

Prof. Dr. Georg Cremer  
Generalsekretär  
Vorstand für Sozial- und Fachpolitik

Postfach 4 20, 79004 Freiburg  
Karlstraße 40, 79104 Freiburg  
Telefon-Zentrale 0761 200-0

Ihre Ansprechpartner Dr. Elisabeth Fix  
Telefon-Durchwahl 030 284 447-46  
Telefax 030 284 44788-55

[www.caritas.de](http://www.caritas.de)

Datum 7. Januar 2015

# **Positionspapier zum Abbau unnötiger Bürokratie in der Grundsicherung für Arbeit- suchende und in der sozialen Pfl- egeversicherung**

## **Einleitung**

Die Bundesregierung plant ein Gesetz zum Bürokratieabbau. Dies wird vom Deutschen Caritasverband sehr begrüßt. Für die Erbringung von guten und qualitativ hochwertigen Leistungsangeboten ist es wichtig, dass Prozesse entsprechend dokumentiert werden. Im Sozialstaat ist es auch erforderlich, dass Leistungen entsprechend beantragt und transparent verwaltet werden. Das Ausmaß dieser Prozesse muss aber auf das Notwendige beschränkt werden. Genügend Zeit muss für eine qualitativ hochwertige Dienstleistungserbringung für die Menschen bleiben.

Die nachfolgenden Vorschläge stellen keine abschließende Auflistung und Bewertung dar. In der Kürze der Zeit, die für dieses Papier gegeben war, beschränken wir uns auf zentrale Kernanliegen aus den Gebieten des SGB II und SGB XI. In beiden Bereichen gibt es laufende Gesetzesverfahren, die deren Rahmen wir auch Vorschläge zum Bürokratieabbau gemacht haben.

## **Bürokratieabbau im SGB II**

Im Rahmen der laufenden Debatte zur Rechtsvereinfachung wurden auch einige wichtige Vorschläge gemacht, die zum Abbau von Bürokratie beitragen.

### **1. Einstellung des Datenabgleichs mit dem Sozialhilfeträger nach § 52 Abs. 1 Nr. 5 SGB II**

Ein Vorschlag sieht die Streichung des § 52 Abs. 1 Nr. 5 SGB II vor. Nach dieser Regelung erfolgt ein Datenabgleich, um zu prüfen, ob und in welcher Höhe und für welche Zeiträume von dem Hilfesuchenden Leistungen der Träger der Sozialhilfe bezogen werden oder wurden.

Der DCV begrüßt diesen Vorschlag. Nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit ist die Überprüfung zeit- und verwaltungsaufwändig, ohne dass ein erheblicher Leistungsmissbrauch festgestellt werden konnte. Eine Auswertung der ersten drei Quartale im Jahr 2012 hat ergeben, dass in 50.704 geprüften Fällen lediglich zwei Überzahlungen (mit einer Überzahlungssumme 4.498 Euro) vorlagen. Dies zeigt, dass die Gefahr eines Leistungsmissbrauchs in dieser Kombination sehr gering ist. Daher erscheint eine Streichung der Regelung des § 52 Abs. 1 Nr. 5 SGB II sinnvoll.

## **2. Streichung des gesonderten Antragserfordernisses; Einführung des Globalantrags für Bildungs- und Teilhabeleistungen (§§ 28, 37 Abs. 1 S. 2 SGB II)**

Ein Vorschlag sieht die Streichung des gesonderten Antragserfordernisses und die Einführung eines globalen Antrags für die Bildungs- und Teilhabeleistungen vor.

Der DCV erachtet die Einführung eines Globalantrags für Bildungs- und Teilhabeleistungen für sinnvoll und hat sich deshalb bereits bei Einführung des Bildungs- und Teilhabepakets für diese Form der Beantragung eingesetzt. Nach aktueller Gesetzeslage müssen die Leistungen nach § 28 Abs. 2 und Abs. 4-7 SGB II gesondert beantragt werden. Das Antragserfordernis wirkt konstitutiv, d.h. für die Zeit vor der Antragstellung können keine Leistungen erbracht werden (§ 37 Abs. 2 S. 1 SGB II). Die gesonderte Beantragung der Leistungen nach § 28 Abs. 2 und Abs. 4-7 SGB II ist sowohl für die Hilfebedürftigen als auch für den Leistungsträger verwaltungsaufwändig. Bei kurzfristig anfallenden Bedarfen (z. B. kurzfristig anberaumten Schulausflug) ist es dem Jobcenter häufig nicht möglich, den Antrag des Hilfebedürftigen zügig genug zu bearbeiten. Das „Ansparen“ von Teilhabeleistungen ist erst ab dem Monat der Antragstellung möglich. Die Einführung eines „Globalantrages“ ist daher ein adäquates Mittel, um mögliche Ansprüche des Leistungsberechtigten zu sichern. Dabei werden zusammen mit dem Grundantrag auf laufende Leistungen auch Leistungen für Bildung und Teilhabe dem Grunde nach beantragt, ohne dass die Höhe und der Umfang fest stehen. Die Höhe und der Umfang können dann zu einem späteren Zeitpunkt konkretisiert werden und Leistungen rückwirkend gewährt werden. Wichtig ist, dass die Jobcenter darüber aufzuklären, dass eine Bewilligung der Leistungen erst bei Konkretisierung des Bedarfs möglich ist. Dies ist relevant für evtl. Untätigkeitsklagen, wenn der Leistungsträger Anträge ohne zureichenden Grund innerhalb von sechs Monaten nicht bescheidet (§ 88 SGG).

## **3. Verlängerung des Regelbewilligungszeitraums auf zwölf Monate, § 41 Abs. 1 S. 4 SGB II**

Die bisherige Regelbewilligungszeit im SGB II beträgt sechs Monate. Ausnahmsweise kann die Regelbewilligungszeit auf zwölf Monate erhöht werden. Der politische diskutierte Vorschlag sieht eine Umkehrung des bestehenden Regel-Ausnahme-Prinzips vor. Zukünftig soll der Regelbewilligungszeitraum grundsätzlich zwölf Monate betragen. Hierzu soll § 41 Abs. 1 S. 4 SGB II entsprechend geändert werden.

Der DCV begrüßt es, dass der Regelbewilligungszeitraum verlängert werden soll. In zahlreichen Fällen ergeben sich keine kurzfristigen Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse der Leistungsberechtigten, so dass ein erneuter Fortzahlungsantrag nach regelmäßig sechs Monaten sowohl für den Leistungsberechtigten als auch für den Träger der Grundsicherung einen erhöhten Verwaltungsaufwand bedeutet. Sofern leistungsrelevante Änderungen eintreten sind die Leistungsberechtigten ohnehin verpflichtet, diese unverzüglich mitzuteilen. Die neue Regelung ermöglicht es, Leistungen für Bildung und Teilhabe ebenfalls im jährlichen Rhythmus zu bewilligen. Insoweit besteht für die Leistungsberechtigten für das bewilligte Jahr Planungssicherheit.

Es muss jedoch von Seiten des Jobcenters sichergestellt werden, dass bei einer Bedarfsgemeinschaft, bei denen Personen erwerbstätig sind, das Einkommen so angerechnet wird, dass die Bedarfsgemeinschaft am Ende des Bewilligungszeitraums von zwölf Monaten nicht mit einer Forderung in erheblicher Höhe belastet wird. Gleichzeitig darf die vorläufige Einkommensanrechnung nicht zu hoch ausfallen. Dem Leistungsberechtigten müssen genügend Leistungen zur Existenzsicherung verbleiben. Das Jobcenter sollte verpflichtet werden, regelmäßig (etwa alle drei Monate) die vergangenen Monate zu überprüfen, damit etwaige Nachzahlungen zeitnah ausbezahlt werden oder bei höherem Einkommen die Leistungen entsprechend herabgesetzt werden können. Es sollte im Rahmen seiner Fürsorgepflicht darauf hinwirken, dass die Leistungsberechtigten ihre Lohnabrechnungen zeitnah einreichen, um spätere größere Rückforderungen oder auch längerfristige Unterzahlungen zu vermeiden.

## Bürokratieabbau im SGB XI

Seit Jahren setzt sich der Deutsche Caritasverband für den Abbau der Bürokratiepflichten in der Pflegedokumentation ein. Vorweg sei daher positiv angemerkt, dass die Bundesregierung mit dem Projekt „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“ einen Meilenstein der Entbürokratisierung in der Pflege auf den Weg gebracht hat. Der Deutsche Caritasverband und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege unterstützen dieses Projekt nachdrücklich und werden seine Umsetzung in den Einrichtungen und Diensten mit allen Kräften und großem Engagement vorantreiben.

Darüber hinaus unterbreiten wir die nachfolgenden Vorschläge zur Entbürokratisierung, die ebenfalls im Kontext mehrerer Gesetzgebungsverfahren bereits eingebracht, aber bisher noch nicht umgesetzt wurden.

### **1. Bürokratische Belastungen der Versicherten**

#### **1.1. Hohe Unübersichtlichkeit und Intransparenz des Leistungsgeschehens im SGB XI**

Das gegliederte Sozialsystem im Allgemeinen, aber auch der Leistungskatalog des SGB XI im Spezifischen führt für den Pflegebedürftigen zu einer großen Unübersichtlichkeit der Leistungen und ihrer Kombinationsmöglichkeiten: Beispiele sind die Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege,

Tagespflege und die niedrigschwellige Betreuungsleistungen. Diese Leistungen sollen die pflegenden Angehörigen entlasten. Das zum 1.1.2015 in Kraft tretende Pflegestärkungsgesetz hatte zwar zum Ziel, Leistungen zu flexibilisieren und stärker miteinander kombinierbar zu machen. Dies ist jedoch nur zum Teil gelungen. Als gelungenes Beispiel hierfür sei die Entkopplung der Tagespflege von den Leistungen zur häuslichen Pflege genannt. Die nachdrücklich zu begrüßende Tatsache, dass die Tagespflege zu einer eigenständigen Leistungsform wird, hat zur Folge, dass die Versicherten nicht mehr berechnen müssen, welche Leistungen ihnen nach Ausschöpfung der Leistungen zur häuslichen Pflege noch für die Tagespflege zur Verfügung stehen. Ein Beispiel für eine zu hohe Bürokratisierung führende Flexibilisierung ist hingegen die Neuregelung zur Kombinationsfähigkeit von Kurzzeit- und Verhinderungspflege: Während der Betrag für Verhinderungspflege bei nicht vollständig ausgeschöpfter Kurzzeitpflege für bis zu 6 Wochen zur Verfügung steht und sich um das bis zu 0,5fache erhöhen kann, steht – umgekehrt - der Betrag für Kurzzeitpflege bei nicht vollständig ausgeschöpfter Verhinderungspflege für bis zu 8 Wochen zur Verfügung und kann sich verdoppeln. Zudem wird das Pflegegeld sowohl bei der „verlängerten“ Verhinderungspflege als auch bei der „verlängerten“ Kurzzeitpflege keinesfalls für 6 bzw. 8 Wochen weitergezahlt, sondern nur für 4 Wochen. Es ist vorhersehbar, dass die Versicherten die Komplexität dieser Regelung nur schwer erfassen werden können, sodass die Inanspruchnahme der Flexibilisierungsmöglichkeit in Frage steht. Auch die Möglichkeit zur Umwidmung des Pflegesachleistungsbetrags nach § 36 SGB XI für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Höhe von 40 Prozent des Leistungsbetrags in der jeweiligen Pflegestufe wird beim Versicherten nicht zu mehr, sondern zu weniger Transparenz führen und insbesondere bei gleichzeitiger Inanspruchnahme des Pflegegeldes zu einem hohen bürokratischen Aufwand für den Betroffenen, aber auch für die Pflegekasse führen.

Die Betroffenen wissen heute oft schon nicht, welche Ansprüche sie haben und in welchem Umfang sie diese Leistungen abrufen können. Die neuen Kombinationsmöglichkeiten von Leistungen werden diese Intransparenz noch erhöhen. Beratung allein hilft oft nicht, sich in dieser Leistungsvielfalt (ambulant) zurecht zu finden. Daher hat die Caritas - und mit ihr zusammen die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege - im Gesetzgebungsverfahren zum 1. PSG gefordert, die Leistungen der Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege und den Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI zu einem sog. „Entlastungsbudget“ zusammenzufassen, das den Betroffenen als jährliches Gesamtbudget zur Verfügung steht und ganz flexibel in jedweder Kombination von Entlastungsleistungen abgerufen werden kann. Wir setzen uns dafür ein, dass der Gesetzgeber diesen Schritt im bevorstehenden Gesetzgebungsprozess des 2. Pflegestärkungsgesetzes geht.

## **1.2. Verschlinkung der Antragsverfahren auf Leistungen des SGB XI und SGB V**

### **a) MDK-Gutachten**

Das Gutachten des MDK ist dem Versicherten grundsätzlich automatisch mit dem Pflegeeinstufungsbescheid zu übersenden. Gegenwärtig ist geregelt, dass der Betroffene bei der Begutachtung bekunden muss, ob er das Gutachten erhalten möchte oder nicht.

### **b) Verordnungen der Häuslichen Krankenpflege**

Im Bereich der Häuslichen Krankenpflege stellt die Notwendigkeit von Folgeverordnungen bei chronischen Krankheitsverläufen ein großes Problem dar. Schon die Erstverordnung für die Häusliche Krankenpflege wird von den Krankenkassen nur für 14 Tage ausgestellt. Dies erfolgt auch bei Personen, bei denen klar erwartbar ist, dass sie einen dauerhaften und stabilen Krankheitsverlauf aufweisen, z.B. Menschen mit Harninkontinenz oder Diabetiker mit Insulintherapie. Daher ist in solchen Fällen die Begrenzung der Erstverordnung auf 14 Tage aufzuheben. Der Patient muss gegenwärtig nach 14 Tagen erneut zum Arzt (Potenzial zur Verringerung der Arztbesuche, insbesondere bei älteren Patienten), um sich die Folgeverordnung ausstellen zu lassen. Zur Entbürokratisierung soll die Verordnung bei Chronikern über einen längeren Zeitraum ausgestellt werden. Damit ließe sich der hohe bürokratische Aufwand für Folgeverordnungen, die von der Krankenkasse jeweils wieder genehmigt werden müssen, vermeiden. Die Aufhebung der Begrenzung der Erstverordnung hätte darüber hinaus die positive Nebenwirkung, dass die Patienten finanziell entlastet werden, denn sie müssen für jede neue Verordnung eine Verordnungsgebühr und eine Zuzahlung für die ersten 28 Tage der Leistungserbringung bezahlen.

Eine Folgeverordnung ist häufig auch im Bereich der Palliativpflege notwendig. Während der MDK Palliativpflege in der Regel für 1 Monat befürwortet, genehmigen die Krankenkassen die Leistung der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V in der Regel nur für 14 Tage. Danach muss eine erneute ärztliche Verordnung eingereicht werden, die wiederum genehmigungspflichtig ist. Die Krankenkassen sollen daher verpflichtet werden, ihre Genehmigungsfristen mit den Empfehlungen des MDK zu harmonisieren.

Bei der Verordnung der Häuslichen Krankenpflege schränken die Sachbearbeiter der Krankenkassen Verordnungen des Arztes mehr oder minder willkürlich ein (Streichung von Teilleistungen, Verkürzung). Zur Genehmigung - auch bei Folgeverordnungen - fordern sie Daten wie Farbfotos im Rahmen der Wunddokumentation oder Medikamentenpläne an, die laut Bundesdatenbeauftragten widerrechtlich sind. Dies belastet die Sozialstationen erheblich. Teilweise lassen sich die Ärzte für den Nachweis des Medikamentenplans von den Sozialstationen die Kosten erstatten, was zu weiteren finanziellen Belastungen führt. Nach Auffassung des Bundesdatenschutzbeauftragten sind diese Praktiken widerrechtlich. Die Krankenkassen können bei Zweifeln an der Richtigkeit einer ärztlichen Verordnung grundsätzlich nach § 275 SGB V dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen mit der Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme beim verordnenden Vertragsarzt beauftragen. Hier bedarf es nach Auffassung des Deutschen Caritasverbandes einer grundlegenden Klärung und Regelung sowohl unter datenschutzrechtlichen als auch unter genehmigungsrechtlichen Aspekten.

### **c) Vorläufige Pflegestufe nach Krankenhausaufenthalt**

Nach Krankenhausaufenthalt wird grundsätzlich nur eine vorläufige Pflegeeinstufung vorgenommen, die in der Regel der Pflegestufe 1 entspricht. Oft haben Pflegedürftige jedoch einen Hilfebedarf, welcher der Pflegestufe 2 entspricht. Dieser Hilfebedarf wird nicht ermittelt. Daher setzt sich der Deutsche Caritasverband seit Jahren dafür ein, dass bei der Erstbegutachtung im Krankenhaus eine konkrete Pflegestufe festgestellt wird. Diese kann nach § 33 SGB XI auch

befristet werden, sollte der MDK zu der Einschätzung kommen, dass ein höherer Pflegebedarf nur vorübergehend gegeben ist.

#### **d) Verhinderungspflege**

Hohe bürokratische Hürden bestehen auch bei der Inanspruchnahme von Verhinderungspflege: Hier wird die stundenweise Abrechnung von Verhinderungspflege von den Kassen häufig abgelehnt, obwohl die stundenweise Verhinderungspflege im Gesetz ausdrücklich vorgesehen ist.

## **2. Bürokratische Belastungen der Pflegeeinrichtungen**

### **2.1. Doppel- und Mehrfachprüfungen durch MDK und Heimaufsicht sowie weitere Prüfinstanzen vermeiden**

Gleiche Prüfinhalte werden von mehreren Prüfinstanzen (z.B. Brandschutz, Arbeitsschutz, Hygiene) teilweise sogar mit denselben Fragen geprüft, sodass es zu Doppel- und Mehrfachprüfungen kommt. Beispiele sind die Prüfung der räumlichen Voraussetzungen in stationären Pflegeeinrichtungen, die Prüfung des Fachkräfteanteils oder der Abgleich der Personaldaten und Dienstplänen der Einrichtung. § 117 SGB XI regelt die Zusammenarbeit zwischen MDK und Heimaufsicht. Hier sind jedoch Konkretisierungen zugunsten einer verbindlichen Kooperation und Koordination der Prüfinstanzen erforderlich. Diese sollen gesetzlich verpflichtet werden, z.B. durch Verwaltungsvereinbarungen verbindliche Festlegungen zur Vorgehensweise bei Prüfungen vorzunehmen.

### **2.2. Entbürokratisierung der Nachweis- und Dokumentationspflichten in Pflegesatzverhandlungen und Vergütungsregelungen**

#### **a) Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen**

Vereinbarungen über Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Abs. 5 SGB XI sind weitgehend Formelvereinbarungen ohne praktischen Wert. Sie müssen immer wieder erstellt und erschlossen werden. Die Inhalte sind ohnehin Gegenstand der Vergütungsverhandlung und bedürfen keiner gesonderten Dokumentation.

#### **b) Niedrigerstufung durch aktivierende Pflege**

§ 87a Abs. 4 SGB XI sieht vor, dass Pflegeeinrichtungen zusätzlich den Betrag von 1.536 € erhalten, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde. Die Pflegekassen verlangen genaue Nachweise darüber, welche Maßnahmen konkret zu der Rückstufung geführt haben. In der Gesetzesbegründung zu § 87a Abs. 4 SGB XI heißt es aber: "Hierbei wird unterstellt, dass die aktivierenden oder rehabilitativen Maßnahmen durch die Pflegekräfte der Einrichtung für die Herabstufung ursächlich sind, da ein konkreter Nachweis, dass die aktivierenden oder rehabilitativen Maßnahmen der entscheidende oder sogar der einzige Grund für die Herabsetzung der Pflegestufe ist, kaum möglich oder zumindest äußerst schwierig sein dürfte (BT-Drs. 16/7439)." Vor diesem Hintergrund wird eine Klarstellung im Gesetzestext im Sinne der Gesetzesbegründung angeregt, damit derartige, Bürokratieraufwand verursachende Nachweisverlangen von vorneherein ausgeschlossen sind.

**c) Zusätzliche Betreuungskräfte**

Bei den zusätzlichen Betreuungskräften nach § 87b SGB XI ist neben dem Vergütungsverfahren ein gesondertes Antrags- und Abrechnungsverfahren durchgeführt werden. Dieses führt zu eigenen Nachweis- und Dokumentationsanforderungen. Eine Integration in das Vergütungsverfahren wäre einfacher.

**d) Leistungsabrechnungen**

Die Krankenkassen fordern, dass die Leistungsabrechnung sowohl in elektronischer Form als auch noch zusätzlich über den Papierweg erfolgt. Dieser doppelte Nachweis ist abzuschaffen.

Freiburg/Berlin 7. Januar 2015

Deutscher Caritasverband

Prof. Dr. Georg Cremer

Generalsekretär

Kontakt

Dr. Elisabeth Fix, Referentin für Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik, DCV Berliner Büro DCV, Tel. 030284447-46, [elisabeth.fix@caritas.de](mailto:elisabeth.fix@caritas.de)

Dr. Birgit Fix, Referentin für Armuts- und Arbeitsmarktfragen, Berliner Büro DCV, Tel. 030 284447 78, [birgit.fix@caritas.de](mailto:birgit.fix@caritas.de)