: Pflegedokumentation

ID-Nr.	Prozessschritt	Normadressat (ggf. Segment)	Fallzahl für Lebenslage	Betroffenenkreis Lebenslage	Fallzahl-Quelle	WZ	Qualifikationsniveau	Unternehmensgrößenklasse	Stundenlohnsatz
7004	Übermittlung der Leistungsnachweise [Aufwand pro Monat]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg04: Ambulanter Pflegedienst</i>	5.249.500	Pflegebedürftige 65+ ambulant gepflegt	Anzahl ambulant gepflegte Pflegebedürftige (Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009, Deutschlandergebnisse: Tab. 1.1) x12 Monate (+LLQ hier 0,787; vgl. hierzu Pflegestatistik 2009 Tab. 1.2), Befragung bei Pflegediensten	N85	2	0	28,8
7100	Archivierung der Unterlagen [Aufwand pro Monat]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg : Gesamt</i>	13.573.500		<i>entspricht 7101 bis 7104</i>				
7101	Archivierung der Unterlagen [Aufwand pro Monat]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg01: Vollstationäre Pflege</i>	8.004.500	Pflegebedürftige 65+ in vollstationären Einrichtungen	Anzahl Pflegebedürftige in Heimen 65+ (Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009, Deutschlandergebnisse: Tab. 1.2) x12 Monate (+LLQ), Befragung in Pflegeeinrichtungen	N85	2	0	28,8
7102	Archivierung der Unterlagen [Aufwand pro Monat]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg02: Tagespflege</i>	89.500	Pflegebedürftige 65+ (nicht dement) in Tagespflege	Anzahl Pflegebedürftige in Tagespflege (Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009, Deutschlandergebnisse: Tab. 3.4) x12 Monate (+LLQ), Befragung in Pflegeeinrichtungen	N85	2	0	28,8
7103	Archivierung der Unterlagen [Aufwand pro Monat]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg03: Tagespflege Demenzkranke</i>	230.000	Pflegebedürftige 65+ (dement) in Tagespflege	Anzahl demente Pflegebedürftige in Tagespflege (Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009, Deutschlandergebnisse: Tab. 3.4) x12 Monate (+LLQ), Befragung in Pflegeeinrichtungen	N85	2	0	28,8
7104	Archivierung der Unterlagen [Aufwand pro Monat]	Wirtschaft - Pflegeeinrichtung - <i>Seg04: Ambulanter Pflegedienst</i>	5.249.500	Pflegebedürftige 65+ ambulant gepflegt	Anzahl ambulant gepflegte Pflegebedürftige (Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009, Deutschlandergebnisse: Tab. 1.1) x12 Monate (+LLQ), Befragung bei Pflegediensten	N85	2	0	28,8

* Erläuterung LLQ: Lebenslagenquotient; nach Angabe des MDS sind ca. 85% der Pflegebedürftigen in der Altersklasse 65+. Bei allen mit LLQ gekennzeichneten Feldern wurde dieser Wert zur Berechnung der Lebenslagenfallzahl herangezogen, wenn lediglich Fallzahlen für Pflegebedürftige aller Altersklassen vorhanden waren.

Anhang 3

Fragebögen

Umfrage bei Bürgerinnen und Bürgern mit dem Ziel der Bürokratieentlastung

Rücksendung bitte bis

Statistisches Bundesamt
Bürokratiekostenmessung
Aufwandsermittlung
Graurheindorfer Str. 198
53117 Bonn

Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn, Postfach 170377, 53029 Bonn

Versicherungsstatus:

Unterbringungsart:

Telefon oder E-Mail:

Bei Rückfragen erreichen Sie uns
Mo - Do 8.00 Uhr bis 17.00 Uhr,
Fr 8.00 Uhr bis 15.00 Uhr
unter
Telefon: 022899-643-8590
Telefax: 022899-643-8974
E-Mail:
buerokratiekostenmessung@destatis.de

Rechtliche Hinweise
siehe Seite 6

Falls Anschrift nicht mehr zutrifft, bitte auf Seite 6 korrigieren.

**Erfüllungsaufwandsprojekt
Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für
Pflegebedürftige, chronisch Kranke und akut schwer Kranke**

Datenbank-ID

A Fragen zur Person

A01 **Für wen** haben Sie den Antrag **bearbeitet**?

- Für mich selbst ➔ weiter mit Frage B01
- Für eine andere Person

A02 Liegt (bei der Person für den Sie den Antrag bearbeiten) eine **eingeschränkte Alltagskompetenz** vor?

- Ja
- Nein

B Fragen zum Zeitaufwand

B01 Wie viel **Zeit** haben Sie **insgesamt** benötigt, um den Antrag zu bearbeiten?

- Zeitangabe Stunden Minuten
- Trifft nicht zu

B02 Wie viel Zeit ist für **Einarbeitung und das in Anspruch nehmen fachlicher Beratung** angefallen?

Stunden Minuten

Zeitangabe :

Trifft nicht zu

B03 Wie viel Zeit ist für **Datenbeschaffung, -aufbereitung und -archivierung** angefallen?

Stunden Minuten

Zeitangabe :

Trifft nicht zu

B04 Wie viel Zeit ist für eine medizinische **Begutachtung** angefallen?

Stunden Minuten

Zeitangabe :

Trifft nicht zu

B05 Wie viel Zeit ist für den (weiteren) **Kontakt mit zuständigen Stellen (z.B. Behörden, Krankenkassen)** angefallen?

Stunden Minuten

Zeitangabe :

Trifft nicht zu

B06 Wie viel Zeit ist für die Erstellung von **Schriftstücken (Fax, Brief, E-Mail) und das Ausfüllen von Formularen** anfallen?

Stunden Minuten

Zeitangabe :

Trifft nicht zu

B07 Wie viel Zeit ist für die **Übermittlung von Schriftstücken/Formularen** angefallen?

Stunden Minuten

Zeitangabe :

Trifft nicht zu

B08 Wie viel Zeit ist für **sonstige Tätigkeiten oder Handlungen im Rahmen der Bearbeitung des Antrags** angefallen, die in der erfassten Zeit nicht enthalten sind?

Stunden Minuten

Zeitangabe :

Trifft nicht zu ➔ weiter mit Frage C01

B08a Welche Tätigkeiten oder Handlungen waren das?

Bitte beschreiben Sie die sonstigen Tätigkeiten oder Handlungen.

C Fragen zu Warte-, Wege- und Leerzeiten

C01 Wie viele Kilometer haben Sie für die **Wege** vom Wohnort zu den am **Antragsverfahren beteiligten Stellen** zurückgelegt?

Kilometerangabe

Volle Kilometer

Trifft nicht zu

C02 Sind **Wartezeiten** bei zuständigen Stellen/Behörden angefallen?

Ja

Nein

➔ weiter mit Frage C04

C03 Wie viel Zeit umfasste die **Wartezeit** bei zuständigen Stellen/Behörden?

Zeitangabe

Stunden Minuten

 :

C04 Wie lange hat das Verfahren **insgesamt von Beginn der Antragsstellung bis zum Erhalt des Bescheides/der Entscheidung gedauert?**
Kombination von Tagen und Stunden/Minuten möglich

Zeitangabe

Tage

Zeitangabe

Stunden Minuten

 :

D Fragen zu den Kosten

D01 Sind Ihnen **Kosten** für die Inanspruchnahme **fachlicher Beratung** entstanden?

Ja

Nein

➔ weiter mit Frage D04

D02 Welcher **Art** waren die **Kosten**?

Kosten, bitte genau beschreiben.

D03 **Wie hoch** waren die **Kosten**?

Kosten

Volle Euro

D04 Sind **Kopier- und/oder Portokosten** entstanden?

Ja

Nein

➔ weiter mit Frage D06

D05 Wie hoch waren die **Kopier- und/oder Portokosten**?

Kosten

Volle Euro

D06 Sind **sonstige Kosten** entstanden?

Ja

Nein

➔ weiter mit Frage E01

D07 **Wie hoch** waren die **sonstigen Kosten**?

Volle Euro

Kosten

D08 Welcher **Art** waren die **Kosten**?

Kosten, bitte genau beschreiben.

E Hinweise zum Bürokratieabbau

E01 Waren Sie verpflichtet, dieselben Informationen für den Antrag **an mehrere öffentliche Stellen** zu **melden**?

Ja

Falls ja, nennen Sie bitte diese öffentlichen Stellen.

Nein

E02 Könnte die Belastung durch das Antragsverfahren mit Hilfe eines neuen, verstärkten oder verbesserten **Einsatzes moderner Kommunikationsmedien** (PC, E-Mail, Internet, ...) reduziert werden?

Ja


Nein

Kann ich nicht abschätzen

E03 Ihre Hinweise sind uns wichtig. Falls Sie sonstige Anregungen oder Anmerkungen zur Vereinfachung der genannten gesetzlichen Vorgabe haben, nennen Sie diese bitte nachfolgend.

Sie können uns beispielsweise Hinweise geben

- zur Vereinfachung der gesetzlichen Vorgabe
- zur Häufigkeit der Übermittlung der gesetzlichen Vorgabe
- zu Änderungen im Formular



Bitte zurücksenden an

Statistisches Bundesamt
Zweigstelle Bonn
Bürokratiekostenmessung
Aufwandsermittlung, Kostenschätzung
Graurheindorfer Str. 198

53117 Bonn

Bitte korrigieren Sie, falls erforderlich, Ihre Anschrift.
Name und Adresse

Unterrichtung nach §4 Abs. 3 Bundesdatenschutzgesetz

Zweck, Art und Umfang der Erhebung

Ziel der Erhebung ist, den Aufwand für staatlich veranlasste Informationspflichten bei Bürgerinnen und Bürgern zu messen.

Befragt werden Bürgerinnen und Bürger, die von der Verpflichtung zur Erfüllung einer staatlichen Informationsanforderung betroffen sind.

Die Auskunftserteilung ist freiwillig.

Rechtliche Grundlagen

a) Nach § 8 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates vom 14. August 2006 (BGBl. I, S. 1866), das durch Artikel 1 des Gesetzes vom 16. März 2011 (BGBl. I, S. 420) geändert worden ist, gehört es zu den Aufgaben des Statistischen Bundesamtes Erhebungen zur Messung der Bürokratiekosten durchzuführen.

b) Die Erhebung bei Bürgerinnen und Bürgern erfolgt mit deren Einwilligung nach §4 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Januar 2003 (BGBl. I S. 66), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. August 2006 (BGBl. I S. 1970) geändert worden ist.

Geheimhaltung

Die erhobenen Einzelangaben dienen ausschließlich der Messung der Bürokratiekosten nach dem Standardkosten-Modell. Eine Übermittlung der Einzelangaben an Dritte erfolgt nicht. Die Ergebnisse der Erhebungen fließen in zusammengefasster Form in eine Datenbank, die unter anderem der Normenkontrollrat für die Erfüllung seiner Aufgaben nutzen kann.

Die persönlichen Angaben dienen ausschließlich der Durchführung der Erhebungen und werden in einer gesonderten Datei gespeichert. Der Fragebogen wird nach Abschluss der Auswertungen vernichtet.

Umfrage bei Unternehmen mit dem Ziel der Bürokratieentlastung

Rücksendung bitte bis

Statistisches Bundesamt
Bürokratiekostenmessung
Aufwandsermittlung
Graurheindorfer Str. 198
53117 Bonn

Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn, Postfach 170377, 53029 Bonn

Versicherungsstatus u. Unterbringungsart:

Ansprechpartner/-in im Unternehmen

Name:

Telefon oder E-Mail:

Bei Rückfragen erreichen Sie uns
Mo - Do 8.00 Uhr bis 17.00 Uhr,
Fr 8.00 Uhr bis 15.00 Uhr
unter
Telefon: 022899-643-8590
Telefax: 022899-643-8974
E-Mail:
buerokratiekostenmessung@destatis.de

Rechtliche Hinweise
siehe Seite 6

Falls Anschrift oder Firmierung nicht mehr zutreffen, bitte auf Seite 6 korrigieren.

Erfüllungsaufwandsprojekt Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Pflegebedürftige, chronisch Kranke und akut schwer Kranke

Datenbank-ID

A Allgemeine Fragen

A01 Welche **berufliche bzw. betriebliche Position** hat die Person, die die gesetzliche Vorgabe/den Antrag überwiegend bearbeitet?

Geschäftsleitung oder Beschäftigte/r mit schwierigen, komplexen Tätigkeiten, die überwiegend selbständig ausgeführt werden, teilweise mit Fachverantwortung für Personal und Entscheidungsbefugnissen

Beschäftigte/r mit qualifizierten Fachtätigkeiten, für deren Ausübung in der Regel eine abgeschlossene Berufsausbildung erforderlich ist (z. B. Sachbearbeiter/in)

Beschäftigte/r mit ausführenden Tätigkeiten nach allgemeiner Anweisung (z. B. Kontorist/in) oder Beschäftigte/r ohne abgeschlossene berufliche Ausbildung

B Fragen zum Zeitaufwand

Nachfolgend geht es um die Messung des Zeitaufwandes für die oben genannte gesetzliche Vorgabe. Bitte schätzen Sie zuerst die Gesamtdauer der Bearbeitung. Diese Angabe dient der ersten Orientierung. Danach fragen wir Sie nach dem Zeitaufwand für einzelne Arbeitsschritte, die üblicher Weise bei der Bearbeitung von gesetzlichen Vorgabe anfallen.

Falls einer der ab Frage B02 genannten Arbeitsschritte nicht anfällt, kreuzen Sie bitte „Trifft nicht zu“ an.

B01 Wie viel **Zeit** benötigen Sie **insgesamt**, um die gesetzliche Vorgabe/den Antrag vollständig zu bearbeiten?

Gesamtdauer in Stunden : Minuten :

Zu den Arbeitsschritten im Einzelnen:

B02 Wie viel Zeit fällt für **Einarbeitung** und ggf. Schulung an?

Trifft nicht zu

Zeit in Stunden : Minuten

 :

B03 Wie viel Zeit fällt für **Beratung des Antragsstellers** an?

Trifft nicht zu

Zeit in Stunden : Minuten

 :

B04 Wie viel Zeit fällt für **Sachbearbeitung**, einschließlich **Datenbeschaffung und Weiterbearbeitung** an?

Trifft nicht zu

Zeit in Stunden : Minuten

 :

B05 Wie viel Zeit fällt für **interne Kommunikation** (einschließlich Sitzungen, Besprechungen) an?

Trifft nicht zu

Zeit in Stunden : Minuten

 :

B06 Wie viel Zeit fällt für **Kommunikation mit Externen, einschließlich dem Kontakt mit öffentlichen Stellen** an?

Trifft nicht zu

Zeit in Stunden : Minuten

 :

B07 Wie viel Zeit fällt für die **Erstellung von Schriftstücken und das Ausfüllen von Formularen** an?

Trifft nicht zu

Zeit in Stunden : Minuten

 :

B08 Wie viel Zeit fällt für die **Übermittlung von Schriftstücken/Formularen** (Fax, Brief, E-Mail) an?

Trifft nicht zu

Zeit in Stunden : Minuten

 :

B09 Wie viel Zeit fällt für **sonstige Tätigkeiten oder Handlungen im Rahmen der Bearbeitung der gesetzlichen Vorgabe/des Antrags an**, die in der bisher erfassten Zeit nicht enthalten ist?

Trifft nicht zu

Zeit in Stunden : Minuten

 :

Bitte beschreiben Sie die Tätigkeiten oder Handlungen:

C Fragen zu Verfahrens- und Leerzeiten

C01 Fallen im Rahmen der gesetzlichen Vorgabe/des Antrags **Leerzeiten** an, in denen Sie keiner anderen Tätigkeit nachgehen konnten (z. B. Wartezeiten in einer Behörde)?

Ja

Nein

➔ weiter mit Frage C03

C02 Wie viel Zeit fällt für diese **Leerzeiten** an?

Zeit in Stunden : Minuten

 :

C03 **Wie lange** dauert das Antragsverfahren **insgesamt**?
Kombination Tage und Stunden/Minuten möglich.

Zeit in Tagen

Zeit in Stunden : Minuten

 :

D Fragen zu dem Kosten

D01 Entstehen dem Betrieb durch die externe Bearbeitung der gesetzlichen Vorgabe/des Antrags Kosten?

Ja

Nein

➔ weiter mit Frage D03

D02 **Wie hoch** sind die **externen Kosten**?

Externe Kosten (Volle Euro)

D03 Sind dem Betrieb **Anschaffungskosten** für die Bearbeitung der gesetzlichen Vorgabe/des Antrags angefallen?

Ja

Nein

➔ weiter mit Frage D06

D04 **Wie hoch** waren die **Anschaffungskosten**?

Anschaffungskosten (Volle Euro)

D05 **Wofür** sind die **Anschaffungskosten** angefallen?
Mehrfachantworten sind möglich.

Für Hardware (z.B. PC, Fax)

Für Software

Für Sonstiges

Falls Sonstige Anschaffungskosten, bitte genau beschreiben:

D06 Entstehen dem Betrieb für die Bearbeitung der gesetzlichen Vorgabe/des Antrags **Kopier- und/oder Portokosten**?

Ja

Nein

➔ weiter mit Frage D08

D07 Wie hoch sind die **Kopier- und/oder Portokosten**?

Kosten (Volle Euro)

D08 **Entstehen sonstige Kosten**, die bisher noch nicht erhoben wurden?

Ja

Nein

➔ weiter mit Frage E01

D09 **Wie hoch** sind die **sonstigen Kosten**?

Sonstige Kosten (Volle Euro)

D10 Welcher **Art** sind die **sonstigen Kosten**?

Sonstige Kosten, bitte genau beschreiben:

E Hinweise zum Bürokratieabbau

E01 Könnte die Belastung durch die gesetzliche Vorgabe/das Antragsverfahren mit Hilfe eines neuen, verstärkten oder verbesserten **Einsatzes moderner Kommunikationsmedien** (z.B. PC, E-Mail, Internet) reduziert werden?

Ja

Nein

Kann ich nicht abschätzen

E02 Ihre Hinweise sind uns wichtig. Falls Sie Anregungen oder Anmerkungen zur Vereinfachung der oben genannten gesetzlichen Vorgabe haben, tragen Sie diese bitte unten in das Feld ein.

Sie können uns beispielsweise Hinweise geben

– zur Vereinfachung der gesetzlichen Vorgabe/des Antragsverfahrens

– zur Häufigkeit der Übermittlung der gesetzlichen

Vorgabe/des Antragsverfahrens

– zu Änderungen im Formular (Begriffe, optische Gestaltung usw.).

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Bitte zurücksenden an:

Bitte korrigieren Sie, falls erforderlich, Ihre Anschrift.

Name und Adresse des Unternehmens

Unterrichtung nach § 17 Bundesstatistikgesetz

Zweck Art und Umfang der Erhebung

Ziel der Erhebungen ist, den Aufwand für staatlich veranlasste Informationspflichten in Unternehmen zu messen. Übermäßige Bürokratie belastet Bürger, Wirtschaft und Verwaltung gleichermaßen. Gelingt es, die Wirtschaft von unnötiger Bürokratie zu entlasten, spart dies den Unternehmen Kosten.

Befragt werden Unternehmen aus allen Wirtschaftszweigen, die von der Verpflichtung zur Erfüllung einer staatlichen Informationsanforderung betroffen sind. Die Auskunftserteilung ist freiwillig.

Rechtliche Grundlagen

- a) Nach § 8 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates vom 14. August 2006 (BGBl. I, S. 1866), das durch Artikel 1 des Gesetzes vom 16. März 2011 (BGBl. I, S. 420) geändert worden ist, gehört es zu den Aufgaben des Statistischen Bundesamtes Erhebungen zur Messung der Bürokratiekosten durchzuführen.
- b) Soweit von den Erhebungen natürliche Personen (z.B. Einzelkaufleute, Angehörige der freien Berufe etc.) betroffen sind, erfolgen die Erhebungen mit deren Einwilligung nach § 4 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Januar 2003 (BGBl. I S. 66), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. August 2006 (BGBl. I S. 1970) geändert worden ist.

Geheimhaltung

Die erhobenen Einzelangaben dienen ausschließlich der Messung der Bürokratiekosten nach dem Standardkostenmodell. Eine Übermittlung der Einzelangaben an Dritte erfolgt nicht. Die Ergebnisse der Erhebungen fließen in zusammengefasster Form in eine Datenbank, die unter anderen der Normenkontrollrat für die Erfüllung seiner Aufgaben nutzen kann.

Name und Anschrift der Unternehmen dienen ausschließlich der Durchführung der Erhebungen und werden in einer gesonderten Datei gespeichert. Der Fragebogen wird nach Abschluss der Auswertungen vernichtet.

**Umfrage bei Behörden
mit dem Ziel der
Bürokratieentlastung**

Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn, Postfach 170377, 53029 Bonn

Falls Anschrift nicht mehr zutrifft, bitte auf Seite 6 korrigieren.

Rücksendung bitte bis

Versicherungsstatus:

Unterbringungsart:

Telefon oder E-Mail:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Statistisches Bundesamt
Bürokratiekostenmessung
Aufwandsermittlung
Graurheindorfer Str. 198
53117 Bonn

Bei Rückfragen erreichen Sie uns
Mo - Do 8.00 Uhr bis 17.00 Uhr,
Fr 8.00 Uhr bis 15.00 Uhr
unter
Telefon: 022899-643-8590
Telefax: 022899-643-8974
E-Mail:
buerokratiekostenmessung@destatis.de

Rechtliche Hinweise
siehe Seite 6

**Erfüllungsaufwandsprojekt
Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für
Pflegebedürftige, chronisch Kranke und akut schwer Kranke**

Datenbank-ID

Verwaltung-W

A Allgemeine Fragen

A01 Welche **berufliche bzw. betriebliche Position** hat die Person, die die gesetzliche Vorgabe/den Antrag überwiegend bearbeitet?

Geschäftsleitung oder Beschäftigte/r mit schwierigen, komplexen Tätigkeiten, die überwiegend selbständig ausgeführt werden, teilweise mit Fachverantwortung für Personal und Entscheidungsbefugnissen

Beschäftigte/r mit qualifizierten Fachtätigkeiten, für deren Ausübung in der Regel eine abgeschlossene Berufsausbildung erforderlich ist (z. B. Sachbearbeiter/in)

Beschäftigte/r mit ausführenden Tätigkeiten nach allgemeiner Anweisung (z. B. Kontorist/in) oder Beschäftigte/r ohne abgeschlossene berufliche Ausbildung

A02 In welchem **Umfang** wird die **Informationstechnik bei der Bearbeitung** der gesetzlichen Vorgabe (des Antrags) genutzt?

Die Bearbeitung erfolgt...

... ausschließlich IT-gestützt.

... überwiegend IT-gestützt.

... zu einem geringen Teil IT-gestützt.

... ohne IT-Unterstützung.

A03 Wie stark ist die **Bearbeitung** der Verpflichtung (des Antrags) **formalisiert**?

Die Bearbeitung ist...

... vollständig formalisiert

... überwiegend formalisiert

... wenig formalisiert

... gar nicht formalisiert

B Fragen zum Zeitaufwand

Nachfolgend geht es um die Messung des Zeitaufwandes für die oben genannte gesetzliche Vorgabe. Bitte schätzen Sie zuerst die Gesamtdauer der Bearbeitung. Diese Angabe dient der ersten Orientierung. Danach fragen wir Sie nach dem Zeitaufwand für einzelne Arbeitsschritte, die üblicher Weise bei der Bearbeitung von gesetzlichen Vorgaben anfallen.

Falls einer der ab Frage B02 genannten Arbeitsschritte nicht anfällt, kreuzen Sie bitte „Trifft nicht zu“ an.

B01 Wie viel **Zeit** benötigen Sie **insgesamt**, um die gesetzliche Vorgabe (den Antrag) zu bearbeiten?

Gesamtdauer in Stunden : Minuten

 :

Zu den Arbeitsschritten im Einzelnen:

B02 Wie viel Zeit fällt für **Einarbeitung in die gesetzlichen Vorgaben, Schulung und Fortbildung** an?

Trifft nicht zu

Zeit in Stunden : Minuten

 :

B03 Wie viel Zeit fällt für **Beratungstätigkeiten** an?

Trifft nicht zu

Zeit in Stunden : Minuten

 :

B04 Wie viel Zeit fällt für **Sachbearbeitung** an (einschließlich der Beschaffung, Verarbeitung und Archivierung von Unterlagen sowie für die Erstellung von Bescheiden. Weiterhin für Anweisung von Zahlungen, Eingabe von Daten zur Bescheiderstellung, Termin-Anschreiben u.ä.)?

Trifft nicht zu

Zeit in Stunden : Minuten

 :

B05 Wie viel Zeit fällt für die **Begutachtung (einschließlich Dateneingabe in den Laptop vor Ort)** an?

Trifft nicht zu

Zeit in Stunden : Minuten

 :

B06 Wie viel Zeit fällt für **interne Kommunikation** (einschließlich Sitzungen, Besprechungen) an?

Trifft nicht zu

Zeit in Stunden : Minuten

 :

B07 Wie viel Zeit fällt für **Kommunikation mit Externen (anderen Behörden, Institutionen)** an?

Trifft nicht zu

Zeit in Stunden : Minuten

 :

B08 Wie viel Zeit fällt für die **Übermittlung von Schriftstücken und/oder Bescheiden** an?

Trifft nicht zu

Zeit in Stunden : Minuten

 :

C Fragen zu Verfahrens- und Leerzeiten

C01 Fallen im Rahmen des Verfahrens **Leerzeiten** an, in denen Sie keiner anderen Tätigkeit nachgehen können?

Ja

Nein

➔ weiter mit Frage C03

C02 Wie viel Zeit umfassen die **Leerzeiten**?

Zeit in Stunden : Minuten

 :

C03 **Wie lange** dauert das **Verfahren** zur Bearbeitung der gesetzlichen Vorgabe (des Antrags) **insgesamt**?

Zeit in Tagen

Zeit in Stunden : Minuten

 :

D Fragen zu den Kosten

D01 Entstehen durch die **externe** Bearbeitung der gesetzlichen Vorgabe (des Antrags) **Kosten**?

Ja

Nein

➔ weiter mit Frage D03

D02 **Wie hoch** sind die **Kosten** durch **externe** Bearbeitung ?

Kosten (Volle Euro)

D03 Sind **Anschaffungskosten** ausschließlich für die Bearbeitung der gesetzlichen Vorgabe (des Antrags) angefallen?

Ja

Nein ➔ weiter mit Frage D06

D04 **Wie hoch** waren die **Anschaffungskosten**?

Anschaffungskosten (Volle Euro)

D05 **Wofür** sind die **Anschaffungskosten** angefallen?
Mehrfachantworten sind möglich.

Für Hardware (z.B. PC, Fax)

Für Software

Für Sonstiges

Falls Sonstige Anschaffungskosten, bitte genau beschreiben:

D06 Entstehen für die Bearbeitung der gesetzlichen Vorgabe **Kopier- und/oder Portokosten**?

Ja

Nein ➔ weiter mit Frage D08

D07 **Wie hoch** sind die **Kopier- und/oder Portokosten**?

Kopier/Portokosten (Volle Euro)

D08 **Entstehen sonstige Kosten**, die bisher noch nicht erhoben wurden?

Ja

Nein ➔ weiter mit Frage E01

D09 **Wie hoch** sind die **sonstigen Kosten**?

Sonstige Kosten (Volle Euro)

D10 Welcher **Art** sind die **sonstigen Kosten**?

Sonstige Kosten, bitte genau beschreiben:

E Hinweise zum Bürokratieabbau

E01 Könnte der Aufwand für die Bearbeitung der gesetzliche Vorgabe (des Antrags) mit Hilfe eines neuen, verstärkten oder verbesserten **Einsatzes von Informationstechnologien** reduziert werden?

Ja

Nein

Kann ich nicht abschätzen

E02 Ihre Hinweise sind uns wichtig. Falls Sie Anregungen oder Anmerkungen zur Vereinfachung der gesetzlichen Vorgabe haben, tragen Sie diese bitte unten in das Feld ein.

Sie können uns beispielsweise Hinweise geben

- zur Vereinfachung der gesetzlichen Vorgabe
- zur Häufigkeit der Übermittlung der gesetzlichen Vorgabe
- zu Änderungen im Formular (Begriffe, optische Gestaltung usw.).

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Bitte zurücksenden an:

Statistisches Bundesamt
Zweigstelle Bonn
Bürokratiekostenmessung
Aufwandsermittlung, Kostenschätzung
Postfach 170377
53029 Bonn

Bitte korrigieren Sie, falls erforderlich, Ihre Anschrift.

Name und Anschrift

Unterrichtung

Zweck Art und Umfang der Erhebung

Ziel der Erhebungen ist, den Aufwand für staatlich veranlasste Informationspflichten in Unternehmen zu messen. Übermäßige Bürokratie belastet Bürger, Wirtschaft und Verwaltung gleichermaßen. Gelingt es, die Wirtschaft von unnötiger Bürokratie zu entlasten, spart dies den Unternehmen Kosten.

Befragt werden Unternehmen aus allen Wirtschaftszweigen, die von der Verpflichtung zur Erfüllung einer staatlichen Informationsanforderung betroffen sind. Die Auskunftserteilung ist freiwillig.

Rechtliche Grundlagen

- a) Nach § 8 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates vom 14. August 2006 (BGBl. I, S. 1866), das durch Artikel 1 des Gesetzes vom 16. März 2011 (BGBl. I, S. 420) geändert worden ist, gehört es zu den Aufgaben des Statistischen Bundesamtes Erhebungen zur Messung der Bürokratiekosten durchzuführen.
- b) Soweit von den Erhebungen natürliche Personen (z.B. Einzelkaufleute, Angehörige der freien Berufe etc.) betroffen sind, erfolgen die Erhebungen mit deren Einwilligung nach § 4 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Januar 2003 (BGBl. I S. 66), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. August 2006 (BGBl. I S. 1970) geändert worden ist.

Geheimhaltung

Die erhobenen Einzelangaben dienen ausschließlich der Messung der Bürokratiekosten nach dem Standardkostenmodell. Eine Übermittlung der Einzelangaben an Dritte erfolgt nicht. Die Ergebnisse der Erhebungen fließen in zusammengefasster Form in eine Datenbank, die unter anderen der Normenkontrollrat für die Erfüllung seiner Aufgaben nutzen kann.

Name und Anschrift der Unternehmen dienen ausschließlich der Durchführung der Erhebungen und werden in einer gesonderten Datei gespeichert. Der Fragebogen wird nach Abschluss der Auswertungen vernichtet.

**Umfrage bei Behörden
mit dem Ziel der
Bürokratieentlastung**

Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn, Postfach 170377, 53029 Bonn

Falls Anschrift nicht mehr zutrifft, bitte auf Seite 6 korrigieren.

Rücksendung bitte bis

Versicherungsstatus:

Unterbringungsart:

Telefon oder E-Mail:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Statistisches Bundesamt
Bürokratiekostenmessung
Aufwandsermittlung
Graurheindorfer Str. 198
53117 Bonn

Bei Rückfragen erreichen Sie uns
Mo - Do 8.00 Uhr bis 17.00 Uhr,
Fr 8.00 Uhr bis 15.00 Uhr
unter
Telefon: 022899-643-8590
Telefax: 022899-643-8974
E-Mail:
buerokratiekostenmessung@destatis.de

Rechtliche Hinweise
siehe Seite 6

**Erfüllungsaufwandsprojekt
Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für
Pflegebedürftige, chronisch Kranke und akut schwer Kranke**

Datenbank-ID

A Allgemeine Fragen

A01 Welcher **Laufbahngruppe** gehören die Personen an, die überwiegend die gesetzliche Vorgabe (den Antrag) bearbeiten?

Die gesetzliche Verpflichtung wird überwiegend vom...

- ... höheren Dienst bearbeitet.
- ... gehobenen Dienst bearbeitet.
- ... mittleren Dienst bearbeitet.
- ... einfacher Dienst bearbeitet.

A02 In welchem **Umfang** wird die **Informationstechnik bei der Bearbeitung** der gesetzlichen Vorgabe (des Antrags) genutzt?

Die Bearbeitung erfolgt...

- ... ausschließlich IT-gestützt.
- ... überwiegend IT-gestützt.
- ... zu einem geringen Teil IT-gestützt.
- ... ohne IT-Unterstützung.

A03 Wie stark ist die **Bearbeitung** der Verpflichtung (des Antrags) **formalisiert**?

Die Bearbeitung ist...

... vollständig formalisiert

... überwiegend formalisiert

... wenig formalisiert

... gar nicht formalisiert

B Fragen zum Zeitaufwand

Nachfolgend geht es um die Messung des Zeitaufwandes für die oben genannte gesetzliche Vorgabe. Bitte schätzen Sie zuerst die Gesamtdauer der Bearbeitung. Diese Angabe dient der ersten Orientierung. Danach fragen wir Sie nach dem Zeitaufwand für einzelne Arbeitsschritte, die üblicher Weise bei der Bearbeitung von gesetzlichen Vorgaben anfallen.

Falls einer der ab Frage B02 genannten Arbeitsschritte nicht anfällt, kreuzen Sie bitte „Trifft nicht zu“ an.

B01 Wie viel **Zeit** benötigen Sie **insgesamt**, um die gesetzliche Vorgabe (den Antrag) zu bearbeiten?

Gesamtdauer in Stunden : Minuten

 :

Zu den Arbeitsschritten im Einzelnen:

B02 Wie viel Zeit fällt für **Einarbeitung in die gesetzlichen Vorgaben, Schulung und Fortbildung** an?

Trifft nicht zu

Zeit in Stunden : Minuten

 :

B03 Wie viel Zeit fällt für **Beratungstätigkeiten** an?

Trifft nicht zu

Zeit in Stunden : Minuten

 :

B04 Wie viel Zeit fällt für **Sachbearbeitung** an (einschließlich der Beschaffung, Verarbeitung und Archivierung von Unterlagen sowie für die Erstellung von Bescheiden. Weiterhin für Anweisung von Zahlungen, Eingabe von Daten zur Bescheiderstellung, Termin-Anschreiben u.ä.)?

Trifft nicht zu

Zeit in Stunden : Minuten

 :

B05 Wie viel Zeit fällt für die **Begutachtung (einschließlich Dateneingabe in den Laptop vor Ort)** an?

Trifft nicht zu

Zeit in Stunden : Minuten

 :

B06 Wie viel Zeit fällt für **interne Kommunikation** (einschließlich Sitzungen, Besprechungen) an?

Trifft nicht zu

Zeit in Stunden : Minuten

 :

B07 Wie viel Zeit fällt für **Kommunikation mit Externen (anderen Behörden, Institutionen)** an?

Trifft nicht zu

Zeit in Stunden : Minuten

 :

B08 Wie viel Zeit fällt für die **Übermittlung von Schriftstücken und/oder Bescheiden** an?

Trifft nicht zu

Zeit in Stunden : Minuten

 :

C Fragen zu Verfahrens- und Leerzeiten

C01 Fallen im Rahmen des Verfahrens **Leerzeiten** an, in denen Sie keiner anderen Tätigkeit nachgehen können?

Ja

Nein

➔ weiter mit Frage C03

C02 Wie viel Zeit umfassen die **Leerzeiten**?

Zeit in Stunden : Minuten

 :

C03 **Wie lange** dauert das **Verfahren** zur Bearbeitung der gesetzlichen Vorgabe (des Antrags) **insgesamt**?

Zeit in Tagen

Zeit in Stunden : Minuten

 :

D Fragen zu den Kosten

D01 Entstehen durch die **externe** Bearbeitung der gesetzlichen Vorgabe (des Antrags) **Kosten**?

Ja

Nein

➔ weiter mit Frage D03

D02 **Wie hoch** sind die **Kosten** durch **externe** Bearbeitung ?

Kosten (Volle Euro)

D03 Sind **Anschaffungskosten** ausschließlich für die Bearbeitung der gesetzlichen Vorgabe (des Antrags) angefallen?

Ja

Nein ➔ weiter mit Frage D06

D04 **Wie hoch** waren die **Anschaffungskosten**?

Anschaffungskosten (Volle Euro)

D05 **Wofür** sind die **Anschaffungskosten** angefallen?
Mehrfachantworten sind möglich.

Für Hardware (z.B. PC, Fax)

Für Software

Für Sonstiges

Falls Sonstige Anschaffungskosten, bitte genau beschreiben:

D06 Entstehen für die Bearbeitung der gesetzlichen Vorgabe **Kopier- und/oder Portokosten**?

Ja

Nein ➔ weiter mit Frage D08

D07 **Wie hoch** sind die **Kopier- und/oder Portokosten**?

Kopier/Portokosten (Volle Euro)

D08 **Entstehen sonstige Kosten**, die bisher noch nicht erhoben wurden?

Ja

Nein ➔ weiter mit Frage E01

D09 **Wie hoch** sind die **sonstigen Kosten**?

Sonstige Kosten (Volle Euro)

D10 Welcher **Art** sind die **sonstigen Kosten**?

Sonstige Kosten, bitte genau beschreiben:

E Hinweise zum Bürokratieabbau

E01 Könnte der Aufwand für die Bearbeitung der gesetzliche Vorgabe (des Antrags) mit Hilfe eines neuen, verstärkten oder verbesserten **Einsatzes von Informationstechnologien** reduziert werden?

Ja

Nein

Kann ich nicht abschätzen

E02 Ihre Hinweise sind uns wichtig. Falls Sie Anregungen oder Anmerkungen zur Vereinfachung der gesetzlichen Vorgabe haben, tragen Sie diese bitte unten in das Feld ein.

Sie können uns beispielsweise Hinweise geben

- zur Vereinfachung der gesetzlichen Vorgabe
- zur Häufigkeit der Übermittlung der gesetzlichen Vorgabe
- zu Änderungen im Formular (Begriffe, optische Gestaltung usw.).

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Bitte zurücksenden an:

Statistisches Bundesamt
Zweigstelle Bonn
Bürokratiekostenmessung
Aufwandsermittlung, Kostenschätzung
Postfach 170377
53029 Bonn

Bitte korrigieren Sie, falls erforderlich, Ihre Anschrift.
Name und Anschrift

Unterrichtung

Zweck Art und Umfang der Erhebung

Ziel der Erhebungen ist, den Aufwand für staatlich veranlasste Informationspflichten in der öffentlichen Verwaltung zu messen. Übermäßige Bürokratie belastet Bürger, Wirtschaft und Verwaltung gleichermaßen. Befragt werden Behörden und beliehene Unternehmen, die von der Verpflichtung zur Erfüllung einer staatlichen Informationsanforderung betroffen sind.

Rechtliche Grundlagen

- a) Nach § 8 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates vom 14. August 2006 (BGBl. I, S. 1866), das durch Artikel 1 des Gesetzes vom 16. März 2011 (BGBl. I, S. 420) geändert worden ist, gehört es zu den Aufgaben des Statistischen Bundesamtes Erhebungen zur Messung der Bürokratiekosten durchzuführen.
- b) Die befragten Behörden des Bundes und der Länder sind im Rahmen der Amtshilfe zur Auskunft verpflichtet (§5 Absatz 2 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates). Für alle übrigen Befragten ist die Auskunftserteilung freiwillig

Geheimhaltung

Die erhobenen Einzelangaben werden geheim gehalten. Der Fragebogen wird nach Abschluss der Auswertungen vernichtet.

Kontakt

Bundeskanzleramt Geschäftsstelle Bürokratieabbau Willy-Brandt-Straße 1 10557 Berlin buerokratieabbau@bk.bund.de www.bundesregierung.de/buerokratieabbau	Statistisches Bundesamt Gruppe A 3 Bürokratiekostenmessung 65180 Wiesbaden erfuellungsaufwand@destatis.de www.destatis.de
--	--

Stand der Fachinformation: März 2013

Die Tabellen und Zahlen im Bericht verstehen sich einschließlich statistischer Differenzen.