

An das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und
Konsumentenschutz

Auf elektronischem Wege an die Adressen:

liselotte.rudolf@bmask.gv.at und wolfgang.wirnsberger@bmask.gv.at.

Sowie an beguachtungsverfahren@parlament.gv.at

Linz, am 01.02.2010

Betreff: Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Behinderteneinstellungsgesetz und das Bundesbehindertengesetz geändert werden sowie Entwurf einer Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz betreffend nähere Bestimmungen über die Feststellung des Grades der Behinderung (Einschätzungsverordnung); Begutachtungsverfahren

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die pro mente Oberösterreich, Gesellschaft für psychische und soziale Gesundheit, eingetragener Verein, ZVR-Zahl 811735276 **erlaubt sich nachstehende Stellungnahme** zu gegenständlichem Entwurf (**Teil: Anlage zur Einschätzungsverordnung**) abzugeben:

Generelles:

Aus Sicht der Unterstützung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen respektive Behinderungen stellen die Entwürfe zur Änderung des Behinderteneinstellungsgesetzes und des Bundesbehindertengesetzes sowie die Einschätzungsverordnung zur Feststellung des Grades der Behinderung sowohl Fortschritte als auch bedenkliche/zu bedenkende Schwierigkeiten dar:

Die Ergänzung der Definition der Behinderung (neuer Abs 2 des § 1 Bundesbehindertengesetz) um das Moment der „Teilhabe am Leben“ stellt einen wichtigen Fortschritt wie auch eine notwendige Ergänzung in Anlehnung an die UN-Konvention „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (BGBl. III, Nr. 155) dar.

Das Positive (respektive Notwendige auf Basis der UN-Konvention) ist die Integration dieser Begrifflichkeit – das Negative ist die „Unbestimmtheit dieses Rechtsbegriffes“. Trotzdem ist es (ähnlich wie im § 1 OÖ ChG) sehr begrüßenswert, dass es einerseits nun diese Legaldefinition von Behinderung gibt und andererseits in dieser Legaldefinition das soziale Modell der „Inklusion“ im Sinn von „Teilhabe am Leben“ rechtlich normiert ist.

Schwierigkeiten ergeben sich aber dort, wo es um die Umsetzung der Feststellung/Einschätzung der u. a. „Teilhabe am Leben“ geht bzw. die Frage nach der Einschätzung des Grades der Behinderung:

Thema „funktionelle Einschränkungen“:

Lt. EB zur RV, Besonderer Teil zu § 2, geht es um die Art und Schwere der „funktionellen Einschränkungen“. Danach wird bei der Gliederung der Einschätzungsverordnung darauf hingewiesen, dass auf das international gebräuchliche ICD-10-Klassifikations-Schema zurückgegriffen wird. Wenn es primär um die „funktionellen Einschränkungen“ geht, wäre es zumindest parallel (es geht ja nicht darum, bewährte Klassifikations-Schemata abzuweisen, sondern vielmehr in gegenseitiger Ergänzung auf die aktuellsten Entwicklungen zurückzugreifen) notwendig und ziel führend, die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO mit zu nutzen. Der Schwerpunkt dieses „funktionalen Modells“ beruht auf dem „state of the art-Grundgedanken“ des sozialpsychiatrischen/psychosozialen Arbeitsfeldes im Sinne eines bio-psycho-sozialen-Modells und eröffnet durch die Einbeziehung von Kontextfaktoren im Sinne von Barrieren und Förderfaktoren erweiterte Perspektiven (vgl. Schuntermann 2005, Einführung in die ICF). Insofern ist es unverständlich, warum die ICF trotz Begründungen lt. EB zur RV, Besonderer Teil zu § 2, wie „konkrete Funktionseinschränkung“ oder „funktionelle Defizite“ nicht erwähnt geschweige denn angewandt wird.

Sachverständigenbeweis – ärztliches Gutachten – multidisziplinäres/-professionelles Arbeiten:

Der Sachverständigenbeweis im Sinne der Einschätzung des Grades der Behinderung muss durch einen ärztlichen Sachverständigen mithilfe eines ärztlichen Gutachtens erbracht werden. Diese medizinische Sicht ist zumindest erweiterungsfähig, wenn es primär um funktionelle Einschränkungen geht. Andererseits bewegt sich auch diese neue Verordnung nicht im rechtsfreien Raum, sondern v. a. auch im Rahmen der bereits angesprochenen UN-Konvention. Folgende Bedenken müssen aus multidisziplinärer Sicht festgehalten werden:

Multidisziplinäres Arbeiten versucht als eine Form der koordinierten Zusammenarbeit zwischen verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen dem Ziel zu dienen, Synergieeffekte zu erzielen und Arbeit zu optimieren (vgl. Sedmak 2003). Dieser Kooperationsgedanke ist nicht nur eine Idee oder ein Ziel, sondern auch und v. a. ein wichtiges Ziel der UN-Konvention. Artikel 26, Abs 1, regelt bezüglich „Habilitation und Rehabilitation“ neben dem „Höchstmaß an Unabhängigkeit“ und die „volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens“, dass Leistungen und Programme im frühest möglichen Stadium und – was hier von äußerster Wichtigkeit ist –

- „einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen.“

Dieser multidisziplinäre Aspekt ist demnach neben der fachlichen Absicherung auch gesetzlicher status quo – und findet sich in der jetzigen Form der Verordnung respektive dem Gesetzesentwurf nicht wieder.

Es sei an dieser Stelle nur der Vollständigkeit halber hingewiesen, dass die angesprochene UN-Konvention an vielen Stellen einen sehr salutogenetischen und stärken-orientierten Inklusionsansatz verfolgt, der weit über den jetzigen Entwurf in seinen Grundgedanken bzw. Intentionen und Ausformungen hinausgeht!

Der multidisziplinäre Aspekt zeigt sich auch an folgenden Stellen:

Das neue HeimAufG - § 5 Abs 2:

Die Anordnungsbefugnis zu einer Freiheitsbeschränkung, die ja „ultima ratio“ im Kontext der Einschränkung von Persönlichkeitsrechten in einem grundrechtskonformen Verständnis darstellt, wurde auf verschiedene Personen erweitert: medizinische, pflegerische und pädagogische Fachkräfte. Dieser außerstationäre Betreuungsalltag wurde in diesem Kontext sehr stimmig multidisziplinär gestaltet. Dieser neue Paragraph des HeimAufG sollte Vorbildfunktion haben!

Ärztliche Gutachten – Rahmen, Möglichkeiten und Vollzugsproblematiken:

Das ärztliche Gutachten an sich steht außer Streit. Dies ist selbstredend und Grundlage jeden multidisziplinären Verständnisses: Wenn man einzelne Disziplinen in Frage stellen würde, könnte man nie zu einem multi-disziplinären Verständnis kommen. In diesem Sinne geht es vielmehr um Kooperation, Differenzierung und Förderung der Lebensqualität von Menschen mit (psychischen) Beeinträchtigung/Behinderungen im Sinne von „Teilhabe am Leben/Inklusion“.

Der Österreichische Rechnungshof hat in einem Bericht „Pensionsversicherungsanstalt: Vollzug des Bundespflegegeldgesetzes“ (Bund 2009/9) den Vollzug des Pflegegeldes untersucht. Neben verschiedensten Ergebnissen wurde v. a. bei der Qualität der ärztlichen Gutachten erheblicher Verbesserungsbedarf festgestellt. Hier geht es aber aus Sicht dieser rechtlichen Stellungnahme weniger um die Qualität der ärztlichen Gutachten an sich, sondern um das „soziale Modell“, eines die soziale Umwelt der Betroffenen mit einbeziehenden Maßstab, der v. a. Umweltfaktoren und Barrieren mitdenkt.

Die Einschätzung einer Behinderung ist in diesem Sinne nicht nur ein medizinischer Aspekt, sondern v. a. auch ein psychosozialer bzw. interaktionsorientierter: Behinderung entsteht nicht nur im Individuum selbst, sondern in und aus der Interaktion mit anderen. Und es braucht – wieder mit besonderer Betonung – beides: Das individuell-medizinische Modell und das kollektiv-soziale Modell, um zu einer umfassenden Einschätzung betreffend Teilhabe/Inklusion zu kommen. Diese Gedanken widerspiegeln sich in den Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen des Österreichischen Rechnungshofes zum angesprochenen Bericht:

- Es wird eine gute Beratung im Vorfeld für Multiplikatoren angeregt (Punkt 4).
- Regelmäßige Auswertungen über Einstufungen sind durchzuführen und zu diesem Zweck sind neben Diagnosen auch Betreuungs- und Hilfestellungskategorien zu erfassen (Punkt 5).

Auf Basis dieses RH-Berichts fordert der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) „dringend die Einbindung der Fachpflege bei der Pflegegeledeinstufung“. Die Präsidentin des ÖGKV, Ursula Frohner, verweist diesbezüglich auch auf das aktuelle Regierungsprogramm, wo von „neuen Formen einer sozialen Diagnostik“ die Rede ist zum Wohl der Pflegebedürftigen und deren pflegenden Angehörigen. In einer weiteren Aussendung verweist der ÖGKV nochmals auf die „sozialen Komponenten“ der Pflege: „Für die Beurteilung der Situation von pflegebedürftigen Menschen und ihrer pflegenden Angehörigen ist die Einbindung des spezifischen Wissens von Experten aus dem Bereich der Fachpflege unbedingt notwendig. Sie verfügen über eine hohe Beratungs- und Informationskompetenz.“ Diese Grundintentionen aus dem Pflegekontext sind für den psychosozialen/sozialpsychiatrischen Bereich deckungsgleich zu übernehmen.

Abschließende Worte:

Unter der Prämisse, dass der einzelne Mensch kein Eremit ist und in sozialen Bezügen lebt, ist auch die Einschätzung von Behinderungen eine mehrdimensionale Aufgabe. Auch die „Teilhabe am Leben“ im Sinne von Inklusion ist mehrdimensional und umfasst verschiedenste Bereiche des Lebens. Man kann nun den Grad der Behinderung/Beeinträchtigung anhand einer Sichtweise manifestieren – man kann aber auch verschiedenste Momente mit einfließen lassen. Dies lässt sich sowohl anhand von Schemata (ICF in Erweiterung von ICD-10) als auch Kooperationskontexten in die Praxis umsetzen. Unter dem Strich bemisst sich der Erfolg im Sinne von menschenwürdiger Wirksamkeit an den AdressatInnen dieser Leistungen bzw. Einschätzungen, den Menschen mit Behinderungen, für die es Einstufungen, Einschätzungen u. ä. gibt. Es bleibt schlussendlich ein rechtlicher Rahmen wie die UN-Konvention, der bindend und in Rechtskraft ist. Es braucht aber auch die Akzeptanz und positive „Einschätzung“, dass Kooperation im Sinne von multidisziplinärer Arbeit Sinn macht. In diesem Sinne kann man nur hoffen, dass sich die Disziplinen multiprofessionalisieren – zum Wohle der Menschen, auf deren Existenzen ihre Existenzen ruhen.

Mit dem Ersuchen um Kenntnisnahme
verbleiben wir

mit freundlichen Grüßen



Mag. Dr. Sabine Pühringer
(Rechtsabteilung)