

Erarbeitung eines Handlungskonzeptes im Rahmen des INTERREG-Kleinprojektes evs45 „Grenzenlos pflegen und betreuen“

Projektlaufzeit: 31.03.2020 – 30.06.2022

Auftraggeber:

Leadpartner

Gemeinde Balderschwang
Dorf 16
D-87538 Balderschwang

und

Projektpartner

Gemeinde Hittisau
Platz 370
A-6952 Hittisau

Externer Dienstleister:

Hochschule für angewandte Wissenschaften Kempten
Fakultät Soziales und Gesundheit
Bahnhofstraße 61
87435 Kempten
E-Mail: jgg@hs-kempten.de
Web: www.hs-kempten.de/jgg



Handlungskonzept

Grenzenlos pflegen und betreuen

Dezember, 2021

Eine Studie des Instituts für Gesundheit und Generationen im Auftrag der
Gemeinden Balderschwang und Hittisau

Verfasser: Lisa Fischer, Eva Konrad, Prof. Dr. Claus Loos, Prof. Dr. Philipp Prestel, Prof. Dr.
Johannes Zacher

Institut für Gesundheit und Generationen (IGG)

Hochschule für angewandte Wissenschaften Kempten
Fakultät Soziales und Gesundheit

Bahnhofstraße 61

87435 Kempten

igg@hs-kempten.de

<https://www.hs-kempten.de/igg>

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildungsverzeichnis..... | 3 |
| Abkürzungsverzeichnis..... | 3 |
| 1 Kurzzusammenfassung..... | 4 |
| 2 Aufgabenstellung | 5 |
| 3 Situation der Gemeinde Balderschwang..... | 7 |
| 3.1 Topographische und kulturelle Gegebenheiten..... | 7 |
| 3.2 Status Quo der ambulanten pflegerischen Versorgung..... | 8 |
| 3.3 Bedarfe in der pflegerischen Versorgung..... | 10 |
| 4 Betrachtung deutscher Grenzregionen..... | 11 |
| 4.1 Erfahrungen und Erkenntnisse aus anderen Grenzregionen in Deutschland | 11 |
| 4.2 Fokussierter Blick auf die Grenzregionen im Allgäu | 14 |
| 5 Pflege in Deutschland und Österreich im Vergleich..... | 16 |
| 5.1 Finanzierung der Pflegesysteme..... | 16 |
| 5.2 Strukturierung der ambulanten Versorgung in den Bundesländern Bayern und Vorarlberg..... | 17 |
| 5.3 Ausbildung, Kompetenzen, Rechte und Pflichten von Pflegekräften | 19 |
| 5.4 Qualitätssicherungsverfahren | 21 |
| 6 Denkbare Lösungswege..... | 23 |
| 6.1 Inanspruchnahme von Pflegegeld bei Verzicht auf Pflegesachleistungen..... | 23 |
| 6.2 Aufstockung des Pflegegeldes aus kommunalen Haushaltsmitteln..... | 24 |
| 6.3 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen..... | 25 |
| 6.4 Gründung eines ambulanten Pflegedienstes oder Eröffnung einer Filiale in Balderschwang | 26 |
| 6.5 Höhere Wegezeiterstattung für Oberallgäuer Pflegedienste | 27 |
| 6.6 Zulassung des Sozialsprengels Vorderwald zur Pflege in Deutschland | 28 |
| 6.7 Befristeter Modellversuch zur Leistungserbringung durch den Sozialsprengel Vorderwald | 28 |
| 6.8 Musterprozess gegen die Pflegekassen | 30 |
| 6.9 Mitgliedschaft Balderschwangs im Krankenpflegeverein Hittisau und im Sozialsprengel Vorderwald | 31 |
| 6.10 Kooperationsvertrag zwischen einem in Deutschland zugelassenen Pflegedienst und dem Pflegedienst des Sozialsprengels Vorderwald (Vorarlberg)..... | 32 |
| 7 Umsetzung des favorisierten Lösungsweges..... | 33 |
| 8 Zusammenfassung und Ausblick..... | 35 |
| Literaturverzeichnis | 37 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildung 1: Übersicht zur Höhe des Pflegegelds in Deutschland und Österreich in 2021 ... | 16 |
| Abbildung 2: Bildungspyramide der Pflegeberufe in Österreich | 20 |
| Abbildung 3: Bildungspyramide der Pflegeberufe in Deutschland..... | 21 |
| Abbildung 4: Differenzbetrag und prozentuales Verhältnis von Pflegesachleistungen und Pflegegeld | 24 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|----------|---|
| ASB | Arbeiter-Samariter-Bund |
| AUA | Angebote zur Unterstützung im Alltag |
| AVSG | Verordnung zur Ausführung der Sozialgesetze |
| BPGG | Bundespflegegeldgesetz |
| GmbH | Gesellschaft mit beschränkter Haftung |
| GuKG | Gesundheits- und Krankenpflegegesetz |
| GuKP | Gesundheits- und Krankenpflege |
| IGG | Institut für Gesundheit und Generationen |
| INTERREG | Europäische territoriale Zusammenarbeit |
| MD | Medizinischer Dienst |
| MDK | Medizinischer Dienst der Krankenversicherung |
| MOHI | Mobile/r Hilfsdienst/e |
| OECD | Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung / Organisation for Economic Co-operation and Development |
| SGB | Sozialgesetzbuch |
| SPV | Sozialsprenkel Vorderwald |

1 Kurzzusammenfassung

Die pflegerische Versorgung, insbesondere die allgegenwärtige Problematik des Pflegepersonalmangels und des demographischen Wandels, wurde im Bundestagswahlkampf sowie den anschließenden Koalitionsgesprächen im Jahr 2021 nahezu ausgespart. Eine im Herbst desselben Jahres veröffentlichte Monitoring-Studie der Vereinigung der Pflegenden in Bayern zeigt jedoch, dass allerspätestens jetzt der Moment für konkrete politische Handlungen im Bereich der Alten- und Krankenpflege gekommen ist. Die sehr kleine, inmitten der Allgäuer Alpen gelegene Gemeinde Balderschwang hat diesen Handlungszeitpunkt erkannt und möchte ihre Bürgerinnen¹ und Bürger vor allem im häuslichen Umfeld professionell gut versorgt wissen. Dieser Umstand gestaltet sich aufgrund einer für das deutsche ambulante Pflegesystem herausfordernden topographischen Besonderheit bereits seit mehreren Jahren schwierig.

In diesem Zusammenhang wurde das Institut für Gesundheit und Generationen (IGG) an der Hochschule Kempten damit beauftragt, im Rahmen eines INTERREG-Projekts die Handlungsmöglichkeiten für eine deutsch-österreichisch grenzüberschreitende Versorgung von Menschen mit Pflegebedarfen in den Gemeinden Balderschwang und Hittisau zu eruieren. Die Erbringung von Pflegeleistungen soll im konkreten Fall durch den Sozialsprengel Vorderwald (SPV) mit Hauptsitz in Langenegg erfolgen.

Hierfür wurden rechtliche Rahmenbedingungen in beiden Regionen geklärt, Gespräche mit Expert*innen geführt und Vergleiche mit anderen Grenzregionen vorgenommen. In zwei partizipativen Workshops wurden die Wünsche und Bedarfe der Gemeindevertreter*innen erhoben und konkrete Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der professionellen häuslichen Pflegesituation erarbeitet. Aus den umfangreichen Recherchen und Gesprächen ergab sich das Bild einer unklaren Rechtslage in der grenzübergreifenden europäischen Zusammenarbeit in der pflegerischen Versorgung. Die durch das IGG durchdachten Handlungsempfehlungen reichen von einem rechtlich unbedenklichen, jedoch finanziell benachteiligten Vorgehen hin zu einer rechtlichen Klarstellung durch ein Gerichtsverfahren. Im Zentrum der Überlegungen steht der Abschluss eines befristeten Modellversuchs, bei dem die Leistungserbringung und Abrechnung von pflegerischen Leistungen in Balderschwang durch den SPV als Pflegedienstleister unter Verzicht auf das übliche Zulassungs-, Kontroll- und Abrechnungssystem eingeräumt wird.

¹ In der vorliegenden Arbeit sind alle personenbezogenen Bezeichnungen nach Möglichkeit gendersensibel oder geschlechtsneutral formuliert. Es werden zu jeder Zeit alle Geschlechter vollumfänglich und gleichberechtigt mit eingeschlossen.

2 Aufgabenstellung

Trotz einer zunehmenden Europäisierung in den vergangenen drei Jahrzehnten ist eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit zwischen einzelnen europäischen Staaten in den Bereichen Gesundheit und Pflege nur rudimentär entwickelt. Unterschiedliche nationale Gesundheits- und Pflegesysteme mit divergierenden Finanzierungs- und Abrechnungsbedingungen erschweren eine gelingende Kooperation. Gerade in Grenzregionen kann eine mangelnde Zusammenarbeit etwa bei medizinischen Notfallsituationen, spezialisierten Gesundheitsbedarfe oder der pflegerischen Versorgung jedoch zu erheblichen Herausforderungen führen (vgl. Delecasse u. a. 2017).

Der Aspekt der pflegerischen Versorgung betrifft die ganz im Süden Deutschlands, inmitten der Allgäuer Alpen gelegene Gemeinde Balderschwang. In den vergangenen 50 Jahren ist die Bevölkerung der kleinen Gemeinde auf rund 360 Bewohner*innen angestiegen (vgl. LfStat 2020, S. 6). Balderschwang ist von der deutschen Seite lediglich über den Riedbergpass zugänglich. Dieser ist vor allem in den Wintermonaten mitunter erschwert befahrbar. Dagegen ist die Erreichbarkeit aus Österreich – die Distanz zur Vorarlberger Gemeinde Hittisau beträgt nur knapp 12 Kilometer, ohne dass ein Pass zu überwinden wäre – leicht möglich und stets gewährleistet. Die nächstliegende größere deutsche Kommune ist die 25 Kilometer entfernte Stadt Sonthofen. Für ambulante Pflegedienste aus Sonthofen lohnt sich die Fahrt zur Versorgung der Balderschwanger Bürger*innen finanziell sowie ressourcentechnisch kaum bzw. ist mit erheblichen Hürden verbunden. Eine professionelle Unterstützung von pflegebedürftigen Personen im häuslichen Umfeld im kleinen Ort Balderschwang von deutscher Seite aus ist derzeit kaum zu gewährleisten. Eine formell geregelte Inanspruchnahme von ambulanten pflegerischen Leistungen von seitens österreichischer Pflegedienste ist bis dato aufgrund der bereits genannten Inkompatibilität der Gesundheits- und Pflegesysteme nicht möglich.

Ziel des durch das IGG vorgelegte Handlungskonzeptes ist die Erarbeitung von Möglichkeiten, ob bzw. wie eine grenzübergreifende Pflegeversorgung zwischen Österreich und Deutschland gelingen kann. Hierfür werden in Kapitel drei die seitens der Balderschwanger und Hittisauer Projektgruppen-Vertreter*innen wahrgenommene Verflechtung und bestehende Vernetzung zwischen den beiden Ländern näher dargelegt. Im vierten Kapitel werden andere Grenzregionen Deutschlands mit vergleichbaren Herausforderungen betrachtet. Hierbei werden etwaige Erfahrungen und Lösungsansätze der betrachteten Gebiete herausgefiltert und illustriert. Es folgt in Kapitel fünf eine Darstellung der Pflegesysteme in Deutschland und Österreich, um bestehende Parallelen sowie Unterschiede herauszuarbeiten. Verglichen werden unter anderem die Pflegefinanzierung, Pflegeleistungen, Pflegebedarfe sowie die nationalen Ausbildungsformalia und Kompetenzen von Pflegefachkräften. Auf Basis der im Vorangehenden generierten Erkenntnisse werden in Kapitel sechs vielfältige Lösungsansätze für eine ambulante

pflegerische Versorgung in Balderschwang skizziert und diskutiert. Sodann wird im siebten Kapitel der favorisierte und praktikabelste Lösungsansatz mit einer möglichen Überführung in die Praxis näher dargelegt und schließlich in Kapitel acht in einem Ausblick auf mögliche Chancen und Herausforderungen hingewiesen.

3 Situation der Gemeinde Balderschwang

Jede sozialräumliche Problemlösung über Gemeindegrenzen hinweg bedarf der Auslotung der soziokulturellen Basis. Umso mehr muss im vorliegenden Fall die Überschreitung einer Landesgrenze hinterfragt werden, um eine plausible sowie tragfähige Zusammenarbeit in Erwägung zu ziehen. Daher wurde in einem ersten Workshop des Projektes „Grenzenlos Pflegen und Betreuen“ mit Vertreter*innen der Gemeinden Balderschwang und Hittisau unter anderem Informationen zur Verbundenheit und Vernetzung beider Gemeinden eingeholt.

3.1 Topographische und kulturelle Gegebenheiten

Balderschwang ist historisch begründet auf das Engste mit Hittisau verbunden. Das Alpdorf am Fuße der Nagelfluhkette war ursprünglich die Sommerweide der bäuerlichen Betriebe aus Hittisau. Um das Jahr 1300 zogen erstmalig Landwirte aus dem angrenzenden Bregenzerwald nach Balderschwang zur Bewirtschaftung der dortigen Felder in der warmen Jahreszeit. Erst rund 400 Jahre später erfolgte eine ganzjährige Bewohnung des heutigen Gemeindegebietes Balderschwang. Der Ort gehörte bis 1805 ausschließlich zu Hittisau und mit diesem zu Österreich. Mit Vorarlberg war die Region in napoleonischer Zeit bis 1814 Teil des Königreich Bayern. Lediglich Jagdsteige führten bis dato von der bayerischen Seite übers Gebirge in die Gegend. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts kehrte Vorarlberg zu Österreich zurück, wohingegen lediglich Balderschwang als historische Kuriosität bayerisches Staatsgebiet blieb. Die Ortschaft ist erst seit dem Jahr 1961 von deutschem Staatsgebiet aus mit Fahrzeugen über den Riedbergpass zu erreichen. Vorher war eine Erreichbarkeit per Auto nur über Österreich und Hittisau möglich. Der Riedbergpass stellt als höchste befahrbare Passstraße Deutschlands eine extreme topografische Besonderheit im deutschen Alpenraum dar. Auf einer kurvigen Bergstraße gilt es 670 Höhenmeter zu absolvieren. Der Pass ist im Winter oft nur mit Schneeketten befahrbar, an manchen Tagen sogar ganz für die Durchfahrt gesperrt. Zudem behindert die starke touristische Nutzung der Straße durch Wanderbegeisterte, Fahrradfahrende und Skitourist*innen (Skilifte am Riedbergerhorn und in Balderschwang) ein zügiges Durchkommen. Diese Faktoren gilt es neben dem Entfernungsunterschied von 12 Kilometern nach Hittisau gegenüber 25 Kilometern zur nächstgelegenen deutschen Sozialstation in Sonthofen einzubeziehen (vgl. Ludewig 1981, S. 7ff).

Entsprechend der historischen Entwicklungen in den vergangenen Jahrhunderten, bestehen bis heute enge familiäre Bande zwischen den beiden Ortschaften, die weit über den praktischen Grund der deutlich kürzeren Verkehrsanbindung hinausgehen. Laut den Akteur*innen der Gemeinden sind viele Familien in beiden Orten verwurzelt oder zumindest verwandtschaftlich verbunden und besitzen dort Häuser, Grundstücke und landwirtschaftliche Flächen.

Die genannten Faktoren begünstigten eine Orientierung der Balderschwanger Bürger*innen nach Österreich bei Versorgungsangelegenheiten des alltäglichen Lebens. Laut Aussagen während des Workshops spielen dabei die familiären Wurzeln eine zentrale Rolle. Oftmals werden Erledigungen des täglichen Bedarfs mit der Begegnung mit Familienangehörigen verbunden. Diese Anbindung an die Verwandten im Vorderwald findet ihren Niederschlag zum Beispiel darin, dass Kindergarten, Schulbesuch, Ausbildung und Arbeit selbstverständlich und oft im benachbarten Österreich gewählt werden. Die Bewältigung bürokratische Hürden wird in Kauf genommen, um die unglückliche topographische Grenzziehung zugunsten der selbstverständlichen gewachsenen Beziehungen zu überwinden. Darüber hinaus bilden die beiden Gemeinden in den Bereichen Sport, Brauchtumspflege und Vereinswesen eine selbstverständliche Einheit. Hinzu kommt die Zusammenarbeit auf den Gebieten von Katastrophenschutz, des Rettungsdienstwesens und Tourismus. Der großen Verbundenheit steht nicht entgegen, dass Bewohner*innen aus Balderschwang - ebenso wie aus Hittisau - deutliche monetäre oder praktische Vorteile in Deutschland nutzen. So werden gelegentlich Einkaufsmöglichkeiten, Freizeiteinrichtungen oder medizinische Versorgungsleistungen im bayerischen Allgäu wahrgenommen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die hier zur Diskussion stehende grenzüberschreitenden pflegerischen Versorgungslösungen keine von deutscher Seite aus aufgewungenen Notlösungen darstellen, sondern an historisch gewachsene Wurzeln anknüpfen würde. Auf vielfältige Weise würde eine fundierte Kooperation der gelebten Verbundenheit der Bevölkerung, der Kultur und der Verwaltungen der beiden Gemeinden Balderschwang und Hittisau entsprechen. Somit ist eine Basis für Verlässlichkeit, Seriosität und breite Verankerung gegeben, insofern die Bevölkerung von Balderschwang in die Angebote der pflegerischen Versorgung des SPV und der Gemeinde Hittisau integriert werden kann.

3.2 Status Quo der ambulanten pflegerischen Versorgung

Zur Überprüfung der Tätigkeitsbereitschaft von deutschen ambulanten Pflegediensten in Balderschwang, wurden insgesamt sechs Gespräche mit Vertreter*innen von Pflegediensten aus Sonthofen, Immenstadt und Oberstdorf geführt. Hierunter befanden sich sowohl Pflegedienste mit privater als auch sozialer Trägerschaft. In den Gesprächsverläufen wurde übereinstimmend bestätigt, dass ein bestehender Bedarf an ambulanten Pflegefachleistungen durch pflegebedürftige Menschen bzw. deren Angehörigen aus Balderschwang wahrgenommen wird. Die eingehenden Anfragen durch diese Personengruppen müssten jedoch durchweg abgelehnt werden. Ausschlaggebend hierfür sei primär der erhebliche Zeitaufwand für die verhältnismäßig lange Autofahrt nach Balderschwang. Balderschwang ist zufolge der Routenplaner über den Riedbergpass bei guten Wetterbedingungen von Oberstdorf und Sonthofen in jeweils

40 Minuten sowie von Immenstadt in 43 Minuten zu erreichen. Die Angaben der digitalen Routenberechnung entsprechen jedoch nicht den realen Gegebenheiten, wie in Kapitel 3.1 verdeutlicht. Ferner bestätigte ein Gros der kontaktierten Pflegedienste einen akuten Personal-mangel. Dies deckt sich mit den Resultaten einer aktuellen Monitoring-Studie zum Pflegeper-sonalbedarf in Bayern. Demnach kamen im Regierungsbezirk Schwaben im Dezember 2020 auf eine arbeitslos gemeldete Altenpflegefachkraft 5,3 offen gemeldete Arbeitsstellen (vgl. Is-fort/Klie 2021, S.2). In dieser Situation ist es angesichts der beschränkten Personalressourcen für die deutschen Pflegedienste nicht leistbar, für eine verhältnismäßig kleine Zahl an pflege-bedürftigen Personen (durchschnittlich zwei Fälle pro Jahr) deutlich über eine Stunde Fahrzeit auf sich zu nehmen. Ein kleiner Teil der befragten Pflegedienstleister benannte zudem die fehlende finanzielle Rentabilität als Ausschlusskriterium. Die außergewöhnlich lange Fahrzeit würden deutsche Kranken- und Pflegekassen nicht erstatten. Wie in Kapitel sechs unter den möglichen Lösungsansätzen näher dargelegt wird, ist diese Möglichkeit neuerdings im Elften Sozialgesetzbuch gem. § 89 Abs. 3 S. 3 SGB XI theoretisch verankert. Praktisch wird diese jedoch bisher kaum um-, geschweige denn durchgesetzt. Laut der befragten Pflegedienste ist Balderschwang am stärksten von der Erreichbarkeitsproblematik betroffen. Sie tangiert dane-ben auch pflegebedürftige Personen aus anderen Dörfern im Allgäu. Hierzu zählen etwa die zu Immenstadt gehörenden Ortschaften Diepolz und Knottenried.

Im Laufe der Jahre haben sich laut Aussage der befragten Allgäuer Pflegedienste die Anfragen aus Balderschwang hinsichtlich ambulanter Pflegedienstleistungen verringert. Den meisten Bürger*innen ist die Problematik sowie die unveränderlichen, fortwährend ablehnenden Rück-meldungen der Pflegedienste zwischenzeitlich bekannt. Lediglich in einem Gespräch sagte ein Pflegedienst explizit aus, dass die finanzielle Wirtschaftlichkeit nicht das ausschlagge-bende Argument für eine Nichtversorgung der Patient*innen sei. Die begrenzten personellen und die hieraus resultierenden zeitlichen Ressourcen ermöglichen keine Abdeckung der am-bulanten Pflegeleistungen in abgelegenen Berggemeinden. In den vergangenen Jahren wurde das ambulante Pflegevakuum zum Teil durch Präsenzkräfte aus Osteuropa (im Allgemeinjar-gon „24-Std.-Betreuungskräfte“) sowie eine örtliche Krankenpflegerin gefüllt. Diese hatte im Rahmen des Ehrenamtes unentgeltlich kurzfristige Spitzen und Ausfälle in der Familienpflege abgedeckt.

Aktuell begegnet die Gemeinde Balderschwang dem fehlenden pflegerischen Angebot auf deutscher Seite mit Notbehelfen. Pro Jahr müssen im Durchschnitt zwei ambulante Patient*in-nen versorgt werden. Das Pflegevakuum wurde in den vergangenen Jahren neben den soeben genannten zwei Alternativen laut der beteiligten Personen vermehrt durch den Sozi-alsprengel Vorderwald ausgefüllt. Der SPV versteht sich als „soziale Kompetenzstelle in der Region“ Vorderwald im österreichischen Bundesland Vorarlberg (Gemeinde Hittisau o. J.). Aus

den Statuten des SPV geht als Vereinszweck die Mitwirkung an einer Optimierung der sozialen Gegebenheiten, die Organisation von sozialen Angeboten sowie die Förderung der Interaktion im Sozial- und Gesundheitswesen hervor. Unter dem Dach des SPV sind die Gemeinden Hittisau, Lingenau, Langenegg, Krumbach, Sibratsgöll, Riefensberg, Doren, Sulzberg und Langen vereint (vgl. SPV 2019, S. 1). Die Erbringung von ambulanten Pflegefachleistungen in der Gemeinde Balderschwang wurde seitens des SPV bisher zum Vollkostensatz erbracht. Dieser Vollkostensatz inkl. Fahrtkosten wurden den pflegebedürftigen Personen in Rechnung gestellt. Nach vorheriger Abstimmung mit der Pflegekasse in Deutschland hatten die Bürger*innen die Möglichkeit, die Rechnungen bis zum deutschen Sachleistungsbetrag erstatten zu lassen. Konkret Probleme bestehen bei der Beschaffung und Abrechnung von medizinisch-pflegerischen Materialien. Für österreichische Bürger*innen werden die Kosten für das in der häuslichen Pflege benötigte medizinische Material vom jeweiligen Bundesland getragen. Bislang werden die Materialien eigenständig durch die Balderschwanger Pflegebedürftigen über das deutsche Hausarztsystem per Attest beschafft. Seitens der österreichischen Haftpflichtversicherung des SPV konnte bislang für die wenigen Einzelfälle pro Jahr ein Einverständnis für deren Versorgung eingeholt werden.

3.3 Bedarfe in der pflegerischen Versorgung

Wie die Schilderung des Status Quo der ambulanten pflegerischen Versorgung in Balderschwang verdeutlicht, existieren erhebliche Herausforderungen in diesem Bereich. Diese münden in konkrete Bedarfe, für welche eine ambulante pflegerische Versorgung durch den SPV in Balderschwang benötigt wird. In erster Linie wurde der Wunsch formuliert, eine Reduzierung bzw. Vereinfachung des Verwaltungsaufwands bei der Dokumentation und Leistungsabrechnung zu erzielen. Auf lange Sicht erscheint eine fixierte Lösung mit der österreichischen Haftpflichtversicherung des SPV erstrebenswert. Ferner würde es für die Bürger*innen eine Entlastung darstellen, bestehende Rechtsgrundlagen aus den Sozialgesetzbüchern konkret zu benennen sowie Ansprechpartner*innen und Kontaktstellen bei den relevanten Akteur*innen bekannt zu machen. Wünschenswert erscheint in diesem Zusammenhang eine Schritt-für-Schritt-Anleitung. Diese sollte die konkreten Handlungsschritte bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit im Gemeindegebiet Balderschwang zum Gegenstand haben. Somit wäre primäres Ziel die Etablierung einer Standardlösung anstatt der bisherigen Einzelfalllösungen.

4 Betrachtung deutscher Grenzregionen

Das nachfolgende Kapitel befasst sich mit den grundsätzlichen Herausforderungen der grenzüberschreitenden Gesundheits- und Pflegeversorgung innerhalb Europas. Insbesondere wird der Blick auf Deutschland und die dort vorzufindenden Grenzlagen gerichtet.

Die Ermöglichung von grenzüberschreitendem Austausch ist eine zentrale Errungenschaft der Europäischen Union. Dabei geht es nicht nur um den freien Austausch von Waren, Dienstleistungen und Personen. Im Rahmen des seit über 25 Jahren bestehenden Programms der europäischen territorialen Zusammenarbeit (INTERREG) werden etwa konkrete lokale bzw. regionale Projekte in Grenzregionen gefördert. Die Themen der Projekte erstrecken sich von Wirtschaft, Arbeit und Mobilität bis zur Gesundheitsversorgung. Obwohl der Erhalt der öffentlichen Gesundheit als Kernkompetenz der Nationalstaaten gilt, wurde im Rahmen einzelner europäischer Verträge eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbericht erleichtert. Im Jahr 2011 wurde beispielsweise die Richtlinie 2011/24/EU (Patientenmobilitätsrichtlinie) erlassen, welche die Erstattung von nicht im eigenen Land erbrachten Gesundheitsleistungen ermöglicht. Auch für Menschen mit Wohnsitz in dem einem und Arbeitsplatz in einem anderen europäischen Land, gibt es diverse Möglichkeiten, gesundheitliche Leistungen in beiden Ländern in Anspruch zu nehmen (vgl. Delecasse u. a. 2017).

4.1 Erfahrungen und Erkenntnisse aus anderen Grenzregionen in Deutschland

Zwischen europäischen Grenzregionen gibt es zwar bereits punktuell eine adäquate Kooperation im Bereich der Gesundheitsversorgung, diese gilt es jedoch abzugrenzen von der pflegerischen Versorgung. Einige Beispiele aus dem Gesundheitssektor werden im Folgenden erläutert.

Das Projekt TRISAN fördert die Zusammenarbeit von Deutschland, Frankreich und der Schweiz in der sogenannten Oberrheinregion. Dieses Gebiet zeichnet sich neben der eher dichten Besiedlung durch seine große Anzahl an Grenzgänger*innen aus. Dem Miteinander über die Ländergrenzen hinweg kommt daher eine besonders große Bedeutung zu. Bereits vor dem TRISAN-Projekt gab es dort einige Bemühungen zur Verbesserung der Kooperation im Bereich Gesundheits- und Notfallversorgung. Um die Durchführung einzelner Projekte zu erleichtern, wurde Mitte 2016 TRISAN ins Leben gerufen. Hierdurch entstand ein Zentrum, welches unter anderem auf verbesserte Kooperation im Gesundheitssektor und die Weitergabe von Kenntnissen zur grenzübergreifenden Gesundheitsversorgung abzielt.

Die Organisation von TRISAN obliegt den Verwaltungsträgern im Gesundheitssektor der drei Länder. Das Zentrum beschäftigt sich konkret mit der Erarbeitung einer Strategie für eine Zusammenarbeit der beteiligten Länder im Bereich Gesundheit. Die Mitarbeiter*innen erheben unter anderem Studien zu dieser Thematik, bringen die Akteur*innen ins Gespräch und beraten diese bei der Vorbereitung eigener grenzübergreifender Projekte. Auch Projekte zur Mobilität von Patient*innen, Infektionsschutz und Gesundheitsförderung werden vom Kompetenzzentrum mit Sitz in Kehl verantwortet (vgl. TRISAN o. J. a). Bereits fertiggestellt sind Arbeiten zur Verbesserung der Zusammenarbeit der Verwaltung und Leistungserbringer, zur Organisation des Rettungswesens in deutschen Grenzregionen sowie ein Aktionsprotokoll zur Behebung von Problemen im Krankenversicherungsbereich bei grenzübergreifender medizinischer Versorgung (vgl. TRISAN o. J. b). Hauptproblem sind die erheblichen Differenzen der Gesundheitssysteme der beteiligten Länder. Um die Zusammenarbeit dennoch erfolgreich zu bestreiten, sind laut den Erkenntnissen aus TRISAN einige Grundsätze zu beachten. Diese setzen sich vor allem aus Gemeinschaft, Einsatzbereitschaft und guter Kommunikation zusammen. Letztere ist vor allem wichtig, wenn es um die einzelnen Akteur*innen des grenzüberschreitenden Projekts geht (vgl. Delecousse u. a. 2017).

Auch zwischen Polen und Deutschland besteht ein Projekt zur grenzübergreifenden Kooperation, das im Themenbereich der Telemedizin angesiedelt ist. In der Pomerania-Region herrscht neben einer eher geringen Einwohnerdichte eine geringe Quantität der medizinischen Versorgung in beiden Ländern. Hinzu kommen die zunehmenden Auswirkungen des demographischen Wandels. Für eine große Anzahl älterer und multimorbider Patient*innen, stehen nur wenige Ärzt*innen zur Verfügung. Viele bevorzugen eine ärztliche Tätigkeit in städtischen Regionen. Folglich müssen die Patient*innen lange Wegstrecken auf sich nehmen, um eine medizinische Versorgung zu erhalten. Negative Konsequenzen kann die medizinische Unterversorgung insbesondere beim Auftritt akuter Beschwerden, beispielsweise einem Schlaganfall, haben. Aus diesen Gründen wurde es ab 2001 für notwendig erachtet, die Strukturen im Bereich der Telemedizin auszubauen. Im darauffolgenden Jahr wurde erstmals eine gemeinsame Telemedizinstruktur von Polen und Deutschland geschaffen und im Laufe der Jahre um weitere Einrichtungen und Fachbereiche ergänzt. Neben der Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung in Pomerania kam es zu einer Senkung der Transportkosten von Patient*innen und Proben. Als besonders herausfordernd stellten sich mitunter Skepsis seitens des Personals, kulturelle Differenzen sowie Probleme bei der Kostenerstattung heraus. Das Erstattungsproblem resultiert aus der Orientierung der sozialen Sicherung am Standort der Einrichtung, wobei die telemedizinischen Strukturen unberührt bleiben (vgl. Delecousse u. a. 2017).

Eine weitere Kooperation in der grenzübergreifenden Gesundheitsversorgung ist die MOSAR-Vereinbarung zwischen deutschen und französischen Krankenhäusern im Bereich der Kardiologie. Sie besteht seit 2013 und soll die Kooperation zwischen der deutschen Stadt Völklingen und der französischen Stadt Forbach verbessern. Die französischen Bewohner*innen können im Falle einer Herzerkrankung im deutschen Krankenhaus, das nur 12 km entfernt ist, schneller und umfangreicher versorgt werden. Folglich wurde das deutsche Krankenhaus Teil des französischen Herz-Kreislauf-Netzes. Daneben soll mit diesem Projekt die Entstehung eines binationalen Teams aus Ärzt*innen gefördert werden. Unter anderem erschweren die unterschiedlichen Kulturen und Sprachen die Projektdurchführung. Des Weiteren wurden starke Differenzen zwischen den Gesundheitssystemen sichtbar, wie zum Beispiel die Uneinheitlichkeit bei der Kostenerstattung erbrachter Leistungen. Ungleichheiten gibt es auch bei der Stellung der Vertragsparteien. Während auf deutscher Seite die Klinik selbst die Kooperationsverhandlungen führt, übernimmt dies für die französische Grenzregion die dortige Gesundheitsbehörde (vgl. Delecousse u. a. 2017).

Seit 2016 besteht das INTERREG-Projekt „Koordinierungskonzept Grenzüberschreitender Rettungsdienst“ an der deutsch-tschechischen Grenze. Ziel des Projekts ist eine Notfallversorgung der Menschen aus der deutsch-tschechischen Grenzregion vom jeweils nächstgelegenen Rettungsdienst und Krankenhaus, unabhängig von den Landesgrenzen. Daneben sind ein grenzüberschreitender Wissenstransfer sowie der Abbau von Sprachbarrieren Projektziele. Am Projekt beteiligt sind neben dem Bayerischen Roten Kreuz, die Technische Hochschule Deggendorf, die Universität Pilsen sowie der Rettungsdienst Pilsen (vgl. BRK o. J.).

Das letzte in diesem Unterkapitel vorgestellte Projekt trägt den Namen „IZOM“ und vereinte die Länder Belgien, Deutschland und Niederlande im Sinne einer kooperativen Gesundheitsversorgung in der Maas-Rhein-Region. Hierdurch wurde deren Einwohner*innen durch ein angepasstes Verwaltungsverfahren die Möglichkeit zu einer grenzüberschreitenden medizinischen Versorgung eingeräumt. Ein grundlegender Aspekt zu Beginn des Projekts war das Einverständnis aller Krankenversicherungen. Beispielsweise konnten deutschsprachige Belgier*innen ein Krankenhaus auf der deutschen Seite der Grenze für ihre Behandlung wählen. Zuvor war eine Absprache mit der Krankenversicherung notwendig, wobei ein Formular ausschließlich für das IZOM-Projekt auszufüllen war. Für ein Jahr wurde somit der Zugang zur länderübergreifenden Krankenversorgung ermöglicht. Das Formular und Programm ermöglichten jedoch keinen generellen Zugang zu bestimmten Gesundheitsdienstleistern wie Haus- und Zahnärzten oder Physiotherapeuten. Das Programm wurde Ende 2017 beendet und durch die Richtlinie 2011/24/EU (Patientenmobilitätsrichtlinie) abgelöst. Diese räumt den Patient*innen letztlich ähnliche Rechte wie das IZOM-Programm ein, wodurch dessen Mehrwert in Frage gestellt wurde (vgl. Delecousse u. a. 2017).

Zusammenfassend bieten die verschiedenen Projekte Lösungsansätze im Rahmen der medizinischen Versorgung nach dem SGB V, mit denen herrschenden Risiken wie Unterversorgung oder Ungleichheiten in Grenzregionen adäquat begegnet werden kann. Die skizzierten Beispiele eignen sich jedoch nicht zur Nachahmung für die Aufgabenstellung in der Gemeinde Balderschwang, denn hier ist das Recht der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) maßgeblich. Die Regelungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) können weder unmittelbar noch in entsprechender Anwendung, herangezogen werden. In einer detaillierten Recherche konnten bis zur Fertigstellung dieses Handlungskonzeptes keine grenzüberschreitende (Modell-) Projekte in der pflegerischen Versorgung identifiziert werden. Somit können aus den dargestellten Projekten lediglich kommunikative sowie organisatorische Anregungen für eine erfolgreiche Umsetzung abgeleitet werden. So erscheint es bei innereuropäischen Gesundheits-Kooperationen unabdingbar, einen vertrauensvollen Austausch zu schaffen. Des Weiteren sollten die verschiedenen Akteur*inne gewillt sein, eine derartige Kooperation mit dem damit einhergehenden bürokratischen Aufwand einzugehen. Hierbei ist eine dementsprechende Einsatzbereitschaft unerlässlich. Darüber hinaus ist für eine gelingende Zusammenarbeit die Vorteilhaftigkeit für alle Beteiligten von großer Bedeutung.

4.2 Fokussierter Blick auf die Grenzregionen im Allgäu

Neben der Orientierung an anderen Grenzregionen in ganz Deutschland, bietet sich bei der vorliegenden Thematik eine nähere Analyse der konkreten Situation im Allgäu an. Konkret stechen hier die zwei regionale österreichischen Bereiche Kleinwalsertal und Jungholz hervor.

Im Kleinwalsertal (Vorarlberg) leben auf einer Länge von circa 15 Kilometer rund 5.000 Bewohner*innen. Aufgrund der abseitigen Lage zum restlichen Bundesgebiet Österreichs ist das Kleinwalsertal lediglich von deutscher Seite aus mit Kraftfahrzeugen zu erreichen. Die medizinische Versorgung der österreichischen Bevölkerung wird unter anderem durch deutsche Leistungserbringer gewährleistet (vgl. Kleinwalsertal 2021). Bei der pflegerischen Versorgung wird auf Eigenständigkeit gesetzt. Die ambulante Pflege wird über den örtlichen Krankenpflegeverein Kleinwalsertal gewährleistet. Das Angebot umfasst hier neben Pflege-, Beratungs- und Betreuungsleistungen auch einen MOHI (vgl. Hauskrankenpflege Vorarlberg o. J.). In der Ortschaft Mittelberg existiert ein Pflegeheim mit 32 Plätzen für die Bewohner*innen des Kleinwalsertals. Für deutsche Versicherte ist eine Aufnahme hier nicht möglich. Bei Engpässen können jedoch Versicherte aus Österreich zur Überbrückung auf eine deutsche Pflegeeinrichtung ausweichen, z. B. nach Oberstdorf (vgl. Gemeinde Mittelberg 2021).

Gespräche mit der Gemeinde Jungholz, eine Exklave des österreichischen Bundeslandes Tirol, ergaben eine ambulante Krankenpflege durch deutsche Hand. Eine Versorgung wird durch den benachbarten Ort Wertach gewährleistet. Die stationäre Versorgung erfolgt sowohl in

Deutschland als auch in Österreich. Beklagt wird hierbei ein hoher Verwaltungsaufwand in Hinblick auf die Abrechnung. Eine gängige Abrechnungspraxis in der ambulanten Versorgung ist die Rechnungsstellung der ambulanten Leistungen an die Pflegebedürftigen. Diese können wiederum nach dem Prinzip der Kostenerstattung die Rechnung bei der österreichischen Pensionskasse einreichen. Keine Probleme bereitet wiederum die direkte Abrechnung von Krankenversorgungsleistungen im Rahmen des SGB V zwischen Deutschland und Österreich.

Aus den Gesprächsbeiträgen des ersten Workshops geht hervor, dass bisherige Grenzfälle in Balderschwang vor allem durch die AOK Bayern bearbeitet wurden. Dieser Umstand begründet sich durch den Versichertenanteil der AOK Bayern in Höhe von circa 40 Prozent (vgl. AOK Bayern 2017). Auch die Geschäftsstelle Kempten sieht sich auf Nachfrage des Öfteren mit der Frage von grenzüberschreitender Pflegeversorgung konfrontiert. Ferner ergeben sich aus mehreren Gesprächen mit der AOK Bayern unterschiedlichen Auffassungen hinsichtlich einer möglichen Lösung für die Gemeinde Balderschwang. Zum bisherigen Vorgehen bei den dortigen Pflegefällen wurde wiederholt die rechtliche Grauzone der pflegerischen länderübergreifenden Versorgung dargelegt. Bisher wurde aufgrund der geringen Fallzahl von durchschnittlich zwei Fällen pro Jahr eine Ausnahmeregelung getroffen. Demnach wurden seitens der AOK Bayern über die Pflegegeldleistungen gemäß § 37 SGB XI hinaus auch Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI gewährt. Die Pflegeleistungen selbst wurde in diesen Fällen durch den SPV erbracht. Die pflegenden Angehörigen konnten die Rechnungen des SPV nach vorheriger Begleichung bei der AOK Bayern einreichen und erhielten anschließend Beträge in Höhe der Pflegesachleistungen. Gemäß § 36 Abs. 4 Satz 2 SGB XI ist das Prinzip der Kostenerstattung jedoch nur bei ambulanten Pflegeeinrichtungen notwendig, welche über einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen verfügen. Dies begründet sich aus dem Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen gemäß § 69 SGB XI. Die pflegenden Angehörigen sind in diesen Fällen aktiv auf die AOK Direktion Kempten-Oberallgäu zugekommen

Nach eingängiger Literaturrecherche sowie vielen Telefonaten mit relevanten Akteur*innen im Bereich der grenzüberschreitenden Versorgung konnte keine vergleichbare Situation wie die im vorliegenden Projekt identifiziert werden. Folglich ist es dem IGG nicht möglich, konkrete Handlungskonzepte aus bereits bestehenden Lösungsmustern abzuleiten und diese für die Gemeinde Balderschwang zu adaptieren. Es mussten deshalb passgenaue, individuelle Lösungsmöglichkeiten entwickelt werden, die im sechsten Kapitel dargestellt und bewertet werden.

5 Pflege in Deutschland und Österreich im Vergleich

Das vorliegende fünfte Kapitel umfasst Erläuterungen zur Finanzierung des deutschen sowie österreichischen Pflegesystems, zur Ausgestaltung der regionalen ambulanten Versorgung auf Bundesländerebene, zur Ausbildung im pflegerischen Bereich sowie den Qualitätssicherungsverfahren.

5.1 Finanzierung der Pflegesysteme

Die Finanzierung der Leistungen bei Pflegebedürftigkeit ist in Deutschland und Österreich unterschiedlich geregelt. Die Soziale Pflegeversicherung ist die jüngste der fünf Säulen des Sozialversicherungssystems in Deutschland, geregelt im SGB XI. Die Finanzierung erfolgt durch Versichertenbeiträge. Bei sozialversicherungspflichtig Beschäftigten beträgt der Beitragssatz derzeit 3,05 % bzw. für kinderlos Versicherte ab dem 23. Lebensjahr 3,3 % des beitragspflichtigen Bruttoentgelts, gedeckelt auf die sog. Beitragsbemessungsgrenze (aktuell 4.837,50 € pro Monat). Der Beitrag wird je zur Hälfte vom Arbeitgebenden und vom Arbeitnehmenden getragen. Den Beitragszuschlag für Kinderlose tragen die Arbeitnehmenden alleine. Selbständige und Rentner*innen müssen den Beitrag alleine aufbringen. Das System sieht Geld- und Sachleistungen aus der Pflegeversicherung vor, die 2017 in Deutschland reformiert wurden. Seither werden Pflegeleistungen über fünf Pflegegrade anstatt drei Pflegestufen gewährt.

In Österreich werden die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit aus Steuermitteln finanziert. Gesetzliche Grundlage ist das Bundespflegegeldgesetz (BPGG), das in sieben Stufen gegliederte, bedarfsorientierte Pflegegeldleistungen vorsieht. Das Pflegegeld wird abhängig von der Zuordnung in eine der sieben Pflegestufen ausbezahlt. Voraussetzung für die Berechtigung zum Österreichischen Pflegegeld ist ein ständiger Pflegebedarf von monatlich mindestens 65 Stunden. Überhaupt orientieren sich die in Österreich gewährten Zahlungen stark am Pflegebedarf in Stunden pro Monat.

| Pflegegrad | Deutschland | | Pflegestufe | Österreich |
|------------|-------------|-----------|-------------|----------------------|
| | ambulant | stationär | | ambulant / stationär |
| 1 | -/- | -/- | 1 | 162,50 € |
| 2 | 316 € | 689 € | 2 | 299,60 € |
| 3 | 545 € | 1.298 € | 3 | 466,80 € |
| 4 | 728 € | 1.612 € | 4 | 700,10 € |
| 5 | 901 € | 1.995 € | 5 | 951,00 € |
| | | | 6 | 1.327,90 € |
| | | | 7 | 1.745,10 € |

Abbildung 1: Übersicht zur Höhe des Pflegegelds in Deutschland und Österreich in 2021 (Eigene Darstellung nach BMDW 2021, §§ 36 Abs. 3, 37 Abs. 1 SGB XI)

Während das Pflegegeld in Deutschland über die Kranken- bzw. Pflegekassen abgerechnet wird, müssen in Österreich die Versicherungsträger der Pensionen und Renten bzw. Pensionsversicherungsanstalten kontaktiert werden. Die Höhe der finanziellen Unterstützung ist in Deutschland abhängig von der Pflegesituation, d.h. ob jemand zuhause bzw. ambulant oder stationär betreut wird. In Österreich hingegen spielt die Pflegesituation für die Leistungshöhe keine Rolle. Pflegebedürftige, die zuhause betreut werden, erhalten Pflegegeld in gleicher Höhe wie vergleichbare Personen, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben (vgl. Abbildung 1). Verantwortlich für die Vorhaltung der notwendigen Pflegeinfrastruktur (Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen) sind in Österreich die Bundesländer und in Deutschland noch zusätzlich die Kommunen.

5.2 Strukturierung der ambulanten Versorgung in den Bundesländern Bayern und Vorarlberg

Im österreichischen Vorarlberg werden über 80% der Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld versorgt werden. Zur Unterstützung stehen den Betroffenen sowie deren pflegenden Angehörigen sogenannte „regionale Mobile Hilfsdienste“ (MOHI) zur Seite (vgl. Deutscher Bundestag 2017). In Vorarlberg gibt es insgesamt 48 dieser Hilfsdienste, die eine flächendeckende Versorgung gewährleisten. Konkret bieten sie etwa betreuende Hilfen wie Spaziergänge, Spielen, Behördengänge, Fahrdienste, aber auch hauswirtschaftliche Unterstützungsleistungen. Die Kosten sind mit ca. 14 € pro Stunde relativ gering. Als MOHI-Helfer*in wird ein Nachweis über den Besuch eines Grund- und Aufbaukurs für MOHI, eine Weiterbildung zum Thema „Schweigepflicht“ sowie einen Erste-Hilfe-Kurs benötigt (vgl. ARGE MOHI 2021).

Eine weitere Säule bildet die Hauskrankenpflege. Sie leistet einen wichtigen Beitrag zur ambulanten Betreuung von Menschen mit Pflegebedarf in Vorarlberg. Bei dem Landesverband der Hauskrankenpflege handelt es sich um einen Zusammenschluss von insgesamt 66 Krankenpflegevereinen, die ehrenamtlich geleitet werden und in der Summe über 300 professionelle Pflegekräfte angestellt haben. Sie finanzieren sich zu circa 38 Prozent aus Mitglieds- und Pflegebeiträgen sowie aus sonstigen Einnahmen der Vereine. Die restlichen 62 Prozent werden über das Land Vorarlberg, die Sozialversicherungsträger und die Kommunen finanziert. Der Pflegebeitrag für Betroffene, die Leistungen in Anspruch nehmen, ist dadurch relativ gering. Neben der medizinischen Pflege bieten die Vereine auch Beratungsleistung für Betroffene sowie deren Angehörige an, etwa, wenn es um den Kontakt zum MOHI oder zu Versicherungsträgern geht. Auch die Organisation von Essen auf Rädern oder die Begleitung durch eine Hospizbewegung gehört zum Portfolio (vgl. Hauskrankenpflege Vorarlberg o. J.a).

Darüber hinaus kann Menschen mit Pflegebedarf in Vorarlberg ein monatlicher Zuschuss von 200 € gewährt werden, wenn Pflegegeld der Stufen 5, 6, oder 7 zusteht und die Person zuhause ohne Hilfe einer 24-Stunden-Betreuungskraft gepflegt wird. Das Bundesland Vorarlberg ist in 19 Planungsregionen unterteilt, in welchen gemeindeübergreifend und sozialplanerisch an Care Management-Konzepten gearbeitet wird (vgl. BMASGK 2019, 83 ff.).

Auch in Bayern gibt es eine Vielzahl an Unterstützungsmöglichkeiten, die zuhause lebende pflegebedürftige Personen und deren Angehörigen zur Verfügung stehen. Die Hilfsstrukturen scheinen im Vergleich zum österreichischen Nachbarbundesland Vorarlberg deutlich komplexer und für Betroffene weniger eindeutig. Zentraler Bestandteil sind ambulante Pflegedienste, die unter privater, gemeinnütziger oder öffentlicher Trägerschaft stehen. Sie bieten eine professionelle pflegerische Unterstützung in den eigenen vier Wänden. Für die Beratung von Betroffenen und deren Angehörigen stehen unterschiedliche Angebotsformate zur Verfügung:

- (1) Fachstellen für pflegende Angehörige, die vordergründlich eine psychosoziale Unterstützung der Angehörigen leisten.
- (2) Pflegestützpunkte, die auf die konkrete Begleitung von Betroffenen und deren Angehörigen in der Pflegesituation spezialisiert sind und etwa bei Antragsverfahren zu Pflegegraden oder der Vermittlung zu lokalen Hilfestrukturen unterstützen. Pflegestützpunkte werden vor allem seit der Reform zur Regelförderung im Jahr 2020 vom Freistaat Bayern verstärkt gefördert, sodass viele erst in der Aufbauphase sind.
- (3) Freie Träger und Vereine, die im Bereich Demenz und Pflege Beratung anbieten.
- (4) Pflegeberaterinnen und -berater der Pflegekassen, die vor allem Fragen im Bereich der Pflegefinanzierung klären.

Konkrete Unterstützung in der Häuslichkeit von pflegebedürftigen Menschen kann darüber hinaus im Rahmen der sogenannten Angebote zur Unterstützung im Alltag (AUA) geleistet werden gemäß § 45a SGB XI. Diese AUA lassen sich in drei unterschiedliche Angebotsformate untergliedern: (1) Betreuungsangebote, wie ehrenamtliche Helferkreise oder Betreuungsgruppen, (2) Angebote zur Entlastung im Alltag, etwa durch Alltagsbegleiter*innen oder haushaltsnahe Dienstleistungen und (3) Angebote zur Entlastung von Pflegenden, beispielsweise in Form von Angehörigengruppen. Im Rahmen dieser Angebote arbeiten häufig professionelle Kräfte mit Ehrenamtlichen zusammen. Als zentrale Anbieter bzw. Organisatoren der Dienste gelten soziale Träger, wie die Caritas, die Johanniter oder der Arbeiter-Samariter-Bund (ASB). Eine Abrechnung der Leistungen über die Pflegekassen ist möglich. Ab Pflegegrad 1 stehen 125 € pro Monat unter anderem für ambulante Dienste oder AUA zur Verfügung. Seit dem Jahr 2021 gibt es im Rahmen der AUA auch die sog. „Einzelperson“, die in ehrenamtlicher oder selbstständiger Funktion Unterstützungsleistung in der Häuslichkeit der Pflegeperson leistet (in Bayern: § 82 Abs. 4 AVSG). Zentrale Neuerung hierbei ist, dass eine Abrechnung

mit der Pflegeversicherung möglich ist, auch wenn die Leistung nicht über einen Träger, sondern individuell angeboten wird.

Zusammenfassend lässt sich für pflegebedürftige Menschen in Bayern, die zuhause betreut werden, Folgendes konstatieren: Zwar steht eine Vielzahl von möglichen Hilfeangeboten zur Verfügung, jedoch häufig nicht aus einer Hand, sodass sich die Betroffenen bzw. deren pflegende Angehörige konkrete Leistungen aus dem vor Ort verfügbaren Hilfe- und Helfermix zusammenstellen, um Entlastung zu erfahren.

5.3 Ausbildung, Kompetenzen, Rechte und Pflichten von Pflegekräften

Damit österreichische Pflegekräfte in Deutschland tätig werden können, sind deren Ausbildung und Kompetenzen mit denen deutscher Pflegekräfte zu vergleichen. Nur so wird sichergestellt, dass Leistungen die Pflegebedürftigen in Deutschland rechtlich zustehen, ebenso durch österreichische Dienste erbracht und von den zuständigen Ämtern akzeptiert werden.

Das Ausbildungssystem in der Pflege in Österreich wurde in den vergangenen Jahren immer wieder reformiert. Seit 2016 gilt die novellierte Fassung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) (vgl. Republik Österreich 2016). Die Ausbildung von Pflegekräften ist demnach folgendermaßen geregelt: Im Rahmen einer einjährigen Ausbildung kann der Titel der „Pflegeassistent“ erworben werden (vgl. Abbildung 2). Pflegeassistenten haben die Kompetenz, vom Gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (GuKP) übertragene Aufgaben zu übernehmen. Dazu zählen etwa die Blutentnahme aus der Vene, das Absaugen der oberen Atemwege oder allgemeine Pflegemaßnahmen. Pflegefachassistenten haben hingegen eine zweijährige Ausbildung zu absolvieren, erhalten dadurch aber weitreichendere Kompetenzen als die Pflegeassistenten. Sie können GuKP übertragene Aufgaben mit mehr Eigenständigkeit durchführen (vgl. Them u. a. 2018).

Die Ausbildung für den Gehobenen Dienst in der GuKP konnte im Rahmen unterschiedlicher Ausbildungswege erfolgen: 1) über eine dreijährige Ausbildung in einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule, 2) über eine dreijährige Ausbildung an einer Fachhochschule für Gesundheits- und Krankenpflege, welche einen gleichzeitigen Bachelorabschluss vorsieht, sowie 3) über eine Kombination aus der Ausbildung zum Gehobenen Dienst der GuKP und einem universitären Pflegewissenschaftsstudium. Künftig soll vor allem der zweite Weg über Fachhochschulen ausgebaut werden, während die anderen Ausbildungsformate zum 1. Januar 2024 enden. Aufbauend auf der Ausbildung zum Gehobenen Dienst für GuKP lassen sich weitere Spezialausbildungen in der Pflege aufbauen, wie etwa die Intensiv- oder Anästhesiepflege. Als höchste Stufen der Pflegeausbildung in Österreich gelten Master- und Doktoratsstudien der Pflegewissenschaft (vgl. Them u. a. 2018).

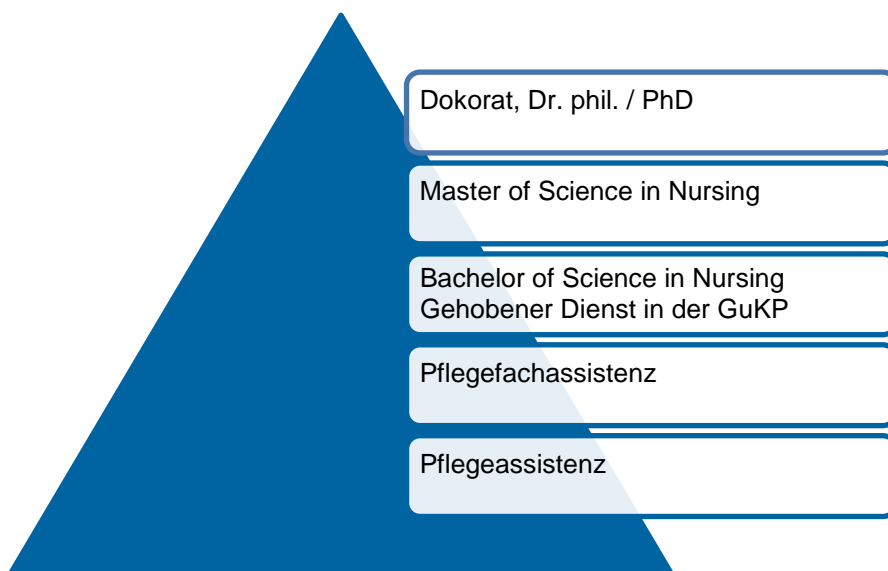


Abbildung 2: Bildungspyramide der Pflegeberufe in Österreich (Eigene Darstellung in Anlehnung an Them u. a. 2018, S. 134)

Auch in Deutschland kam es mit Verabschiedung des Pflegeberufereformgesetzes (PflBRefG) zu großen Veränderungen in der Pflegeausbildung. Das Gesetz betrifft ab 2020 alle Ausbildungen in Pflegeberufen und sieht für diese eine generalistische Pflegeausbildung vor (vgl. Mamerow 2018). Damit werden die drei bisher existierenden Berufsabschlüsse in der Altenpflege, in der Gesundheits- und Krankenpflege und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zusammengeführt (vgl. BIBB 2020). Ebenso wird die einjährige Ausbildung zum* zur Pflegefachhelfer*in beispielsweise in Bayern fortan in einem generalistischen Profil angeboten (vgl. StMGP 2020). Die Anerkennung als Pflegefachhelfer*in kann unter anderem den Zugang zur Pflegeausbildung erleichtern. Während normalerweise die mittlere Reife oder zehn Jahre allgemeine Schulbildung zur Ausbildung zum/ zur Pflegefachmann/ frau befähigen, kann diese auch mit Vorliegen eines Hauptschulabschlusses und zusätzlichem Abschluss der einjährigen Pflegehelferausbildung begonnen werden (vgl. BIBB 2020).

Die generalistische Pflegeausbildung dauert drei Jahre und wird mit dem Berufstitel Pflegefachmann/ Pflegefachfrau abgeschlossen. Dieser befähigt zur pflegerischen Versorgung Menschen jeglichen Alters. Wer sich im Bereich der Alten- oder Kinderkrankenpflege spezialisieren möchte, kann einem dieser Bereiche sein letztes Ausbildungsjahr widmen und weiterhin den Titel Altenpfleger*in bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*in erhalten (vgl. StMGP 2020).

Das Pflegestudium eröffnet, abseits der erläuterten Berufsausbildungen, eine weitere Möglichkeit für den Einstieg in diese Branche. Nach dessen Abschluss tragen die Studierenden den Titel Pflegefachmann/ frau und bekommen den akademischen Grad Bachelor oder Master zuerkannt. Absolvent*innen des Bachelorstudiengangs sollen etwa in der Lage sein, die Planung

und Umsetzung komplizierter Sachverhalte zu übernehmen. Des Weiteren können sie die Evidenzlage in der Praxis anwenden und so beispielsweise auf die Optimierung von Pflegeprozessen hinwirken (vgl. BIBB 2020).

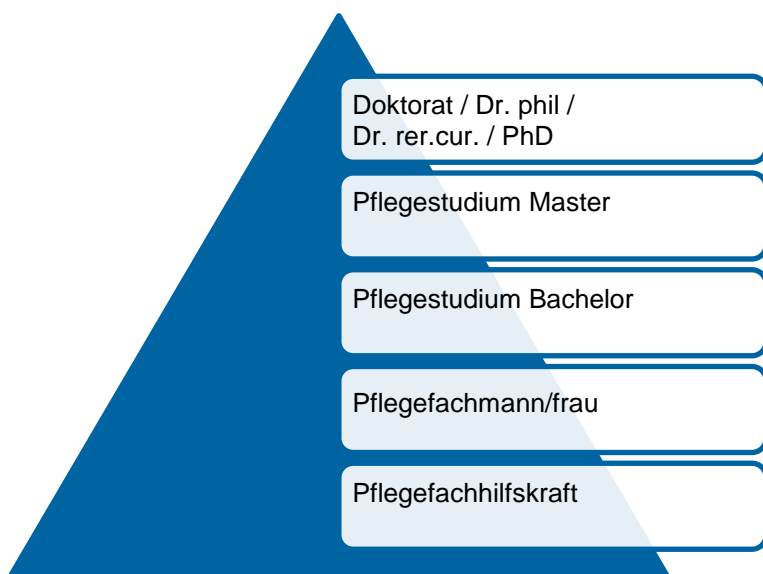


Abbildung 3: Bildungspyramide der Pflegeberufe in Deutschland (Eigene Darstellung in Anlehnung BIBB 2020, StMGP 2020)

5.4 Qualitätssicherungsverfahren

Bei einem Vergleich der pflegerischen Systeme zwischen Deutschland und Österreich sind auch die vorhandenen Qualitätssicherungsverfahren in der häuslichen Pflege vergleichend zu betrachten. Grundsätzlich wird aus einem Reporting der OECD das Vorhandensein von Vorkehrungen in der Qualitätssicherung in den OECD-Mitgliedsstaaten deutlich, wozu auch Österreich und Deutschland zählen (vgl. Urban 2016, S. 81). Diese unterscheiden sich mitunter jedoch in ihrer Konzeption (vgl. OECD 2013, S. 172 ff.).

Die Qualitätsstandards der Hauskrankenpflege Vorarlberg regulieren seit dem Jahr 2012 eine Mindestvorgabe für die Einhaltung von qualitativen Standards bei der pflegerischen Versorgung. Sie benennen hierfür Rahmenbedingungen, Abläufe und Ziele. Bis dato lag die Qualitätsverantwortung alleinig beim Pflegepersonal und der Krankenpflegeleitung. Durch einen allmählich gefestigten Dienstleistungscharakter der Hauskrankenpflege, sollen die Vorstellungen der Klienten erfüllt werden. Im österreichischen Pflegesystem wird in der Qualitätssicherung primär auf Eigenverantwortung gesetzt. Die Etablierung eines internen Qualitätsmanagements obliegt der jeweiligen Einrichtungsleitung und erzeugt ein freiwilliges Commitment. Die durch die Einrichtungsleitung festgelegten Qualitätsziele, werden maßgeblich durch die Pflegefachkräfte mitverfolgt (vgl. Fichtinger/Rabl 2012, S. 114ff.). In Vorarlberg werden Aufgaben der Gewährleistung einer Qualitätssicherung unter anderem von der Connexia wahrgenommen, einer gemeinnützigen und aus Mitteln des Sozialfonds des Landes Vorarlberg finanzierten

GmbH. Der Connexia obliegt die Organisation von Fort- und Weiterbildungsangeboten, die Informationsweitergabe von Gesetzesänderungen sowie fachlichen Entwicklungen und die Entwicklung eines Handbuchs für Qualitätssicherung. Ferner wird durch die Connexia die Dokumentation und Abrechnung in monatlichen sowie jährlichen Auswertungen auf Plausibilität überprüft (vgl. Connexia o. J. b, S. 2).

In Deutschland sind die rechtlichen Rahmenbedingungen der Qualitätssicherung in den §§ 112-114a SGB XI sozialrechtlich normiert. Im Gegensatz zum deutschen System finden sich die Vorgaben für die qualitative Versorgungssicherung in der professionellen Pflege in Österreich überwiegend im Berufsrecht. Diese Berufspflichten für die Beschäftigten in den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen sind in dem zweiten Abschnitt des österreichischen GuKG formuliert. Demnach verpflichtet § 4 GuKG zu einer gewissenhaften Berufsausübung sowie Patientenversorgung. § 5 GuKG hat die ordnungsgemäße Dokumentation der pflegerischen Maßnahmen zum Gegenstand. Dem gehobenen Dienst der GuKP wird gemäß § 14 Abs. 2 Nr. 16 GuKG neben den pflegerischen Kernkompetenzen auch die Mitwirkung am Qualitätsmanagement zugeschrieben. Vorteilhaft am österreichischen Vorgehen erscheint der größere gesetzliche Wirkungsbereich. So können Personen mit Pflegebedarfen, die jedoch bis dato keine Sozialleistungen beziehen, sich auf das Berufsrecht berufen. Problematisch gestaltet sich bei dieser Variante jedoch die Etablierung von wirksamen externen Prüfmechanismen. In Österreich existiert keine private Institution zur Prüfung privater Pflegeanbieter. Ebenso existiert keine staatliche Einrichtung, die einen systematischen Überprüfungsmechanismus der hauptamtlichen Pflegeversorgung implementiert Kontrollmechanismen (vgl. Urban 2016, S. 261f.).

In Deutschland steht der Medizinische Dienst (MD, vormals Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)) in der Verantwortung zu überprüfen, inwiefern qualitative Standards bei der pflegerischen Versorgung eingehalten werden. Als Körperschaft des öffentlichen Rechts ist der MD in Bayern der rechtlichen Aufsicht des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege unterworfen (vgl. MD Bayern o. J. a; MD Bayern o. J. b). Österreich setzt vermehrt auf die Eigenverantwortung der pflegewissenschaftlichen Profession sowie der Berufsträger, statt eine Steuerungsfunktion bei der Qualität anzustreben. Primär wird hierdurch auf die Stärkung der Profession der Pflegefachkräfte abgezielt. Für beide Länder ist jedoch zentral festzuhalten, dass die professionelle Pflegequalität durch die Existenz ausdrücklich formulierter Sollvorgaben gesichert wird (vgl. Urban 2016, S. 270ff.).

Zusammenfassend kann in Hinblick auf die Qualitätssicherung beider Länder festgestellt werden, dass trotz unterschiedlicher Ausgestaltung der Maßnahmen sowie der Zuständigkeiten eine qualitativ hochwertige und vergleichbare pflegerische Versorgung in Deutschland und Österreich gewährleistet und erbracht wird.

6 Denkbare Lösungswege

Das gesteckte Ziel der Überlegungen ist die grenzüberschreitende professionelle Versorgung Pflegebedürftiger aus Balderschwang durch Pflegende aus Vorarlberg. Um dieses Ziel zu erreichen, kommen aus der Ferne betrachtet einige Lösungsansätze in Betracht. Sie werden im Folgenden vorrangig in der Reihenfolge ihrer Beleuchtung beim zweiten Projekt-Workshop am 4. August 2021 in Hittisau benannt, beschrieben und bewertet. Der Lösungsansatz des befristeten Modellversuchs unter Punkt 6.7, der sich bei näherer Betrachtung als favorisiert durchsetzt, wird im 7. Kapitel dieses Handlungskonzeptes konkretisiert.

6.1 Inanspruchnahme von Pflegegeld bei Verzicht auf Pflegesachleistungen

Bei Pflege im häuslichen Umfeld können wie in Kapitel 5.1 näher dargelegt, die Pflegebedürftigen nach den Regelungen des SGB XI grundsätzlich zwischen Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) und Pflegegeld (§ 37 SGB XI) wählen.

Der Anspruch im Rahmen der Pflegesachleistung richtet sich direkt auf die jeweiligen Sachleistungen. Diese Sachleistungen umfassen unter anderem pflegerische sowie Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung. In der Regel wird das Leistungsspektrum der Pflegesachleistungen durch ambulante Pflegedienste im Sinne des § 71 SGB XI erbracht. Der Anspruch ist nach fünf Pflegegraden gestaffelt und auf gesetzlich geregelte Eurobeträge gedeckelt (siehe Abbildung 4). Bis zu dieser geldlichen Deckelung werden die Leistungen des beauftragten Pflegedienstes durch die Pflegeversicherung abgedeckt. Darüberhinausgehende Kosten sind von den pflegebedürftigen Personen selbst zu tragen.

Im Gegensatz hierzu kann die pflegebedürftige Person stattdessen gem. § 37 SGB XI Pflegegeld – also keine Sach-, sondern eine Geldleistung – beantragen. Mit diesem Pflegegeld können die erforderlichen Pflegehilfen selbst abgedeckt bzw. beschafft werden. Diese Variante kommt vor allem in Betracht, wenn die pflegerischen Versorgungsleistungen durch nahestehende Personen, zumeist Angehörige, erbracht und honoriert wird. Auch hier sieht das Gesetz eine Staffelung nach den fünf Pflegegraden vor. Die im SGB XI vorgegebenen Eurobeträge sind im Unterschied zur Pflegesachleistung keine Höchst-, sondern Fixbeträge. Somit wird das Pflegegeld zu einem festen monatlichen Betrag ausgezahlt, unabhängig von den konkreten Leistungen. Nach der gesetzlichen Konzeption sind (nur) bei der Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) professionelle Pflegende am Werk. Nicht zuletzt deshalb unterscheiden sich die monatlichen Beträge zwischen dieser Sach- und der Pflegegeldleistung (§ 37 SGB XI) innerhalb desselben Pflegegrades erheblich, wie die nachfolgende Abbildung 4 zeigt.

| Pflegegrad | Höchstbetrag Pflegesachleistung | Betrag Pflegegeld | Differenzbetrag | Verhältnis Pflegegeld zu Pflegesachleistung |
|------------|---------------------------------|-------------------|-----------------|---|
| 1 | - | - | | |
| 2 | 689 € | 316 € | 373 € | 46% |
| 3 | 1.298 € | 545 € | 753 € | 42% |
| 4 | 1.612 € | 728 € | 884 € | 45% |
| 5 | 1.995 € | 901 € | 1.094 € | 45% |

Abbildung 4: Differenzbetrag und prozentuales Verhältnis von Pflegesachleistungen und Pflegegeld (Eigene Darstellung nach §§ 36 und 37 SGB XI)

Bewertung:

Der in diesem Zusammenhang erörterte Lösungsvorschlag hat die Beziehung des Pflegegelds zum Gegenstand. Mit dem Pflegegeld einer pflegebedürftigen Person aus Balderschwang könnten die Pflegeleistungen einer Pflegefachkraft aus Vorarlberg bezahlt werden. Wegen der im Vergleich zur Pflegesachleistung um rund 55% deutlich geringeren Beträge bliebe aber ein erheblicher Finanzierungsanteil ungedeckt. Dieser Anteil müsste (zunächst) vom Pflegebedürftigen als Vertragspartner des Vorarlberger Pflegedienstes aufgebracht werden.

6.2 Aufstockung des Pflegegeldes aus kommunalen Haushaltsmitteln

Die eben skizzierte Lücke zwischen dem Pflegegeld und den Beträgen der Pflegesachleistung könnte durch Aufstockungszahlungen der Gemeinde Balderschwang geschlossen werden. Geht man modellhaft von drei Pflegebedürftigen pro Jahr mit jeweils Pflegegrad 5 aus, müssten insgesamt 1.094 € Differenzbetrag x 12 Monate x 3 Pflegebedürftige, ungefähr 40.000 €, finanziell bezuschusst werden.

Bewertung:

Die Gemeinde Balderschwang ist wie alle anderen Gemeinden in Deutschland an die Vorgaben des Kommunal- und des Haushaltsrechts gebunden. Selbst wenn man den notwendigen politischen Willen annähme, ist bei einer finanziellen Bezuschussung durch die Gemeinde Skepsis geboten. Es wäre eine exakte Vorfeldabklärung mit der kommunalen Rechnungsprüfung angezeigt, ob eine solche Ausgabe jenseits gemeindlicher Pflichtaufgaben rechtlich möglich ist. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass diese Aufstockung nicht notwendig wäre, wenn die Betreuung der pflegebedürftigen Person wie im SGB XI verankert, durch einen Allgäuer Pflegedienst erfolgen würde. In diesem Fall könnte nämlich die finanziell „höherwertige“ Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) beansprucht werden. Bei Umsetzung der hier aufgezeigten Lösungsvariante 6.2 sähe sich die Gemeinde Balderschwang mit einer Ungleichbehandlung im Vergleich zu anderen Gemeinden in der Bundesrepublik Deutschland konfrontiert.

6.3 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

Die in den vorangegangenen Kapiteln 6.1 und 6.2 als Pflegesachleistungen thematisierte Versorgung durch ambulante Pflegedienste kann als typische Standardlösung in Deutschland bezeichnet werden. Bei dieser Variante schließen der Träger eines ambulanten Pflegedienstes und die Pflegekassen einen sogenannten Versorgungsvertrag. In diesem Versorgungsvertrag werden unter anderem Art, Inhalt und Umfang der Pflegeleistungen niedergeschrieben (vgl. § 72 SGB XI). Auf Grundlage des Vertrages erhält der betroffene Pflegedienst die Zulassung zur Erbringung von ambulanten Pflegeleistungen im häuslichen Umfeld von Klienten. Damit geht auch die Ermächtigung zur geldlichen Abrechnung der erbrachten Leistungen gegenüber der Pflegekasse einher. Abweichend von diesem Standardprozedere lässt § 77 SGB XI die Möglichkeit eines Vertragsabschlusses zwischen einer Pflegekasse und einer einzelnen geeigneten Pflegefachkraft zu. Hierdurch sollen die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen gestärkt sowie ihren besonderen Wünschen entsprochen werden. § 77 SGB XI gibt vor, dass in einem derartigen Vertrag Inhalt, Umfang, Qualität, Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln sind. Ein Vertrag zur häuslichen Pflege durch Einzelpersonen könnte im vorliegenden Lösungsfall grundsätzlich mit einzelnen Pflegefachkräften aus Balderschwang und den benachbarten Gemeinden des SPV geschlossen werden.

Bewertung:

Mit diesem Ansatz wäre eine sehr hohe personelle Abhängigkeit von der einzelnen Pflegefachkraft als Vertragspartner der Pflegekasse verbunden. In Fällen von Urlaub, Krankheit oder Kündigung träte eine personelle Lücke auf, die erneut gefüllt werden müsste. Ferner müsste die vertragseingehende Pflegefachkraft bereit sein, sich namentlich auf das deutsche „Regime“ in Bezug auf die im vorhergehenden Absatz dargestellten Vertragselemente – insbesondere in Bezug auf Qualität und Wirtschaftlichkeit – einlassen. Nicht zuletzt deshalb muss die Motivation auf Vorarlberger Seite für diesen Lösungsansatz bestenfalls als sehr gering eingeschätzt werden. Insgesamt sprechen deshalb gewichtige Argumente gegen diesen Ansatz.

6.4 Gründung eines ambulanten Pflegedienstes oder Eröffnung einer Filiale in Balderschwang

Grundsätzlich könnte ein öffentlicher, gemeinnütziger oder privatgewerblicher Träger in Balderschwang einen ambulanten Pflegedienst gründen oder dort eine Filiale seines bereits andernorts existierenden Pflegedienstes eröffnen. Für einen eigenständigen Pflegedienst müssten ein Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen abgeschlossen, eine verantwortliche Pflegefachkraft als Leitung und mindestens drei Pflegefachkräfte angestellt werden. Für eine Balderschwanger Filialeröffnung eines in Deutschland bereits zugelassenen Pflegedienstes könnte eine Sondervereinbarung mit den Pflegekassen angestrebt werden, mit der im günstigsten Falle nur eine Pflegefachkraft in Balderschwang anwesend sein müsste. Allerdings ist auch bei der Filialvariante der Organisations- und Personalaufwand zu bedenken, der für die Dienst- und Pflegeplanung sowie für die personelle Vertretung in Zeiten von Urlaub, Fortbildung und krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit anfällt.

Es ist darauf hinzuweisen, dass die durch Versorgungsvertrag zugelassenen Pflegedienste - und etwaige Filialen - üblicherweise auch eine Vergütungsvereinbarung mit den Pflegekassen abschließen. Ohne den Abschluss einer Vergütungsvereinbarung kann der Pflegedienst gem. § 91 SGB XI den Preis für seine ambulanten Pflegeleistungen nicht mit den Pflegekassen, sondern nur direkt mit den Pflegebedürftigen (Leistungsempfänger) abrechnen. Die Pflegebedürftigen können ihrerseits bei ihrer Pflegekasse eine Erstattung beantragen, die Höhe der Erstattung ist allerdings innerhalb der Höchstgrenzen auf 80 % begrenzt.

Bewertung:

Diesen Lösungsansatz einer Pflegedienst- oder Filialgründung in Balderschwang in die Praxis umzusetzen, wäre mit erheblichen Hürden verbunden. Zunächst müsste ein Träger einen Pflegedienst oder eine Filiale eines bestehenden Pflegedienstes in Balderschwang einrichten und einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI mit den deutschen Pflegekassen abschließen bzw. im Falle der Filialgründung den bereits bestehenden Versorgungsvertrag um eine Sondervereinbarung erweitern. Beides dürfte wegen der Zahl von durchschnittlich nur zwei Patient*innen pro Jahr, die aufgrund der Gemeindegröße von Balderschwang erwartet werden können, keine wirtschaftliche Betriebsführung ermöglichen. Ohne den gleichzeitigen Abschluss eines Versorgungsvertrags müssten die gesetzlich Pflegeversicherten gleichsam wie privat Kranken- und Pflegeversicherte in Deutschland die Abrechnung des Pflegedienstes zunächst selbst bezahlen und dann einen Erstattungsantrag bei den Pflegekassen stellen. Dabei ist zu beachten, dass die Kostenerstattung durch § 91 Abs. 2 SGB XI auf 80% der für die Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) maßgeblichen Beträge gedeckelt ist. Demzufolge entsteht ähnlich wie bereits bei Lösungsansatz 6.2, wenn auch in etwas geringerer Ausprägung, eine Finanzierungslücke. Hierdurch wären die Balderschwanger Bürger*innen benachteiligt gegenüber der restlichen deutschen Bevölkerung.

6.5 Höhere Wegezeiterstattung für Oberallgäuer Pflegedienste

Die Grundsätze für die Vergütungsregelung ambulanter Pflegeleistungen durch Pflegedienste sind in § 89 SGB XI niedergelegt. Seit 1. Januar 2019 ermöglichen diese Grundsätze gem. § 89 Abs. 3 Satz 3 SGB XI eine Berücksichtigung von längeren Wegezeiten. Die Grundsätze sind näher bezeichnet in den Rahmenempfehlungen zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 SGB V. Derzeit finden sich in diesem Abschnitt jedoch noch keine brauchbaren Ausführungen zur Ausgestaltung einer höheren Vergütung für längere Wegezeiten. Ungeachtet dessen könnte durch einen derartigen Vergütungsaufschlag die Versorgung eines Pflegebedürftigen in Balderschwang durch einen Oberallgäuer Pflegedienst trotz notwendiger Überwindung des Riedbergpasses wirtschaftlich werden.

Bewertung:

Betrachtet man das vorgegebenen Projektziel der Erarbeitung von Handlungsempfehlungen für eine grenzüberschreitende Kooperation, scheidet dieser Lösungsansatz schon deshalb aus, weil keine grenzüberschreitende, sondern eine rein inländische Möglichkeit beschrieben wird. Zu diesem formalen Argument treten gewichtige inhaltliche Argumente hinzu, die ebenfalls gegen eine Weiterverfolgung des Ansatzes einer Wegezeiterstattung sprechen. Die Regelungen gem. § 89 Abs. 3 Satz 3 SGB XI bieten Potential für die Weckung von „Begehrlichkeiten“ von Pflegeanbietenden in anderen Grenzregionen in Deutschland. Es ist anzunehmen, dass die deutschen Pflegekassen diese bei einem Wegezeitenzuschlag in der nächsten Zeit gar nicht erst aufkommen lassen möchten und wenn doch, dann mit äußerster Sparsamkeit nähertreten würden. Aufgrund der noch jungen Gesetzeshistorie des betreffenden Paragraphen existieren bis dato keine veröffentlichten Gerichtsentscheidungen, die den dürren Gesetzeswortlaut mit konkreten Inhalten aufpolstern würden. Vertritt man die Annahme einer auskömmlichen Vergütung der zusätzlichen Fahrzeit nach Balderschwang und zurück, kann es nicht im Sinne des Sicherstellungsauftrages nach § 69 SGB XI sein, eine Allgäuer Pflegefachkraft bei dem bereits dargelegten andauernden Pflegefachkräftenotstand für die erheblich lange Fahrzeit zu entbehren. Die kostbare Ressource Zeit würde auf der anspruchsvollen Passstrecke anstatt bei Pflegebedürftigen im restlichen Oberallgäu verbracht werden. Dies gilt erst recht, wenn Pflegefachkräfte in den benachbarten Vorarlberger Gemeinden grundsätzlich zur Verfügung stehen und die pflegebedürftigen Personen in Balderschwang erheblich schneller und müheloser erreichen könnten.

6.6 Zulassung des Sozialsprengels Vorderwald zur Pflege in Deutschland

Es wurde bereits ausgeführt, dass der Zugang zur Erbringung ambulanter Pflegeleistungen durch einen Pflegedienst und dessen Vergütung zu Lasten der Pflegekasse durch den Abschluss eines Versorgungsvertrages (§ 72 SGB XI) und einer Vergütungsvereinbarung eröffnet wird, in dem Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen festgelegt werden. Ein weiterer Lösungsansatz könnte deshalb in einer Eingliederung des SPV in die deutschen Vorgaben des SGB XI bestehen. Hierbei müsste der SPV die Zulassung zur ambulanten Pflegeleistungserbringung durch den Abschluss eines solchen Versorgungsvertrages und einer ergänzenden Vergütungsvereinbarung aktiv anstreben.

Bewertung:

Um einen Versorgungsvertrag abschließen zu können, stellt § 72 Abs. 3 SGB XI umfangreiche Anforderungen an den betroffenen Pflegedienst. So muss sich der ambulante Leistungserbringer unter anderem mit einem Sitz in Deutschland anmelden, eine weiterqualifizierte verantwortliche Pflegefachkraft als Leitungsperson und mehrere Pflegefachkräfte beschäftigen, die Implementierung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nachweisen und sich zur Anwendung der Expertenstandards sowie zur Ermöglichung ordnungsgemäßer Qualitätsprüfungen durch den MD verpflichten. Ebenso wäre es erforderlich, eine eigene Haftpflichtversicherung für die Versorgung von deutschen Klienten abzuschließen. Zusätzlich müsste Pflegeplanung, Dokumentation und Abrechnung nach dem deutschen Pflegeversicherungssystem vorgenommen werden. Das dürfte, wie bereits im zweiten Workshop artikuliert, nicht im Interesse des SPV liegen. Der Pflegedienst aus dem Vorderwald unterliegt vorrangig den österreichischen Vorgaben und hat deren Einhaltung zu gewährleisten. Ein Aufbau von zwei parallelen Systemen erscheint bei der geringen jährlichen Fallzahl pflegebedürftiger Personen aus Balderschwang als wenig lukrativ.

6.7 Befristeter Modellversuch zur Leistungserbringung durch den Sozialsprengel Vorderwald

Die in Deutschland einzigartige Lage der Gemeinde Balderschwang in einem Hochtal des Landkreises Oberallgäu, die hiermit verbundene Entfernung sowie die erforderliche Passüberquerung zur Erreichung der nächstgelegenen Stadt im Landkreis und die relative Nähe und gute Erreichbarkeit der Gemeinde Hittisau im benachbarten österreichischen Bundesland Vorarlberg legen es nahe, über die Möglichkeiten einer länderübergreifende Kooperation im Bereich der ambulanten Pflege nachzudenken und diese zu prüfen. Die Gemeinde Hittisau verfügt mit dem SPV über eine gute ambulante Pflegeinfrastruktur, und von Seiten der verantwortlichen Akteur*inne wurde eine grundsätzliche Bereitschaft zur Kooperation signalisiert, im

Bedarfsfall und im Rahmen der eigenen personellen Möglichkeiten ambulante Pflegeleistungen auch für pflegebedürftige Bürger*innen in der Gemeinde Balderschwang zu erbringen. In diesem Zusammenhang steht die Frage im Raum, wie die Abrechnungsfähigkeit dieser Leistungen durch den SPV im System der deutschen Pflegekassen erreicht werden kann.

Wie bereits in Kapitel 6.6 dargelegt wurde, kann realistischerweise nicht erwartet werden, dass der österreichische Pflegeleistungserbringer sich aufgrund der geringen Patientenzahlen (voraussichtlich eine bis maximal drei, durchschnittlich zwei Patient*innen pro Jahr) in Balderschwang, zusätzlich zum österreichischen Zulassungs-, Kontroll- und Abrechnungsverfahren noch den entsprechenden Regelungen in Deutschland unterwirft. Angestrebt werden könnte die Etablierung eines unbürokratischen und dennoch wirksamen Lösungsweges der Leistungserbringung und Abrechnung durch den SPV als Pflegedienstleister unter Verzicht auf das übliche Zulassungs-, Kontroll- und Abrechnungssystem in Deutschland. Die deutschen Pflegekassen müssten hierfür allerdings die Leistungserbringung und Abrechnung ohne den üblichen Versorgungsvertrag akzeptieren und die anfallenden Kosten bis zur Höhe der ambulanten Sachleistungsgrenze nach § 36 SGB XI erstatten. Für die Erprobung dieses Lösungsansatzes empfehlen wir einen drei- bis fünfjährigen Modellversuch der wissenschaftlich begleitet und evaluiert wird. Mit diesem Modellversuch könnten auf vergleichsweise unbürokratische Weise die Herausforderungen einer schwierigen topographischen Lage der Gemeinde Balderschwang mit zeitintensiver Anfahrt aus dem Landkreis Oberallgäu und die geringen Fallzahlen pflegebedürftiger und ambulanter Leistungsinanspruchnehmenden qualitätsgesichert begegnet werden. Bei dem möglichen Kooperationspartner SPV handelt es sich um einen in Österreich landesrechtlich zugelassenen und überwachten Dienst, der überwiegend ausgebildete, diplomierte Pflegefachkräfte einsetzt. Wie in Kapitel 5.4 verdeutlicht wurde, kann trotz unterschiedlicher Ausgestaltung der Qualitätssicherungsverfahren von einer vergleichbaren Pflegequalität im Rahmen der deutschen und österreichischen ambulanten Pflegeversorgung ausgegangen werden.

Bewertung:

Durch einen befristeten Modellversuch wäre eine vergleichsweise einfache und gleichzeitig schnelle und wirksame Sicherstellung der Versorgung pflegebedürftiger Bürger*innen in Balderschwang möglich. Die Qualität der pflegefachlichen Leistungen kann aufgrund der sehr ähnlichen Ausbildungsinhalte und -umfänge als vergleichbar vorausgesetzt werden. Die Abrechnung der erbrachten Pflegeleistungen könnte durch den österreichischen Pflegedienst erfolgen und bis zur Höhe der Sachleistungsbeträge für ambulante Pflegeleistungen von den deutschen Pflegekassen erstattet werden. Eine zunächst befristete Erprobungsphase erscheint zielführend für diese Vorgehensweise, die nach Ablauf evaluiert wird.

6.8 Musterprozess gegen die Pflegekassen

Auf dem Rechtsweg kann eine Art Musterprozess in Erwägung gezogen werden. Ziel des Prozesses wäre die Erwirkung einer gerichtlichen Entscheidung, mit der das Inanspruchnahme-recht auf Pflegesachleistungen aus Vorarlberg zu Lasten der deutschen Pflegekassen bestä-tigt oder begründet wird.

Bewertung:

Vor Erhebung einer solchen Klage müssten vielfältige Aspekte bedacht und abgewogen wer-den. Beispielhaft seien in Frageform die nachfolgenden genannt:

- Wer verklagt wen aus welchem Recht?
 - ➔ Wer könnte die Klage anstreben:
Eine betroffene pflegebedürftige Person oder die Gemeinde für alle Bürger*in-nen.
 - ➔ Wer könnte verklagt werden:
Alle Pflegekassen in Deutschland oder nur die jeweilige Pflegekasse z. B. AOK Bayern oder Landwirtschaftliche Pflegekasse.
 - ➔ Auf welche Anspruchsgrundlage stützt sich die Klage:
Einen direkt formulierten Rechtsanspruch darauf, dass „Vorarlberger“ Pflege von einer Pflegekasse in Deutschland zu finanzieren ist, kennt das SGB XI nicht. Der Anspruch müsste über den Individualanspruch auf Pflegeleistungen und den Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen „konstruiert“ werden.
- Wie lange würde ein Gerichtsverfahren, das für die zuständigen Sozialgerichte zum größten Teil Neuland wäre, bis zu einem erstinstanzlichen oder gar letztinstanzlichen Urteil dauern?
- Hat eine Klage hinreichende Erfolgsaussichten?
- Würde mit der Klage eine auszuhaltende, atmosphärische Belastung der Beziehungen zwischen der Gemeinde Balderschwang und den Pflegekassen einhergehen?

Unter Betrachtung der zu berücksichtigenden Faktoren dürfte insgesamt ein Musterprozess als primärer Lösungsansatz kaum in Betracht gezogen werden. Dieser könnte allenfalls als „Begleitmusik“ fungieren, insofern eine andere einvernehmliche Lösung nicht erzielt wird.

6.9 Mitgliedschaft Balderschwangs im Krankenpflegeverein Hittisau und im Sozialsprengel Vorderwald

Die Gemeinde Balderschwang könnte Mitglied im Krankenpflegeverein Hittisau und im SPV werden, um die Stabilität der Erbringung von Pflegeleistungen aus Vorarlberg in Balderschwang zu steigern. Denn entsprechend den Regeln der Statuten (im deutschen Recht: Satzung) des Krankenpflegevereins könnte die Mitgliedschaft mit einem Anspruch auf diese Pflegeleistungen verknüpft sein.

Bewertung:

Für eine Mitgliedschaft von Balderschwangern im Krankenpflegeverein Hittisau müsste sowohl dort als auch beim SPV der Tätigkeitsbereich in den Statuten (jeweils § 1) auf die Gemeinde Balderschwang ausgeweitet werden. Beim Krankenpflegeverein Hittisau ist eine ordentliche Mitgliedschaft derzeit nur als Einzel- oder Familienmitgliedschaft vorgesehen, sodass ohne Statutenänderung Balderschwang als Gemeinde im Gesamten allenfalls „unterstützendes Mitglied“, dann ohne Stimmrecht in der Generalversammlung sein könnte. Könnte, nach Änderung der Statuten, die Gemeinde Balderschwang ordentliches Mitglied werden, müsste man wohl auch die Frage des angemessenen Mitgliedsbeitrags diskutieren, weil dieser bislang auf Einzelpersonen zugeschnitten ist. Änderungen der Statuten bedürfen in beiden Vereinen einer Zwei-Drittel-Mehrheit der Generalversammlung.

Falls die Gemeinde Balderschwang von Rechts wegen Mitglied werden könnte, ist fraglich, inwieweit dieser „Fremdkörper“ von Vorarlberger Seite akzeptiert werden dürfte und würde. Das liegt vor allem daran, dass die häusliche Pflege in Vorarlberg, soweit nicht durch das dortige Pflegegeld abgedeckt, nicht ausschließlich aus den (bescheidenen) Mitgliedsbeiträgen zum Krankenpflegeverein finanziert wird. Darüber hinaus tragen zur Finanzierung der häuslichen Pflege und der Strukturen des SPV beispielsweise Spenden, Widmungen und Zuwendungen der Gemeinden, des Bundeslandes Vorarlberg und der Sozialversicherungsträger bei. Daneben stellt sich bei diesem Lösungsweg ebenfalls die Problematik der Vorgaben des Kommunal- und des Haushaltsrecht, welche bereits unter 6.2 thematisiert wurde. Die jährliche zu erwartende Kostenbelastung der Gemeinde Balderschwang, die aus einer Mitgliedschaft beim SPV resultiert, schätzt der Landesverband der Hauskrankenpflege Vorarlberg auf rund 25.000 bis 35.000 Euro. Während die anfallenden Kosten im Vorarlberger-System auf Gemeinde und Land aufgeteilt werden, müssten sie hier vollständig von der Gemeinde Balderschwang getragen werden.

Insgesamt müssten bei diesem Lösungsansatz, der „atmosphärisch“ wertvoll und stabilisierend für die Pflegeleistungserbringung wirken könnte, also ganz erhebliche Systemreibungen geglättet werden.

6.10 Kooperationsvertrag zwischen einem in Deutschland zugelassenen Pflegedienst und dem Pflegedienst des Sozialsprengels Vorderwald (Vorarlberg)

Dieser Lösungsansatz wurde erstmals im Gespräch zwischen dem IGG und dem Geschäftsbereich Pflege/Verträge/Abrechnung Pflegekasse der AOK Bayern beleuchtet. Im Rahmen eines Kooperationsvertrags zwischen einem in Deutschland mit Versorgungsvertrag zugelassenen Pflegedienst und dem ambulanten Pflegedienst des Vorarlberger SPV könnte der Sozialsprengel die konkret erforderlichen Pflegeleistungen für pflegebedürftige Bürger*innen in Balderschwang im Auftrag des deutschen Pflegedienstes erbringen und diese Leistungen dem deutschen Pflegedienst in Rechnung zu stellen. Der deutsche Pflegedienst könnte dann seinerseits die erbrachten Pflegeleistungen mit den deutschen Pflegekassen abrechnen.

Bewertung:

Kooperationsvereinbarungen dieser Art werfen die Frage nach dem jeweiligen Nutzen für die Beteiligten auf, zumal sich einige Risiken zur Haftung, zum finanziellen Ausgleich und zu den steuerlichen Auswirkungen bei gemeinnützigen Trägern ergeben. Für den SPV dürfte eine solche Kooperationslösung wohl nur in Frage kommen, wenn sein Pflegedienst die Leistungen nach den in Vorarlberg üblichen Vergütungen abrechnen könnte. Für den deutschen Kooperationspartner dürfte die Kooperationslösung nur dann in Frage kommen, wenn er zumindest seine kooperationsbedingten Aufwendungen ersetzt bekommt. Im vorliegenden Fall kommt hinzu, dass die Abrechnungsmodalitäten, die Leistungspakete und Leistungsentgelte des SPV nicht mit denen in Deutschland vergleichbar sind und die Kooperationsüberlegungen dadurch zusätzlich kritisch zu bewerten sind.

7 Umsetzung des favorisierten Lösungsweges

Aufgrund der wiederholt zu betonenden besonderen räumlichen Lage der Gemeinde Balderschwang und der geringen Einwohnerzahl wird seitens der Projektbearbeitenden empfohlen, eine Festigung der Kooperation mit dem in der österreichischen Nachbargemeinde Hittisau (Vorarlberg/Österreich) ansässigen Pflegedienstleistungserbringer SPV anzustreben. Diese Kooperation sollte zum Gegenstand die Honorierung einer Leistungserbringung in einem vereinfachten Abrechnungsverfahren durch Kostenübernahme mit den deutschen Pflegekassen haben. Für diesen Lösungsweg sprechen die im Vorangegangenen bereits aufgegriffenen Überlegungen:

- Die Erbringung von Pflegeleistungen durch die in Sonthofen und Umgebung ansässigen deutschen Pflegedienste ist aufgrund der zeitintensiven Anfahrt über den Riedbergpass nach Balderschwang (25 km bis zu 45 Minuten) und durch die über die Wintermonate zusätzlich auftretenden Erschwernisse und Risiken (zeitweise schneebedeckte Passstraße, Schneekettenpflicht) unattraktiv und wirtschaftlich nicht zumutbar. Hinzu kommt, dass die personellen Möglichkeiten dieser Pflegedienste sehr begrenzt sind und die zeitlichen Ressourcen der dort beschäftigten Pflegefachkräfte idealerweise so wenig wie möglich für An- und Abfahrten von und zu Patient*innen eingesetzt werden sollten.
- Die benachbarte Gemeinde Hittisau ist von Balderschwang aus vergleichsweise gut innerhalb von rund zehn Minuten erreichbar. In Hittisau hat der dort landesrechtlich anerkannte Pflegedienstleistungserbringer SPV seinen Sitz und einen Einsatzstützpunkt.
- Der SPV hat seine Bereitschaft signalisiert, im Bedarfsfall und im Rahmen der eigenen personellen Möglichkeiten pflegebedürftige Bürger*innen der Gemeinde Balderschwang zu betreuen und pflegefachlich zu versorgen. Leistungserbringung und Leistungsberechnung würden dabei allerdings weiterhin nach den im österreichischen Bundesland Vorarlberg geltenden Regeln erfolgen.
- Es kann von pflegefachlich vergleichbaren Leistungen ausgegangen werden. Hierfür sprechen die weitestgehend vergleichbaren Ausbildungsinhalte und -umfänge für Pflegefachkräfte in Österreich und Deutschland sowie die Pflegeleistungserbringung in Österreich nach fachlichen Standards, die durch interne und externe Maßnahmen zur Qualitätssicherung begleitet werden.
- Zur Frage der Abrechnungsfähigkeit dieser Leistungen im System der deutschen Pflegekassen ist die Einräumung einer unbürokratischen Vorgehensweise erforderlich. Es kann nicht erwartet werden, dass der österreichische Pflegeleistungserbringer sich bei den in Balderschwang nur in sehr überschaubaren Umfang zu erwartenden Patient*innenzahlen zusätzlich zum österreichischen Zulassungs-, Kontroll- und Abrechnungsverfahren auch noch den entsprechenden Regelungen in Deutschland unterwirft. Den

deutschen Pflegekassen wird empfohlen, die Leistungserbringung und Abrechnung des österreichischen Pflegedienstleisters unter Verzicht auf das übliche Zulassungs-, Kontroll- und Abrechnungssystem zu akzeptieren und anfallenden Kosten bis zur Höhe der ambulanten Sachleistungen nach SGB XI zu erstatten.

Wir schlagen dazu eine drei- bis fünfjährige Erprobungsphase vor, die durch eine neutrale Stelle begleitet und evaluiert werden sollte.

Für diese Erprobungsphase ist vorzusehen, dass bei jedem neu auftretenden Fall durch die jeweils betroffene pflegebedürftige Person oder eine von ihr beauftragte Person bzw. ihren gerichtlich bestellten Betreuer, ein Angebot zur Leistungserbringung bei einem in Sonthofen oder Umgebung ansässigen und versorgungsvertraglich zugelassenen Pflegedienst angefragt und eingeholt wird. Lehnt der angefragte Pflegedienst die Leistungserbringung in Balder- schwang wie in früheren Fällen ab, wird dies entsprechend dokumentiert und der zuständigen Pflegekasse mitgeteilt. Diese stimmt dann dem hier vorgeschlagenen Lösungsweg der unbürokratischen Leistungserbringung durch den Pflegeleistungserbringer SPV zu und erstattet die monatlich eingereichten Abrechnungen bis zur Höhe der Sachleistungen für ambulante Pflege nach SGB XI.

8 Zusammenfassung und Ausblick

Die bestehenden Unklarheiten im Hinblick auf die häusliche ambulante Pflegeversorgung in Balderschwang eröffnen wie in den vorangehenden Kapiteln skizziert vielfältige Handlungsmöglichkeiten, um den Widrigkeiten des demographischen Wandels in Zukunft zu begegnen. Vier der neun theoretischen Lösungsmöglichkeiten aus Kapitel 6 sind aufgrund mangelnder Praxistauglichkeit vermutlich nicht umsetzbar. Die häusliche Pflege durch Einzelpersonen (6.3), das Prinzip der Kostenerstattung (6.4) sowie die Zulassung des SPV zur Pflege in Deutschland (6.6) konfrontiert den SPV und seine Mitarbeitenden mit einem unverhältnismäßigen bürokratischen Aufwand, der von außen betrachtet als unwirtschaftlich erscheint. Bei der Wegezeitenerstattung für Oberallgäuer Pflegedienste (6.5) ist anzunehmen, dass hier aufgrund der bestehenden Erfahrungen keine deutschen Pflegeleistungsanbieter gewonnen werden können. Bei der Variante 6.2 der kommunalen Aufstockung des Pflegegeldes würde sich die Gemeinde Balderschwang mit finanziellen Verpflichtungen konfrontiert sehen, die sie aus haushaltsrechtlichen Gründen möglicherweise überhaupt nicht eingehen darf. Ferner liegt hier, ebenso wie bei der Akzeptanz von Pflegegeld statt Pflegesachleistungen (6.1) eine Ungleichbehandlung der Balderschwanger Bevölkerung im Vergleich zur restlichen Bundesbevölkerung vor, die hinzunehmen nicht empfohlen werden kann.

Als zentrale Empfehlung des vorliegenden Handlungskonzeptes hat sich das Anstreben eines befristeten Modellversuchs herauskristallisiert. Vorteilhaft bei diesem Vorgehen ist die Einführung und Anwendung eines standardisierten, wenn auch nicht im Gesetz verankerten, Prozederes. Als vergleichsweise gering ist der bürokratische Aufwand für den SPV zu bewerten. Bei einem positiven Verlauf des Modellversuchs könnte nach der Erprobungsphase auf eine langfristige Etablierung hingewirkt werden. Die Pflegekassen, namentlich die AOK Bayern, zeigten sich für einen solchen Modellversuch durchaus aufgeschlossen. Nicht zuletzt könnte er die Pflegekassen bei der Wahrnehmung ihres Sicherstellungsauftrags gem. § 69 SGB XI unterstützen. Vor dem Hintergrund dessen, dass ein solcher Modellversuch – naturgemäß – im Recht der sozialen Pflegeversicherung nicht vorgesehen ist, könnte die Konsultation des bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege zur Erwirkung einer Legitimation des Modellversuchs hilfreich sein. Aufgrund der derzeitigen vierten Welle der Corona-Pandemie muss jedoch mit der aktuellen Fokussierung der Akutversorgung in den Krankenhäusern durch das Ministeriums gerechnet werden.

In Ergänzung zu dem Modellversuch könnten parallel eine Mitgliedschaft Balderschwangs im Krankenpflegeverein Hittisau und im SPV angestrebt werden. Hier müssten sich die Gemeindevertreter jedoch mit den vereinsrechtlichen Vorgaben aus beiden Ländern auseinandersetzen. Die Rechnungsprüfung sowie der Landesverband der Hauskrankenpflege Vorarlberg sind ferner bezüglich einer möglichen gemeindlichen Kostentragung der Mitgliedsbeiträge und der

zu erwartenden Kostenhöhe hinzuzuziehen. Sollte der Weg der Rechtsprechung gewünscht sein, könnte ein Musterprozess gegen die Pflegekasse Klarheit schaffen. Jedoch wären hier der entstehende organisatorische Aufwand, das Verfahrensrisiko sowie der erwartete Nutzen durch die beteiligten Akteur*inne abzuwägen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass dem zu Auftragsbeginn in Raum gestellten Ziel der Vereinheitlichung bzw. Verbindung beider häuslichen Pflegeversorgungssysteme im deutschen Sozialrecht sowie dem EU-Recht zum jetzigen Zeitpunkt deutliche Grenzen gesetzt werden. Lediglich in der verwandten, jedoch im vorliegenden Fall nicht heranzuziehenden, Krankenversorgung ist die Rechtslage eindeutiger und sorgt dort für kontinuierlich zunehmende Handlungsspielräume. Folglich ist, entgegen den Wünschen der beteiligten Akteur*innen, eine klar finalisierte und auf langfristige Dauer angelegte Problemlösung aktuell nicht möglich. Jedoch ist Optimismus angezeigt, dass bis zur Beendigung eines Modellversuches die unklare Rechtslage durch Gesetzgebung weiterentwickelt bzw. mit Rechtsprechung präzisiert sein wird.

Darüber hinaus verdeutlichen die Untersuchungsergebnisse, dass historische Bindungen und Traditionen von großer Bedeutung sind, wenn in Zeiten eklatanter Lücken in der pflegerischen Versorgung alternative sozialräumliche und nachbarschaftliche Lösungen gefunden werden müssen. Balderschwang und Hittisau zeigen, dass diese verbindenden Elemente sogar stärker wiegen können als Staatsgrenzen. Insofern haben die vorliegenden Ergebnisse in jedem Fall eine Vorbildfunktion für andere ländliche Räume mit Versorgungsengpässen erbracht.

Die an der Untersuchung beteiligten Forschenden vom Institut für Gesundheit und Generationen (IGG) bedanken sich abschließend herzlich bei den Vertretungen der beiden Gemeinden und den zugehörigen Organisationen für die freundliche Aufnahme und für die offene Gesprächsatmosphäre, durch die umfangreiche Einblicke in die grenzübergreifende Kultur und Sozialstruktur erst ermöglicht wurden.

Literaturverzeichnis

AOK Bayern (2017): AOK Bayern: über 4,5 Millionen Versicherte.

Marktanteil über 40 Prozent, <https://www.aok.de/pk/bayern/inhalt/aok-bayern-ueber-45-millionen-versicherte/>

Arbeitsgemeinschaft Mobile Hilfsdienste (ARGE MOHI) (2021): Leistungen der regionalen MOHIs. Dornbirn: ARGE MOHI, <https://mohi.at/vorarlberg/home/>. (Zugriff am 23.05.2021)

Bayerisches Landesamt für Statistik (LfStat) (2020): Gemeinde Balderschwang 09 780 113. Eine Auswahl wichtiger statistischer Daten. Fürth: Statistik kommunal 2020, https://www.statistik.bayern.de/mam/produkte/statistik_kommunal/2020/09780113.pdf

Bayerisches Rotes Kreuz (BRK) (o. J.): Informationen zum Projekt, <https://www.rettungsdienst.brk.de/abteilung/grenzueberschreitender-rettungsdienst-gue-rd/informationen-zum-projekt.html> (Zugriff am 15.04.2021)

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) (2020): Ausbildungsleitfaden zur generalistischen Pflegeausbildung ab 2020. Herausforderungen und Chancen - dem Fachkräftemangel mit einem neuen, zeitgemäßen Berufsbild begegnen. München: StMGP

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (2020): Pflegeausbildung aktuell. Modern, vielfältig und zukunftsfähig. Informationen zu den Pflegeausbildungen nach dem Pflegeberufegesetz ab 01.01.2020. Bonn: BIBB

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) (2019): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2018. Wien: BMASGK

Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort (BMDW) (2021): Höhe des Pflegegeldes ab 1. Jänner 2021. Wien: BMDW, <https://www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/pflege/4/Seite.360516.html> (Zugriff am 15.11.2021)

connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege gem. GmbH (Connexia) (o. J. a): Qualitätsstandards für die Hauskrankenpflege in Vorarlberg. Bregenz: Connexia

connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege gem. GmbH (Connexia) (o. J. b): Hauskrankenpflege in Vorarlberg. Bregenz: Connexia

Delecrosse, Eric/Leloup, Fabienne/Lewalle, Henri (2017): Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen. Theorie und Praxis. Hrsg. Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. Luxemburg: Europäische Union

Deutscher Bundestag (2017): Pflegevorsorge in Österreich. Leistungen, Finanzierung und Ausgaben. Berlin: Ausarbeitung, Wissenschaftliche Dienste, Deutscher Bundestag

Fichtinger, Christine/Rabl, Renate (2014): Arbeitsumfeld Hauskrankenpflege. Herausforderungen in der ambulanten Pflege erkennen und meistern, Springer Medizin: Heidelberg, Dordrecht, London, New York

Gemeinde Hittisau (o. J.): Sozialsprengel Vorderwald, <https://www.hittisau.at/soziales/gesundheit/sozialsprengel-vorderwald#:~:text=%20Angebotene%20Dienste%20des%20Sozialsprengels%20Vorderwald%3A%20%201,Es-sen%20auf%20R%C3%A4dern%206%20div.%20Fahrdienste%20More%20> (Zugriff am 10.09.2021)

Gemeinde Mittelberg (2021): Pflegeheim. Mittelberg: Gemeinde Mittelberg, <https://www.gde-mittelberg.at/de/gemeindeverwaltung/gemeindebetriebe/sozialzentrum/pflegeheim>. (Zugriff am 26.09.2021)

Hauskrankenpflege Vorarlberg (o. J.a): Hauskrankenpflege. Gut versorgt in den eigenen vier Wänden. Dornbirn: Hauskrankenpflege Vorarlberg, <https://www.hauskrankenpflege-vlbg.at/> (Zugriff am 25.03.2021)

Hauskrankenpflege Vorarlberg (o. J.b): Herzlich willkommen beim Krankenpflegeverein Kleinwalsertal. Dornbirn: Hauskrankenpflege Vorarlberg, <https://www.hauskrankenpflege-vlbg.at/vereine/kleinwalsertal/ueber-uns/> (Zugriff am 26.09.2021)

Isfort, Michael/ Klie, Thomas (2020): Monitoring Pflegepersonalbedarf Bayern 2020. Regional-konferenz: Schwaben. Hrsg. Von Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB). Köln/Freiburg/München: VdPB

Kleinwalsertal Tourismus eGen (Kleinwalsertal) (2021): Die vier Dörfer. Riezlern Mittelberg Hirschegg Baad. Hirschegg: Kleinwalsertal, <https://www.kleinwalsertal.com/de/Region/Orte> (Zugriff am 26.09.2021)

Ludewig, Thilo (1981): Balderschwang gestern und heute. Geschichtlicher Rückblick auf diesen bekannten Wintersportplatz und Kurort. Weiler im Allgäu: Holzer

Mamerow, Ruth (2018): Praxisanleitung in der Pflege, 6., aktualisierte Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer

OECD/European Commission (2013): A Good Life in Old Age? Policies to drive quality in long-term care, https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-good-life-in-old-age_9789264194564-en#page1

Medizinischer Dienst Bayern (MD Bayern) (o. J. a): Qualität in der Pflege. München: MD Bayern, <https://www.md-bayern.de/unserethemen/qualitaet-in-der-pflege/> (Zugriff am 11.10.2021)

Medizinischer Dienst Bayern (MD Bayern) (o. J. b): Der Medizinische Dienst im Gesundheitssystem. Für eine gute und gerechte Gesundheitsversorgung. München: MD Bayern, <https://www.medizinischerdienst.de/medizinischerdienst/medizinischer-dienst-gesundheits-system/> (Zugriff am 11.10.2021)

Medizinischer Dienst Bayern (MD Bayern) (o. J. c): Über den Medizinischen Dienst Bayern. Fachlich kompetent und unabhängig. München: MD Bayern, <https://www.md-bayern.de/ueber-uns/ueber-uns/> (Zugriff am 11.10.2021)

Republik Österreich Parlamentsdirektion (2016): GuKG-Novelle 2016. Wien: Republik Österreich, <https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/II/01194/index.shtml#> (Zugriff am 25.03.2021)

Sozialsprenkel Vorderwald (SPV) (o. J.): Krankenpflegevereine. Hauskrankenpflege in jedem Ort. Langenegg: SPV, <https://www.sozialsprenkel-vorderwald.at/hauskrankenpflege/krankenpflegevereine> (Zugriff am 10.09.2021)

Sozialsprenkel Vorderwald (SPV) (2019): Statuten für den Verein „Sozialsprenkel Vorderwald“. Langenegg: SPV

Them, Christa/Wetzlmair, Jutta/Schulc, Eva (2018): Die Bildungspyramide der Pflegeberufe in Österreich. In: Sahmel, Karl-Heinz (Hrsg.): Hochschuldidaktik der Pflege und Gesundheitsfachberufe. Wiesbaden: Springer, S. 132–140

Trinationales Kompetenzzentrum für Ihre Gesundheitsprojekte (TRISAN) (o. J. a): Über uns. Kehl: TRISAN, <https://www.trisan.org/trisan/ueber-uns> (Zugriff am 14.04.2021)

Trinationales Kompetenzzentrum für Ihre Gesundheitsprojekte (TRISAN) (o. J. b): Weitere Aktivitäten. Kehl: TRISAN, <https://www.trisan.org/trisan/weitere-aktivitaeten> (Zugriff am 14.04.2021)

Urban, Marko (2016): Die Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege in Deutschland und Österreich. Studien aus dem Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik. Band 64, 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos