

Langzeitpflege und Pflegeberuf

Wo und wie sich Österreich einen Vorsprung erarbeitet hat



Senioren- und Pflegehaus Schönbrunn der Caritas in Wien. Foto: picture alliance / Christian Müller

Cornelia Heintze

Die Pflege ist in der Krise. Unsere Autorin erläutert, was Deutschland sich politisch vom Nachbarland Österreich abschauen kann.

Seit Jahren verharrt das deutsche Pflegesystem, zumal das System der Langzeitpflege, in einer tiefgreifenden Krise. Die Symptome sind hinlänglich dokumentiert und analysiert. Sie reichen vom Fehlen einer nachhaltig am Bedarf ausgerichteten Finanzierung über Defizite bei der Prävention und Versorgungsqualität bis zu Personalengpässen und der verschleppten Aufwertung des Pflegeberufs. Untätigkeit ist der Politik schwerlich vorzuwerfen. Zu registrieren ist im Gegenteil eine hyperventilierende gesetzgeberische Tätigkeit. Diese ist aber nicht auf Problemlösung, sondern auf die Verwaltung der Krise gerichtet. Zu grundlegenden Reformen, die den Herausforderungen des demografischen Wandels und der Zunahme chronischer Erkrankungen Rechnung tragen, fehlt der Mut. Konsequenz: Das Missverhältnis zwischen Aufwand – gesetzgeberisch und bürokratisch – und dürfti-

gen Ergebnissen wird immer krasser. Mittlerweile ist ein Punkt erreicht, wo zentrale Versprechen der Pflegeversicherung – etwa das Versprechen, dass bei stationärer Versorgung die reinen Pflegekosten durch die Pflegeversicherung gedeckt werden – faktisch suspendiert sind.

Österreich teilt mit Deutschland die Gemeinsamkeit, dass die Alten- und Langzeitpflege primär private Aufgaben sind. Sie werden vom Staat mit gedeckelten Teilleistungen gefördert, deren Höhe sich an Pflegegraden (Deutschland) resp. Pflegestufen (Österreich) bemisst. Die Schaffung diesbezüglicher Rechtsansprüche erfolgte annähernd zeitgleich – in Österreich durch das Bundespflegegeldgesetz von 1993 (BGBl. I Nr. 110/ 1993), in Deutschland durch die Schaffung einer Pflegepflichtversicherung 1994/95. Drei Dekaden sind verstrichen. Zunächst waren die Unterschiede in der Pflegepolitik marginal, seit knapp zwei Dekaden jedoch gehen die Entwicklungspfade auseinander. Konträr zu Deutschland nahm Österreich einen Pfadwechsel in Richtung Stärkung der öffentlichen Ergebnis-

Verantwortung vor, was die Familien entlastet und der professionellen Pflege eine höhere Verantwortung zuweist. Ein Blick auf zentrale Facetten dieser Auseinanderentwicklung erscheint lohnend.

24-Stunden-Service: Seit 2007/09 rechtlich geregelt mit öffentlicher Förderung

Familienbasierte Systeme sind anfällig für die Entwicklung grauer Pflegemärkte. Hier engagieren Familien der Mittel- und Oberschicht über entsprechend spezialisierte Agenturen Betreuungspersonal – sogenannte LiveIns – aus vorrangig Osteuropa. Das Pflegegeld dient ihnen zur anteiligen Refinanzierung. Wirtschaftlich bietet dies Vorteile, denn eine reguläre Versorgung käme sowohl die Pflegeversicherung resp. den Fiskus wie auch die Pflegebedürftigen teurer. Das Pflegearrangement erfüllt somit die Funktion eines Ventils, für dessen Schattenseiten sich die Politik wenig interessiert. Diese Ignoranz steht aufgrund höchstrichterlicher Rechtsprechung nun unter Druck. Nach BAG-Urteil vom 24. Juni 2021 (5 AZR 505/20) nämlich haben LiveIns auch für Bereitschaftszeit Anspruch auf den gesetzlichen Mindestlohn. Für Familien, die LiveIns engagieren, kann das sehr teuer werden. Im Koalitionsvertrag vom 24. November 2021 der Ampel-Regierung heißt es nun: „Wir gestalten eine rechts-sichere Grundlage für die 24-Stunden-Betreuung im familiären Bereich“ (S.81). Ob und wie diese Ankündigung umgesetzt wird, ist offen.

Österreich zeigt, wie es gehen könnte. Bereits 2007/2009 wurde ein Rechtsrahmen für den 24-Stunden-Service geschaffen. Die Betreuung kann im Rahmen einer selbstständigen oder unselbstständigen Erwerbstätigkeit erfolgen. Beide Varianten werden öffentlich gefördert mit Kosten-

aufteilung im Verhältnis von 60:40 zwischen Bund und Ländern. (BGBl. I, Nr. 59/2009). Aktuell (seit 1. September 2023) beträgt die Förderung dort, wo die Betreuungskräfte abhängig beschäftigt sind, bis zu 1.600 Euro monatlich für zwei Betreuungskräfte und bis zu 800 Euro monatlich bei selbstständigen Betreuungskräften.

Die Förderung ist an vier Voraussetzungen gebunden: (1.) muss mindestens die Pflegestufe 3 vorliegen; (2.) darf das Netto-monatseinkommen der Pflegebedürftigen höchstens 2.500 Euro betragen; (3.) benötigt die LiveIn-Person mindestens eine Pflegehelfer-Qualifikation; (4.) muss regelmäßigen Hausbesuchen durch diplomierte Pflegekräfte zugestimmt werden. Trotz der Regulierung bleibt die Beschäftigung der LiveIns prekär. Es liegt nun aber eine anerkannte, statistisch erfasste Pflegeform vor, die durch die Fördervoraussetzungen und den Umstand, dass die Vermittlungs-agenturen zunehmend einem Prozess der Zertifizierung unterliegen, ein gewisses Maß an Qualitätssicherung bietet.

Pflegeheime: Hohe Eigenanteile contra abgeschafftem Pflegeregress

Im deutschen Pflegesystem sind die hohen Eigenanteile ein großes Problem. Die Antwort der Politik bleibt unbefriedigend. Für mehr als die Umsetzung eines hochbürokratischen Zuschussmodells reichte es bislang nicht. Das zum 1. Januar 2022 eingeführte Zuschussmodell bewirkt keine Absenkung der Eigenanteile auf ein leistbares Niveau, sondern bremst – ansteigend mit der Dauer des Heimaufenthaltes – weitere Anstiege lediglich ab. Die Daten des Verbandes der Ersatzkassen (VDEK) verdeutlichen dies. So stieg die monatliche Zahlung zu den Heimkosten im Zeitraum von 2017 bis 2023 um fast 50 Prozent von

1.691 Euro auf 2.411 Euro und ist – bezogen auf das erste Aufenthaltsjahr – bis zum 1. Juli 2024 im Bundesdurchschnitt auf 2.871 Euro angestiegen (entspricht einem Plus von 211 Euro gegenüber dem 1. Juli 2023).¹

„Bei der Aufwertung der Pflege gehören beide deutschsprachigen Länder international zu den Nachzüglern. Ernst-hafte Anstrengungen, den Rückstand aufzu-holen, lässt die deutsche Politik auch weiterhin vermissen.“

Anders Österreich: Langjährige Diskussionen mündeten hier in die Abschaffung des sogenannten Pflegeregresses. Erforderlich war dafür eine Verfassungsänderung, die Ende 2017 mit breiter Mehrheit beschlossen wurde. Seit dem 1. Januar 2018 gilt für Heimbewohner:innen nun Folgendes: Zur Kostendeckung herangezogen werden das Pflegegeld, die Pension und sonstige laufende Einkünfte. Für die verbleibenden Kosten tritt die Sozialhilfe ein. Den Heimbewohner:innen bleiben 20 Prozent der Pension und 10 Prozent des Pflegegeldes der Stufe 3 als Taschengeld; im Jahr 2023 waren dies im Minimum 268 Euro monatlich. Die Refinanzierung übernimmt der Pflegefonds des Bundes. Für das Startjahr 2018 wurden die Ausgaben auf 100



Still-, Pflege-, Trage- und Massagepuppe
Mit Liebe zum Detail

Renate's Puppenstube®

www.renates-puppenstube.de **Telefon +49(0) 2688 8003**
Renate's Puppenstube GmbH Demopuppen - Schulstraße 18 - 57627 Marzhausen

Mio. Euro kalkuliert, was bei weitem nicht ausreichte. Zur Verfügung gestellt (unverändert bis 2028) wird den Ländern nun ein Fixbetrag von p.a. 300 Mio. Euro, den sie an die Sozialhilfeträger weiterreichen müssen (BGBl.I vom 30. Dezember 2023).

Akademisierung der Pflege

Bei der Aufwertung der Pflege gehören beide deutschsprachigen Länder international zu den Nachzüglern. Ernsthafte Anstrengungen, den Rückstand aufzuholen, lässt die deutsche Politik auch weiterhin vermissen. Dagegen startete Österreich 2006 mit der sukzessiven Akademisierung aller nicht-ärztlichen Gesundheitsfachberufe. Den Anfang bildeten die Therapieberufe (Physiotherapie etc.), den Schluss die Pflegeberufe. Die Berufsbilder wurden in Richtung heutiger Anforderungen modernisiert und 2016 im Rahmen einer umfassenden Reform gebündelt. Angesiedelt bei Gesundheit Österreich, der im Jahr 2005 geschaffenen Public Health-Dachorganisation (BGBl. I Nr. 132/2006),² wurde dabei auch ein Gesundheitsberuferegister geschaffen (BGBl. I Nr. 87/2016). Seit dem 1. Januar 2018 ist die Berufsausübung an den Eintrag in diesem Register gebunden. Mit Stand vom 31. Dezember 2023 waren 179 300 Pflegekräfte registriert, darunter 111 566 diplomierte Pfleger:innen (GÖG 2024).

Gesetzliche Grundlage für die Akademisierung der Ausbildung der diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger:innen ist das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz von 2016 (GuKG – BGBl. I Nr. 108/1997 i. d. F. von 2016). Danach (§ 12) tragen die diplomierten Pflegekräfte die Verantwortung für die unmittelbare und mittelbare Pflege von Menschen in allen Altersstufen, Familien und Bevölkerungsgruppen in mobilen, ambulanten, teilstationären und

stationären Versorgungsformen. Auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse sollen sie zur Gesundheitsförderung, Unterstützung des Heilungsprozesses und zur Bewältigung gesundheitlicher Beeinträchtigungen beitragen. Sie entwickeln und implementieren dazu pflegerische Strategien und Konzepte. Für den Pflegeprozess tragen sie die Gesamtverantwortung. Bisher den Ärzt:innen vorbehaltene Kompetenzen wurden freilich nur situationsabhängig übertragen, etwa bei einem Notfall. Außerdem dürfen sie auf Basis einer ärztlichen Erstverordnung Folgeverordnungen vornehmen.

Seit 2024 findet die Ausbildung nur noch an Fachhochschulen statt. Reguläre Zugangsvoraussetzung ist die Matura (Abitur). Das sechssemestriges Pflege-Studium schließt mit dem Bachelor of Science in Health Studies (BSc). Aufbauend sind für elf unterschiedliche Einsatzfelder von der Kinder- und Jugendlichenpflege bis zur Palliativversorgung und der psychogeriatrischen Pflege Spezialisierungen möglich. Die Dauer bewegt sich zwischen einem (u.a. Krankenhaushygiene) und bis zu drei Semestern (u.a. psychogeriatrische Pflege, näheres siehe in Bundesgesundheitsministerium 2023, S. 122ff.). Auch besteht die Möglichkeit, weiterführende Master- und Doktoratsstudiengänge zu absolvieren.

An den Fachschulen werden seit 2024 nur noch Assistenzkräfte ausgebildet, dies in der Differenzierung nach Pflegefachassistenz und einfacher Pflegeassistenz. Erprobt wird daneben eine auf drei bis vier Jahre angesetzte Lehrausbildung mit Abschluss in Pflegeassistenz und Pflegefachassistenz. Hintergrund ist der akute Mangel an Pflegepersonal in den Krankenanstalten. Eigentlich sollte die Tätigkeit von Pflegeassistent:innen dort ab dem 1. Januar 2025 auslaufen. Wegen der personellen

Engpässe wurde die entsprechende gesetzliche Bestimmung (§ 117 Abs. 23 GuKG) jedoch wieder gestrichen. Pflegeassistenten dürfen weiterhin unbefristet in Krankenanstalten tätig sein.

Wegweiser Community Nursing

Die qualifikatorische Hochzoning schafft die Basis dafür, dass die Pflege ihre Potenziale besser zur Entfaltung bringen kann. Neben den auf Beratung und Qualitätssicherung gerichteten Hausbesuchen beim 24-Stunden-Service zeigt sich dies beim Community Nursing. In Trägerschaft der Kommunen und verteilt auf alle Bundesländer befinden sich von 2022 bis 2024 116 Pilotprojekte in der Umsetzung.

Ziel der von der EU finanzierten Projekte ist es, ungedeckten Bedarfen in der Bevölkerung zu begegnen und die Gesundheitskompetenz älterer Menschen so zu stärken, dass sie länger in der eigenen Häuslichkeit gut zurechtkommen. Community Nursing schlägt eine Brücke zwischen dem Gesundheits- und dem Sozialsystem. Ob nach Abschluss der Pilotphase eine Überführung in die Regelversorgung als dann neue Säule der Versorgungslandschaft erfolgt, ist offen. Die Entscheidung dürfte wesentlich vom Ausgang derzeitigen Ringens um eine nachhaltige Finanzierung und Gesamtsteuerung der Langzeitpflege abhängen. ■

Literatur und Fußnoten zum Text finden Sie unter www.mabuse-verlag.de

Dr. Cornelia Heintze

ist freiberufliche Publizistin im Bereich Bildung, Gesundheit und Pflege.
www.dr-heintze-beratung.de
Dr.Cornelia.Heintze@t-online.de



Reprint *Dr. med. Mabuse* 1–10

Die längst vergriffenen legendären ersten zehn Hefte in einem Band.

Limitierte Auflage!

310 Seiten, 25 Euro, Bestellnr. 01583

www.mabuse-buchversand.de