

TOP 3.6.6 Veranstaltung

10 Jahre Gleichstellung von Menschen mit Behinderung – 10 Jahre Behindertenanwaltschaft

Abteilung: Sozialpolitik (Martina Chlestil)

TeilnehmerInnenkreis: VertreterInnen und ExpertInnen von Ministerien, Behindertenorganisationen, Sozialministeriumservice, AMS, Trägerverbänden, BVerwG, Behindertenvertrauenspersonen, Arbeiterkammern, Fachgewerkschaften, betroffene Personen, ArbeitnehmerInnen

Veranstaltungsort / zeit: ÖGB, Catamaran, 14./15.1.2016

1. Inhalt

Mit Jänner 2006 ist das Behindertengleichstellungspaket in Kraft getreten. Damit wurden wesentliche Schutzbestimmungen für Menschen mit Behinderung vor Diskriminierung in der Arbeitswelt und im „täglichen Leben“ gesetzlich verankert. Gleichzeitig wurde die Funktion der Behindertenanwaltschaft geschaffen, die Menschen, die sich aus Gründen der Behinderung als diskriminiert erachten, berät und bei der Durchsetzung ihrer Anliegen unterstützt.

In dieser gemeinsamen Veranstaltung von Behindertenanwaltschaft, Sozialministerium, ÖGB Chancen Nutzen Büro und der Bundesarbeitskammer wurde am ersten Tag Bilanz gezogen: In Rahmen von Fachvorträgen wurde dargelegt, wie Gesetz und Behindertenanwaltschaft entstanden sind, wie es heute mit der Umsetzung der Gleichstellung von Menschen mit Behinderung in den Bereichen Bildung und Arbeitswelt aussieht und inwieweit die Barrierefreiheit beim Zugang zu Gütern und Dienstleistungen verwirklicht ist. Am zweiten Tag wurden Erfahrungen zum Behindertengleichstellungsrecht aus Deutschland und die europäische Sichtweise dargelegt. Abgerundet wurde die Veranstaltung mit einer Skizzierung der Herausforderungen, die es in Zukunft zu bewältigen gilt.

2. Ergebnisse und Positionen

- **Ergebnisse - Erfahrungen:**

Die Herausforderungen für Menschen mit Behinderung, ihren Alltag, ihren Beruf, ihre Ausbildung zu meistern, sind immer noch enorm. Sei es, dass ein Geschäftslokal, eine Bank oder ein Restaurant nicht barrierefrei ist, weil etwa eine Rampe fehlt; sei es, dass ein/e StellenbewerberIn aufgrund seiner/ihrer Behinderung zum Bewerbungsgespräch gar nicht eingeladen wird, oder eine Arbeitnehmerin mit Behinderung von Weiterbildungsmaßnahmen und Karrieremöglichkeiten im Unternehmen ausgeschlossen ist, dass ein/e ArbeitnehmerIn nach längerem Krankenstand gekündigt wird oder dass Kinder mit Behinderung die Regelschule nicht besuchen können usw. Es sind vor allem die Barrieren, die baulichen, aber auch die sozialen und jene in den Köpfen der Menschen (die Vorurteile), die behindern und eine gleichberechtigte Teilhabe erschweren.

- **Argumentationshilfen für ArbeitnehmerInneninteressen:**

Ein zentraler Bereich für die gleichberechtigte Teilhabe ist die Arbeitswelt: Menschen mit Behinderungen (rund 20 % der Menschen im erwerbsfähigen Alter haben eine Behinderung) müssen uneingeschränkt am beruflichen Leben teilhaben können. Nur dadurch ist es ihnen möglich, selbständig und selbstbestimmt ihren Lebensunterhalt aufzubringen und gleichberechtigt

an der Gesellschaft teilhaben zu können. Ein diskriminierungsfreier Zugang zu adäquater, sozialversicherungsrechtlich abgesicherter, kontinuierlicher, existenzsichernder Erwerbsarbeit ist daher besonders wichtig und die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen in Beschäftigung und Beruf voranzutreiben.

Die Situation am Arbeitsmarkt ist für Menschen mit Behinderungen aber nicht nur dramatisch geblieben, sondern hat sich in den letzten Monaten sogar noch zugespitzt: Die Arbeitslosigkeit ist im Jahr 2015 bei Menschen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen noch stärker gestiegen als bei Menschen ohne gesundheitliche Einschränkungen (+15,7 % gegenüber +9,9 %).

Auch die absoluten Zahlen belegen die schwierige Situation. Im Jahresdurchschnitt 2015 waren rund 66.600 Menschen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen als arbeitsuchend registriert. 2014 waren es noch 9.000 weniger.

Menschen mit Behinderungen sind im Vergleich zu nicht-behinderten Personen länger arbeitslos und der Anteil der BezieherInnen von Notstandshilfe ist höher. Besonders von Arbeitslosigkeit betroffen sind Frauen mit Behinderung. Die Folgen davon sind schwerwiegend: Hohe Armutsgefährdung und Barrieren für die gesellschaftliche, soziale und politische Inklusion.

- Menschen mit Behinderung müssen in der **Arbeitsmarktpolitik** eine entsprechende Bedeutung erfahren und verstärkt in die Arbeitsmarktförderung des AMS einbezogen werden.
- ArbeitgeberInnen müssen trotz der wirtschaftlich angespannten Zeiten die **Beschäftigungspflicht** ernst nehmen. Aufgrund der prekären Beschäftigungssituation ist es auch notwendig, die **Ausgleichstaxe** maßgeblich anzuheben; auch eine wertgesicherte jährliche Anpassung ist vorzusehen.
- Zudem ist die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen in den Betrieben voranzutreiben: So ist im Behinderteneinstellungsgesetz vorgesehen, dass ArbeitgeberInnen **angemessene Vorkehrungsmaßnahmen** treffen müssen, um ArbeitnehmerInnen mit Behinderung den Zugang zur Beschäftigung und die Ausübung des Berufes zu ermöglichen. Die Zusammenarbeit zwischen ArbeitgeberInnen und externen AkteurInnen, wie etwa dem Sozialministeriumservice, den beruflichen Assistenzen, dem AMS oder SV-Trägern ist zu intensivieren, um diese gesetzlichen Vorgaben konsequent in der Realität umzusetzen.
- Darüber hinaus braucht es mehr **Sensibilisierungs- und Schulungsmaßnahmen** in den Betrieben, um die Vorurteile, die der Beschäftigung von Menschen mit Behinderung entgegengebracht werden, abzubauen. Auch ein Wissen über Unterstützungs- und Fördermaßnahmen muss in den Betrieben geschaffen werden.
- **Andere relevante Positionen:**
 - Eine eigenständige **Absicherung bei Tätigkeiten in Behindertenwerkstätten** ist dringend umzusetzen: Im Regierungsprogramm 2013-2018 ist vorgesehen, dass Menschen mit Behinderung, die in einer Behindertenwerkstätte tätig sind – immerhin rund 23.500 Menschen – eine eigenständige Absicherung bekommen sollen. Deren sozialversicherungsrechtliche Absicherung wäre ein wichtiger und sehr begrüßenswerter Schritt in die richtige Richtung. Die Arbeiterkammer tritt dafür ein, dass für diese

Beschäftigten auch klare und faire arbeitsrechtliche Rahmenbedingungen geschaffen werden.

- Der **Diskriminierungsschutz für Menschen mit Behinderung im „täglichen Leben“** ist weiterzuentwickeln! So darf sich beispielsweise die Regelung der Barrierefreiheit nicht in einem geringen Schadenersatzanspruch für Betroffene erschöpfen, der wegen zu hohem Prozessrisiko erst gar nicht eingeklagt wird. Es muss ein Rechtsanspruch auf Schaffung von Barrierefreiheit im Sinne eines Rechts auf Beseitigung der Barriere geschaffen werden und das Prozesskostenrisiko muss begrenzt werden.

Auch eine Verbesserung der Verbandsklagerechte und die Ausweitung der Unterstützungsmöglichkeiten des Behindertenanwalts würden hier wertvolle Verbesserungen bringen!

- Weiters müssen wir alles dran setzen, um die **Chancengleichheit im österreichischen Bildungssystem** für Kinder und Jugendliche zu verwirklichen. Alle Kinder und Jugendlichen, auch jene mit Behinderung, müssen die notwendige Unterstützung für eine gute Bildung im allgemeinen Bildungssystem erhalten.

TOP 3.6.6 Gute Pflege aus Sicht der Beschäftigten

Abteilung: Sozialversicherung und Frauen und Familie
TeilnehmerInnenkreis: 170 TeilnehmerInnen: Berufsangehörige, Interessens-
MinisteriumsvertreterInnen
Veranstaltungsort, -zeit: BIZ, 21.01.2016, 09:30 – 15:00 Uhr

1. Inhalt

Vorgestellt wurde eine qualitative Studie des Europäischen Zentrums für Wohlfahrtspolitik zum Thema „Gute Pflege aus Sicht der Beschäftigten“. Zentraler Punkt der Studie ist die Identifizierung der sogenannten Hot Spots in der Pflege aus Sicht der Beschäftigten und die Formulierung erster Lösungsansätze bzw Empfehlungen zur Verbesserung der Qualität in der Langzeitpflege. Als Modell für eine neue Organisation der Pflege stellte Jos de Blok, Geschäftsführer des mittlerweile größten niederländischen mobilen Pflege-Anbieters „Buurtzorg“ (zu Deutsch: Nachbarschaftshilfe) den Ansatz seiner Organisation vor: Selbstorganisation der Pflegekräfte in der Nachbarschaft mit weitgehender Autonomie ohne überbordende Bürokratie. Im anschließenden Open Space wurden Perspektiven und Forderungen zur Weiterentwicklung „guter Pflege“ in Österreich erarbeitet und diskutiert.

2. Ergebnisse und Positionen

▪ Ergebnisse: Buurtzorg

Buurtzorg, eine NGO, ist der größte Anbieter mobiler Pflegedienste in den Niederlanden. Er wurde von Jos de Blok (selbst Pfleger) 2007 mit einem kleinen Team von PflegerInnen gegründet. Grund war die Unzufriedenheit der PflegerInnen mit einer seit den 80er/90er Jahren sehr „taylorisierten“ mobilen Pflege in den Niederlanden mit strikten Ziel- und Zeitvorgaben und sehr ausdifferenzierten Tätigkeitsprofilen der Pflegekräfte. Die damit einhergehende Verbürokratisierung der Pflegetätigkeit führte zu Autonomieverlust und Entwertung der Fachqualifikation der PflegerInnen und wirkte sich negativ auf die Qualität der Pflege aus.

Buurtzorg besinnt sich dagegen wieder auf die Tradition der Nachbarschaftskrankenschwestern, die in den Niederlanden früher für die mobile Pflege charakteristisch war, und entwickelt daraus ein innovatives Pflege- und Organisationskonzept mit folgenden Kernelementen:

Selbstorganisation in PflegerInnen – Teams statt komplexer Organisationsstrukturen

Kern des Organisationsprinzips von Buurtzorg ist die völlig eigenverantwortliche Arbeit der Pflegekräfte in Teams von 10-12 Personen (zuständig für ca 40 bis 50 KlientInnen in einem Gebiet von 5000 bis 10.000 EinwohnerInnen). Jedes Team trifft alle Entscheidungen für den kompletten Pflegeprozess autonom (inkl Planung, Aufnahme neuer MitarbeiterInnen, Koordination, Aufbau informeller regionaler Netzwerke, Verwaltung der Finanzen inkl eines eigenen Weiterbildungsbudgets, etc) Es gibt keine Teamleitung. Die Pflegekräfte sind weitgehend von administrativen Aufgaben befreit. Diese werden von insgesamt 45 weiteren bei Buurtzorg beschäftigten Administrativkräften übernommen. Jos de Blok ist Geschäftsführer von Buurtzorg. Ein mittleres Management gibt es nicht.

Ganzheitliche Pflege und Stärkung der Autonomie der KlientInnen

Erklärtes Ziel ist es, pflegebedürftigen Menschen ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Entsprechend weit gefasst ist das Verständnis von Pflege: PflegerInnen bei Buurtzorg sind GeneralistInnen (keine Ausdifferenzierung zwischen medizinischer und betreuender Unterstützung und sozialer Kontakte etc). Um eine wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten, schaffen PflegerInnen Netzwerke unter Einbeziehung von NachbarInnen, SozialarbeiterInnen, ÄrztInnen etc zur Unterstützung der KlientInnen. Einen hohen Wert hat dabei die Präventionsarbeit, da insbesondere die Stärkung der Autonomie der KlientInnen im Vordergrund steht.

Nutzung neuer Technologien

Zentral für die Kommunikation in der Organisation ist die interne Organisationsplattform „buurtzorgweb“, die It de Blok wie eine Art Facebook funktioniert. Diese wird nicht genutzt zur Übermittlung von Vorgaben der Geschäftsführung, sondern dient vor allem dem Austausch zwischen Jos de Blok mit den Teams und dem Austausch der Teams untereinander. Best Practice-Beispiele werden auf diese Weise sehr schnell auch für andere Teams verfügbar. So ist eine laufende interne Weiterentwicklung der Organisation gewährleistet¹.

▪ **Ergebnisse (Studie): Gute Pflege aus Sicht der Beschäftigten**

Im Auftrag der Abteilungen FF und SV ist das Europäische Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung mittels explorativer Interviews und Workshops in gemischten Settings der Frage nachgegangen, wie gute Pflege und Betreuung für pflegebedürftige Personen gewährleistet werden kann. Befragt wurden Beschäftigte aller Berufsgruppen im Bereich Pflege und Betreuung, in allen Bereichen – mobil, teilstationär und stationär; abgerundet wurde das Bild durch die Einbeziehung der 24-Stunden-Betreuung und Befragung von Angehörigen.

Dabei haben sich sechs Schwerpunkte herauskristallisiert, an denen es aus Sicht der Beschäftigten anzusetzen gilt:

a. Arbeitsbedingungen

„Gute Pflege“ kann nur auf Basis geeigneter Arbeitsbedingungen erbracht werden – von der Lage und Dauer der Arbeitszeit über angemessene Bezahlung und Organisation bis zur Kooperation im Team, Weiterbildungs- und Karrieremöglichkeiten. Ein wesentlicher Aspekt ist selbstverständlich, dass **ausreichend und gut qualifiziertes Personal** zur Verfügung steht.

Viele Stellen sind un- bzw unterbesetzt, **unterschiedliche Personalschlüssel** je nach Bundesland und Einrichtung und die damit verbundene Finanzierung des Personals führen zu Engpässen und in der täglichen Praxis muss durch Krankenstände und sonstige Abwesenheiten beinahe grundsätzlich mit **Personalmangel** gerechnet werden. Außerdem sehen die Beschäftigten Mängel im berufsgerechten Personaleinsatz (Fach-SozialbetreuerInnen Altenarbeit und Diplom-SozialbetreuerInnen wären eigentlich ideal in der Langzeitpflege eingesetzt, werden aber kaum beschäftigt bzw nur als PflegehelferInnen eingestellt und bezahlt.).

Die Beschäftigten fordern eine realistische Erstellung von Normkosten-Modellen und Personalschlüsseln, sowie einen Einsatz älterer MitarbeiterInnen entsprechend ihrer

¹ BEISPIELE FÜR WEITERENTWICKLUNG DER PFLEGEANGEBOTE: Ein Buurtzorg-Team entwickelte und realisierte das Konzept einer Kurzzeitpflegeeinrichtung für Pflegebedürftige, die pflegende Angehörige wenn sie zB krank sind oder ein paar Tage Urlaub machen möchten nutzen können („Buurtzorgpension“). Zwei PflegerInnen entwickelten in Kooperation mit einer Ergotherapeutin Maßnahmen, um das Sturzrisiko von KlientInnen zu vermindern. Ein Ansatz, der mittlerweile von vielen Teams in ihrer Arbeit übernommen wurde („Buurtzorgplus“ – Physio- und Ergotherapie).

erfahrungsspezifischen Fähigkeiten zB im Wissensmanagement oder in anderen Bereichen des Managements, der Verwaltung bzw in der Fortbildung.

b. Kooperation und Kommunikation

Die zentrale Bedeutung von Kooperation, Kommunikation und **Multidisziplinarität** wird von den Beschäftigten immer wieder unterstrichen, weil in der Realität der Pflege- und Betreuungsprozesse häufig Lücken, ineffiziente Prozeduren und ein Mangel an Gelegenheiten zum inter-professionellen und inter-organisatorischen Austausch an den entscheidenden Schnittstellen wahrgenommen werden. Der **Ausbau des strukturellen und strukturierten Dialogs** zwischen den Berufsgruppen und über einzelne Organisationen hinweg wird aus Sicht der Beschäftigten als wichtige Voraussetzung für Qualitätsverbesserungen gesehen. Workshops wie jene im Rahmen der vorliegenden Studie sind eine gute Gelegenheit für die Verbesserung der Kommunikation zwischen Organisationen und Berufsgruppen, wobei auch der Krankenhausesektor stärker vertreten sein sollte.

c. Stärkung der Autonomie von Beschäftigten und Pflegebedürftigen

Die größeren individuellen Spielräume und die Unabhängigkeit von ärztlichen Vorgesetzten waren und sind für viele Beschäftigte die Hauptgründe für die Entscheidung, in der Langzeitpflege zu arbeiten. Damit einher geht aber auch mehr Verantwortung. Insgesamt fördern individuelle Handlungsspielräume die Motivation. Es ist aber nicht immer einfach, eine Balance zwischen autonomen Entscheidungsspielräumen und Managementvorgaben und Standardisierung zu finden. Zwei Spannungsfelder wurden von den Beschäftigten genannt:

- Dokumentation ist notwendig, aber die wachsenden Dokumentationspflichten werden oft als bürokratischer Aufwand empfunden, der auf Kosten der Zeit mit den KlientInnen geht.
- Mehr Standardisierung schränkt Entscheidungsspielräume ein.

Genauso wichtig ist den Beschäftigten umgekehrt die Autonomie der Pflegebedürftigen, ihrer KundInnen. Die Autonomie pflegebedürftiger Menschen zu erhalten wurde mit der Einführung des Pflegegeldes auch gesetzlich untermauert.

Die Autonomie von NutzerInnen bemisst sich ua daran, die für sie beste Pflege auswählen zu können. Ein wichtiger Faktor dabei ist die **Höhe des Pflegegeldes**. Oft reicht es nicht, um die erforderliche Betreuung zuzukaufen. Eingeschränkt wird die **Wahlfreiheit** außerdem, weil NutzerInnen und Angehörige über alternative Pflegearrangements **nicht genügend informiert** sind bzw weil in bestimmten Gebieten **Alternativen gar nicht existieren**.

Im Pflegealltag geht es darum, die Autonomie der NutzerInnen durch aktivierende, präventive und rehabilitative Betreuung zu fördern. In der Praxis zeigen sich Mängel beispielsweise daran, dass **nicht genügend Physio- oder Ergotherapie** angeboten wird oder **enge Zeitvorgaben** die Anleitung zur Selbstpflege verunmöglichen.

Ein stärker aktivierender Zugang zur Förderung von Autonomie muss aus Sicht der Beschäftigten bereits in der Prävention ansetzen, wobei der sozialen Arbeit eine wichtige Rolle zukäme.

d. Gesundheitsförderung

Dass Pflege- und Betreuungskräfte nicht nur hohen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind, sondern oft auch die eigene Gesundheit vernachlässigen, ist eine inzwischen weitgehend nachgewiesene Tatsache. Viele Träger haben daher begonnen, Programme zur **Gesundheitsförderung und -vorsorge** bzw zur Erhaltung der **Arbeitsfähigkeit** oder zur **Burn-out-Prophylaxe** anzubieten. Aus Sicht der Beschäftigten wird allerdings darauf hingewiesen, dass diese Angebote aus **Zeitmangel** oft nicht in Anspruch genommen werden.

Die Beschäftigten fordern angesichts alternder Belegschaften und allgemeiner sozialpolitischer Ziele zur Vermeidung von Frühpensionierungen, Prävention und Gesundheitsförderung zunehmend in den Vordergrund zu rücken, um „gute Pflege“ auch durch MitarbeiterInnen mit längerer Dienstzeit sicherzustellen. Dazu gehören ua die Bereitstellung geeigneter Pflegehilfsmittel sowie insgesamt eine mitarbeiterorientierte bzw altersangepasste Organisation der Dienstleistungserbringung.

e. Entlassungsmanagement

Der Übergang zwischen Akutpflege und Betreuung zuhause bzw im Alten- und Pflegeheim ist ein wichtiger Faktor in der Langzeitpflege. Die Entlassung aus dem Spital in die Langzeitpflege muss gut vorbereitet werden. Ohne Entlassungsmanagement kommt es zum „Drehtür-Effekt“ mit einer kurzfristigen Wiederaufnahme im Spital. Problematisch sind oft die Informationsweitergabe (Datenschutz) sowie die Koordination mit mobilen Diensten, vor allem dann, wenn etwa PatientInnen am Freitagnachmittag entlassen werden und evtl Medikamente oder Pflegehilfsmittel benötigt werden.

Die Beschäftigten fordern eine angemessene **Ausbildung bzw Fortbildung** von **EntlassungsmanagerInnen** in Beratung und Kommunikation, möglichst gemeinsam mit VertreterInnen der mobilen und stationären Langzeitpflege, ebenso vorzusehen wie die allgemeine Weiterentwicklung der strukturellen Rahmenbedingungen und der Rolle von Entlassungsmanagement im System der Langzeitpflege.

f. Case- und Care-Management

Um die komplexen Beziehungen zwischen unterschiedlichen Sektoren und Organisationen in der Langzeitpflege besser zu koordinieren und integrierte Betreuungspfade zu ermöglichen, hat sich im Verlauf der letzten zwei Jahrzehnte das Berufsbild „Case und Care Management“ entwickelt. Dabei sind in der Praxis sehr unterschiedliche Konzepte sowie dazugehörige Ausbildungsformen vorzufinden.

Seitens der Beschäftigten wird ein Case-Management im umfassenden Sinn gefordert, dh nicht nur die Koordination von Diensten, sondern auch die gezielte Vernetzung mit den unterschiedlichen Akteuren und Ressourcen rund um die pflegebedürftige Person.

- **Weitere Vorgangsweise:**

Das Thema Stärkung der Autonomie stellt ein zentrales Ergebnis der Studie dar und ist im Modell Buurtzorg in den NL besser realisiert als in Österreich. Als nächster Schritt soll Kontakt mit Stakeholdern im Bereich der Pflege und Betreuung aufgenommen werden und die Umsetzung eines Pilotprojekts nach dem Niederländischen Modell implementiert werden.