



ÖAR - Dachorganisation der Behindertenverbände Österreichs

1010 Wien, Stubenring 2/4 Tel: 01 5131533, Fax DW 150

[dachverband@oear.or.at](mailto:dachverband@oear.or.at), [www.oear.or.at](http://www.oear.or.at)

ZVR-Zahl: 413797266

# ÖAR Positionspapier zu inklusiver Pflege und Betreuung von Menschen mit Behinderungen mit Pflegebedarf

Entwurf 1.0 nach KT 3 am 23.4.2015 für Präsidium am 12.6.2015

---

## **Art 1 Behindertenrechtskonvention**

*Zweck dieses Übereinkommens ist es, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern. Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern*

Die ÖAR-Dachorganisation der Behindertenverbände Österreichs vereint 75 Mitgliedsorganisationen zur Interessensvertretung der Menschen mit Behinderungen. Über ihre Mitgliedsorganisationen sind über 400.000 Menschen mit Behinderungen organisiert.

Die ÖAR-Dachorganisation der Behindertenverbände Österreichs vertritt die Interessen der Menschen mit Behinderungen, die oft auch Pflegebedarf haben, überparteilich und überkonfessionell.

Die ÖAR-Dachorganisation der Behindertenverbände Österreichs begrüßt die Anstrengungen der österreichischen Bundesregierung zur Sicherung der Pflege von Menschen mit Behinderungen.

Die ÖAR-Dachorganisation der Behindertenverbände Österreichs ist besorgt über Erschwernisse beim Zugang zum Pflegegeld, über die zunehmende Armut und Armutsgefährdung von Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf und unzureichende Angebote, die deren selbstbestimmtes Leben und soziale Teilhabe absichern.

Die ÖAR-Dachorganisation der Behindertenverbände Österreichs fordert die Umsetzung der UN Konvention über die Rechte der Menschen mit Behinderungen für Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf ein. Dazu ist die umfassende Partizipation der selbst betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen erforderlich, um innovative und ressourcenorientierte Lösungen zu finden und **Selbstbestimmung, Gleichstellung und Barrierefreiheit** ist im Interesse aller Menschen mit Pflegebedarf umzusetzen.

Hochachtungsvoll

Wien, ..... 2015



## ÖAR - Dachorganisation der Behindertenverbände Österreichs

1010 Wien, Stubenring 2/4 Tel: 01 5131533, Fax DW 150

[dachverband@oear.or.at](mailto:dachverband@oear.or.at), [www.oear.or.at](http://www.oear.or.at)

ZVR-Zahl: 413797266

## Inhalt

<b>INKLUSIVES VERSTÄNDNIS VON PFLEGE I.S. DER BRK</b>	<b>3</b>
<b>PARTIZIPATION UND INNOVATION ZUR UMSETZUNG DER BEHINDERTENRECHTSKONVENTION IN DER PFLEGE</b>	<b>4</b>
Inklusion statt Exklusion	4
Das Soziales Modell der Pflegebedürftigkeit und Ressourcenorientierung	5
Partizipation und soziale Innovation	5
<b>ZWEI SÄULEN FÜR EIN INKLUSIVES PFLEGESYSTEM</b>	<b>6</b>
1. Gleiches Recht auf Rehabilitation und Habilitation	6
2. Pflegebedürftigkeit als finanzielles Lebensrisiko gesetzlich absichern	6



## Inklusives Verständnis von Pflege i.S. der BRK

Behinderung im Sinne der UN Konvention über die Rechte der Menschen mit Behinderungen (BRK) ist eine soziales Phänomen und keine Krankheit.

Daher verstehen wir Pflege und Betreuung als Mittel um Selbstbestimmung und Teilhabe sicherzustellen.

Entscheidend ist, dass Menschen mit Behinderungen mit Pflege- und Betreuungsbedarf **ausreichend finanzielle Mittel** erhalten, um selbstbestimmt jene Unterstützungsleistungen erhalten zu können, welche ihnen Selbstbestimmung und soziale Teilhabe ermöglichen. Die **Wahlmöglichkeit** zwischen der Inanspruchnahme von Geld- und Sachleistungen ist abzusichern.

Dazu gehört insbesondere die Möglichkeit **persönliche Assistenz** in Anspruch nehmen zu können, die im § 3c des GuKG geregelt ist<sup>1</sup>.

Die Zielsetzung des § 1 BPGG<sup>2</sup> ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen ist zu realisieren. Auch die Weltgesundheitsorganisation geht von einem Begriff der Pflege<sup>3</sup> aus, der auf die **Förderung der Selbstbestimmung** abzielt und der Gestaltung der Rahmenbedingungen, welche Gesundheit und Wohlbefinden fördern, eine zentrale Rolle beimisst.

<sup>1</sup>Persönliche Assistenz

§ 3c. (1) Einzelne pflegerische Tätigkeiten an Menschen mit nicht nur vorübergehenden körperlichen Funktionsbeeinträchtigungen oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen, die geeignet sind, diesen Menschen eine gleichberechtigte und selbstbestimmte Lebensführung zu verwehren, dürfen von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im Einzelfall nach Maßgabe der Abs. 2 bis 5 Laien angeordnet und von diesen ausgeübt werden. Dies gilt nicht

1. im Rahmen institutioneller Betreuung, wie in Krankenanstalten, Wohn- und Pflegeheimen sowie
2. bei einem Betreuungsverhältnis des Laien zu mehr als einer Person.

(2) Eine Anordnung gemäß Abs. 1 ist nur zulässig, sofern

1. eine nach den Regeln über die Einsichts- und Urteilsfähigkeit gültige Einwilligung durch die betreute Person selbst oder durch die gesetzliche Vertretung oder den Vorsorgebevollmächtigten vorliegt,
2. eine Anleitung und Unterweisung durch einen Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erfolgt ist,
3. ein Angehöriger des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege unter ausdrücklichem Hinweis auf die Möglichkeit der Ablehnung der Übernahme der Tätigkeit diese Tätigkeit schriftlich, in begründeten Fällen und, sofern die Eindeutigkeit und Zweifelsfreiheit sichergestellt sind, mündlich bei unverzüglicher, längstens innerhalb von 24 Stunden, erfolgreicher schriftlicher Dokumentation, anordnet.

(3) Der Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege hat sich im erforderlichen Ausmaß zu vergewissern, dass die Person gemäß Abs. 1 über die erforderlichen Fähigkeiten verfügt. Dies ist ebenso wie die Anleitung und Unterweisung und die Anordnung gemäß § 5 zu dokumentieren.

(4) Die Anordnung ist nach Maßgabe pflegerischer und qualitätssichernder Notwendigkeiten befristet, höchstens aber für die Dauer des Betreuungsverhältnisses, zu erteilen. Sie ist schriftlich zu widerrufen, wenn dies aus Gründen der Qualitätssicherung oder auf Grund der Änderung des Zustandsbildes der betreuten Person erforderlich ist; in begründeten Fällen und, sofern die Eindeutigkeit und Zweifelsfreiheit sichergestellt sind, kann der Widerruf mündlich erfolgen. In diesen Fällen ist dieser unverzüglich, längstens innerhalb von 24 Stunden, schriftlich zu dokumentieren.

(5) Die Person gemäß Abs. 1 ist verpflichtet, der anordnenden Person unverzüglich alle Informationen zu erteilen, die für die Anordnung von Bedeutung sein könnten, insbesondere Veränderung des Zustandsbildes der betreuten Person oder Unterbrechung der Betreuungstätigkeit.

<sup>2</sup> "Das Pflegegeld hat den Zweck, in Form eines Beitrages pflegebedingte Mehraufwendungen pauschaliert abzugelten, um pflegebedürftigen Personen soweit wie möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern sowie die Möglichkeit zu verbessern, ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu führen."

<sup>3</sup> <http://www.pflegewiki.de/wiki/Pflege> am 8.2.2015 17:45: "Der gesellschaftliche Auftrag der Pflege ist es, dem einzelnen Menschen, der Familie und ganzen Gruppen dabei zu helfen, ihr physisches, psychisches und soziales Potential zu bestimmen und zu verwirklichen, und zwar in dem für die Arbeit anspruchsvollen Kontext ihrer Lebens und Arbeitsumwelt. Deshalb müssen die Pflegenden Funktionen aufbauen und erfüllen, welche die **Gesundheit** fördern, erhalten und **Krankheit** verhindern. Zur Pflege gehört auch die **Planung** und Betreuung bei **Krankheit** und während der **Rehabilitation**, und sie umfasst zudem die physischen, psychischen und sozialen Aspekte des Lebens in ihrer Auswirkung auf **Gesundheit**, **Krankheit**, **Behinderung** und **Sterben**. Pflegenden gewährleisten, dass der einzelne und die Familie, seine Freunde, die soziale Bezugsgruppe und die Gemeinschaft gegebenenfalls in alle Aspekte der Gesundheitsversorgung einbezogen werden, ÖAR Positionspapier Pflege Version 1.0 2015-04-23 Ergebnis nach KT Ges Reha Pflege für Präsidium am 12.6.2015



## Partizipation und Innovation zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention in Pflege und Betreuung

Die Rechte der Menschen mit Behinderung mit Pflege- und Betreuungsbedarf gemäß der UN Konvention über die Rechte der Menschen mit Behinderungen (BRK) sind umfassend zu gewährleisten:

*Artikel 1 „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“*

### Inklusion statt Exklusion

Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf haben gemäß BRK ein Recht auf volle und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft und auf selbstbestimmtes Leben.

- Sie dürfen nicht gegen ihren Willen genötigt werden in Institutionen zu leben.
- Sie haben Recht auf Angebote, die für alle Menschen mit Behinderungen mit Pflege- und Betreuungsbedarf ein selbstbestimmtes Leben und volle Teilhabe an der Gesellschaft, ermöglichen.

Die bisherigen Dienstleistungsangebote für Menschen mit Behinderungen mit Pflege- und Betreuungsbedarf, orientieren sich nur vereinzelt an diesen Anforderungen. Für die Zukunft wird politisch auf stationäre Angebote zum Teil **in zu großen Einrichtungen** oder mit 24 Stunden Betreuung gesetzt. Selbstbestimmtes Leben daheim und die Betreuung zu Hause durch oder ambulante Dienste, wurde durch den erschwerten Zugang zum Pflegegeld für viele zum nicht finanzierbaren Traum. **Zu- und Angehörige haben dadurch oft keinen Zugang zu Unterstützungsleistungen.**

Der Fokus der aktuellen Angebote ist nicht ein selbstbestimmtes Leben, sondern die Abdeckung einer Grundversorgung. Unwillen der Betroffenen diese Rahmenbedingungen zu akzeptieren oder die Unmöglichkeit das Leben unter diesen Rahmenbedingungen zu bewältigen, wird viel zu oft als Krankheitssymptom interpretiert oder aus Personalmangel mit Psychopharmaka behandelt. Das führt zur Verschlechterung des Gesundheitszustandes, der Erhöhung des Sturzrisikos, der vermehrten Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und der weiteren Erhöhung des Pflege- und Betreuungsbedarfs.

Es besteht aus folgenden Gründen **dringender Handlungsbedarf**:

1. Das derzeitige Pflege- und Betreuungssystem orientiert sich nicht an den Zielsetzungen der BRK, Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf ein selbstbestimmtes Leben und Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen
2. Defizite im Sozialsystem, welchem die Umsetzung der BRK derzeit primär zugeordnet wird, führen zu vermeidbaren Inanspruchnahmen des stationären Gesundheitssystems.
3. Die daraus folgenden erheblichen Verschlechterungen der Lebensqualität führen nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für deren Familien und für die in der Pflege und Betreuung tätigen Personen, zu gesundheitlichen und kostenintensiven Folgeproblemen.



## ÖAR - Dachorganisation der Behindertenverbände Österreichs

1010 Wien, Stubenring 2/4 Tel: 01 5131533, Fax DW 150

[dachverband@oear.or.at](mailto:dachverband@oear.or.at), [www.oear.or.at](http://www.oear.or.at)

ZVR-Zahl: 413797266

Den derzeitig politisch priorisierten Konzepten liegt überwiegend ein Verständnis zu Grunde, welches Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf im Sinne eines medizinischen Defizitmodells betrachtet, deren „Mängel“ vor allem durch Versorgung, Medikamente oder Operationen zu beheben oder zu kompensieren sind.

Die daraus folgende weitgehende Exklusion von Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf widerspricht der BRK.

### Das Soziale Modell der Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit und Ressourcenorientierung

Die Behindertenrechtskonvention geht von einem sozialen Modell der Behinderungen aus, das die Basis für die Inklusion der Menschen mit Behinderung mit Pflege- und Betreuungsbedarf in die Gesellschaft bildet.

Inklusion bedeutet, dass nicht subjektive Defizite eines Menschen, sondern immer seine Möglichkeiten und Ressourcen im Zentrum der Betrachtung stehen.

Die Lebensräume sind so zu gestalten, dass sie für möglichst alle Menschen gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe an der Gesellschaft und am Leben ermöglichen und Barrieren abgebaut werden, die Teilhabe verhindern.

Barrierefreiheit umfasst unterschiedliche Dimensionen, wobei hier insbesondere auf die Folgenden hinzuweisen ist:

1. **Soziale** Barrierefreiheit betrifft die Einstellungen und Haltungen, welche Teilhabe/Partizipation unterstützen und damit Inklusion bewirken.
2. **Physische** Barrierefreiheit ermöglicht umfassende Mobilität durch den hindernisfreien Zugang (*inklusive Benutzbarkeit*) zur physischen Umwelt.
3. **Kommunikative** Barrierefreiheit verwendet nicht nur das gesprochene oder geschriebene Wort und ermöglicht damit Kommunikation für alle Menschen (z.B. Leichte Sprache, Lormen, Gebärdensprache, Braille, Piktogramme, auditive Description, unterstützte Kommunikation, technische Hilfsmittel).

Das soziale Modell der Behinderung stellt den Menschen in den Mittelpunkt und zielt darauf ab die individuellen Ressourcen zur Umsetzung eines selbstbestimmten Lebens zu nützen, zu aktivieren und sofern erforderlich zu unterstützen. Das kann etwa auch durch Stärkung, Aktivierung und Aufbau von persönlichen unterstützenden Netzwerken erfolgen.

### Partizipation und soziale Innovation

Die Anforderungen der Behindertenrechtskonvention machen eine grundlegende Veränderung des derzeitigen Dienstleistungsangebotes im Pflege- und Betreuungsbereich nötig.

Das derzeit dominierende Bild von Menschen mit Behinderungen mit Pflege- und Betreuungsbedarf, das diesen eine überwiegend passive, dankbare und hilflose Rolle zuschreibt und kaum Raum für eine selbstbestimmte Lebensführung lässt, ist durch das menschenrechtlich determinierte Bild eines selbstbestimmten Menschen mit Unterstützungsbedarf zu ersetzen.

Nur durch aktive Einbeziehung der Menschen mit Behinderungen und ihren Angehörigen kann eine Entwicklung gelingen, die Menschen nicht schon vorzeitig resignieren lässt, was den Pflegebedarf erhöht.



Durch Partizipation der Betroffenen und ihrer Angehörigen können Anforderungen an innovative Dienstleistungen entwickelt und richtungsweisende Angebote flächendeckend ausgerollt werden.

## Säulen für ein inklusives Pflege- und Betreuungssystem

In einem partizipativen Prozess unter Einbeziehung der Menschen mit Behinderungen mit Pflege- und Betreuungsbedarf Vorgaben zu definieren, welche folgenden Grundsätze entsprechen:

1. Gleiches Recht auf Rehabilitation und Habilitation für alle
2. Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit ist allgemeines Lebensrisiko und daher abzusichern

### 1. Gleiches Recht auf Rehabilitation und Habilitation

Unabhängig von Alter, Gesundheitszustand, Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit und Ursache einer Beeinträchtigung ist das Recht auf umfassende Rehabilitation zu gewährleisten. Dadurch kann Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit vermieden oder auf einem möglichst niedrigen Niveau stabilisiert werden.

Das Recht auf Rehabilitation umfasst auch das Recht auf Prävention von Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit. Diesem ist im Gesundheitswesen insbesondere in der stationären Akutmedizin verstärkte Aufmerksamkeit zu widmen.

Darüber hinaus sind Konzepte der Verhältnisprävention von Pflegebe- und Betreuungsbedürftigkeit, insbesondere durch wirtschaftliche Absicherung und umfassende Angebote zur Ermöglichung sozialer Teilhabe und Trainingsangebote für Kraft und Gleichgewicht (z.B. Seniorentanzgruppen u.ä.) zu entwickeln und flächendeckend umzusetzen.

In diesem Sinn sind auch rehabilitative und unterstützende Angebote **im Rahmen der Gesundheitsvorsorge** für Menschen zu entwickeln, deren Antrag auf Gewährung oder Erhöhung von Pflegegeld abgelehnt wurde, damit diese bestmögliche Unterstützung erfahren, um ihr Leben selbstbestimmt weiter daheim meistern können.

### 2. Pflegebedürftigkeit als finanzielles Lebensrisiko gesetzlich absichern

Das Pflegegeld-System ist als das zentrale Element im System, welches Selbstbestimmung bei Pflegebedarf ermöglicht, auf gesetzlicher Ebene inhaltlich und finanziell abzusichern und in seiner ursprünglichen Konzeption wiederherzustellen. Dazu ist der erfolgte Wertverlust seit seinem in Kraft treten voll auszugleichen und eine jährliche Valorisierung gesetzlich zu verankern.

Bei Sachleistungen im Pflegebereich ist Kostentransparenz herzustellen und es sind österreichweit einheitliche Leistungsprofile und Personalkennzahlen, sowohl für den ambulanten wie den stationären Bereich, verpflichtend einzuführen. **Dazu sind diese Eckdaten zur Qualitätssicherung sowohl in die 15a BVG Vereinbarung des Bundes mit den Ländern zur Pflege als in das Pflegefondsgesetz aufzunehmen.**