

Stellungnahme des MRB

Menschenrechtliche Standards in Alten- und Pflegeeinrichtungen: Die Notwendigkeit von österreichweiten Standards

1. Bezugnahme

Ausgangspunkt für das Aufgreifen des Themas „Menschenrechtliche Standards in Alten- und Pflegeeinrichtungen“ durch die Themenarbeitsgruppe (TAG) des Menschenrechtsbeirates (MRB) war die Missstandsfeststellung der Volksanwaltschaft (VA) gegenüber der Landesregierung Salzburg wegen schwerer Mängel in einem Salzburger Alten- und Pflegeheim im Jahr 2022 und die daraus resultierenden Empfehlungen der VA sowohl an die Salzburger Landesregierung als auch an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK). Die Volksanwaltschaft hat dem Ministerium darin empfohlen – in Abstimmung mit den Ländern – bundesweit einheitliche Mindestqualitätskriterien in der stationären Pflege (Pflegestandards, Indikatoren zur Messung der Ergebnis-, Prozess- und Strukturqualität) und bundesweit einheitliche Vorgaben zur aufsichtsbehördlichen Prüftätigkeit in Form einer Art. 15a-B-VG-Vereinbarung festzuschreiben. Da das bisher nicht erfolgt ist, möchte der Menschenrechtsbeirat die Dringlichkeit von bundesweit einheitlichen und verbindlichen menschenrechtlichen Standards in Alten- und Pflegeeinrichtungen darlegen und nächste Schritte aufzeigen.

2. Hintergrund und aktuelle Situation in Österreich

Angesichts der raschen Bevölkerungsalterung steigen im OECD-Raum die Anforderungen an die Pflegebranche, die sich um immer mehr – und immer ältere – Menschen mit komplexen Erkrankungen und erhöhtem, fachlich anspruchsvollem Pflegebedarf kümmern muss. In den letzten Jahren haben die Anforderungen an die Pflege und Betreuung von Menschen in Alten- und Pflegeeinrichtungen auch in Österreich einen großen Wandel erfahren: So werden Menschen im Regelfall erst ab Pflegegeldstufe 4¹ in diesen Einrichtungen aufgenommen, wodurch von vornherein ein erhöhter Pflege- und Betreuungsbedarf besteht. Hinzu kommt, dass mehr als 63%² der Bewohner:innen eine demenzielle Erkrankung aufweisen und immer mehr Bewohner:innen mit Mehrfacherkrankungen in diesen Einrichtungen leben³.

Pflegebedürftigkeit in Einrichtungen geht mit einer hohen Vulnerabilität und einem multidimensionalen gesundheitsbezogenen Versorgungs- beziehungsweise Unterstützungsbedarf einher. Langzeitpflegeeinrichtungen sind aber auch Lebens- und

¹ <https://pflege.gv.at/de/pflegeheim>

² <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Demenz/%c3%96sterreichischer-Demenzbericht.html> „Aktuellen Schätzungen zufolge leben in Österreich 115.000 bis 130.000 Menschen mit irgendeiner Form der Demenz. Aufgrund des kontinuierlichen Altersanstiegs in der Bevölkerung wird sich diese Anzahl bis zum Jahr 2050 verdoppeln und der Betreuungs- und Pflegebedarf wird somit weiter steigen“. Siehe auch Demenz-Bericht 2014, Seite 80f

³ <https://www.donau-uni.ac.at/de/aktuelles/news/2018/pflegeheime-85-prozent-leiden-an-demenz.html>; Ergebnisse des Projekts „DEMDATA“ der Donau-Uni Krems von 2018: „85 Prozent der BewohnerInnen von APE sind von Demenz betroffen; 81 Prozent der BewohnerInnen haben Verhaltensstörungen und 44,5 Prozent der Personen klagen über leichte bis starke Schmerzen. 78,4 Prozent der Menschen sind in ihrer Mobilität eingeschränkt. Außerdem ist Mangelernährung ebenfalls ein Thema.“

Wohnorte und unterscheiden sich vom Leben in Privathaushalten vor allem dadurch, dass die Lebensbereiche weitgehend durch die Gegebenheiten in Einrichtungen bestimmt werden. Pflege und Betreuung sind ein „Kontraktgut“; die Qualität der Pflege und Betreuung ergibt sich immer aus der Zusammenarbeit aller Beteiligten; weshalb die Einbindung von Bewohner:innen in das Alltagsgeschehen als wichtiger Schutzfaktor auch pflegerische Risiken minimieren kann⁴.

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) sieht deshalb das Ergebnis des Pflegeprozesses zwischen pflegebedürftiger und pflegender Person als entscheidend an. Professionelle Pflege hat demnach den Anspruch, „eine am Bedarf der Nutzer:innen orientierte, dem aktuellen Stand des Wissens entsprechende Versorgung zu gewährleisten“.⁵ Um eine gute Qualität im Ergebnis- und Prozessbereich zu erreichen, sind gemäß der OECD die Arbeitskräfte, die physische Umgebung sowie unterstützende Technologien Schlüsseldimensionen im Strukturbereich⁶.

Der Beitrag der beruflich Pflegenden zur Versorgungsqualität ist daher voraussetzungs- und nicht ohne eine entsprechende quantitative Ausstattung in Form einer ausreichenden Anzahl von Personen und qualitative Ausstattung in Form einer ausreichenden Qualifikation und Kompetenz zu haben. Eine 2023 aktualisierte Pflegepersonalbedarfsstudie⁷ zeigt indes, dass alleine um die aktuelle Versorgungs- und Betreuungssituation aufgrund von Pensionierungen und zusätzlicher Bedarfe angesichts der demografischen Entwicklung in Krankenanstalten und im Langzeitpflegebereich aufrechterhalten zu können, bis zum Jahr 2030 rund 51.100 und bis zum Jahr 2050 rund 196.400 Pflege- und Betreuungspersonen neu- oder nachbesetzt werden müssten.

Die Studienlage zeigt, dass der Mangel an Pflegepersonal bzw. dessen geringe Motivation im Beruf zu verbleiben, mit negativen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität verbunden sein kann⁸, indem unter Zeitnot eine implizite Rationierung von Pflege und Betreuung stattfindet. Dies kann in der Folge auch zu Menschenrechtsverletzungen führen.

Eine OECD-Studie aus dem Jahr 2020 besagt, dass 35 Prozent der Pflegekräfte in Österreich aufgrund ihrer Arbeit physisch bzw. psychisch erkranken. Darüber hinaus sind 90 Prozent der Pflegekräfte in Österreich gesundheitlichen Risikofaktoren ausgesetzt.⁹ Der Personalmangel und das Fehlen von einheitlichen Standards haben gravierende nachteilige Auswirkungen auf die Gesundheit und die Lebensqualität der Bewohner:innen in den Alten- und Pflegeeinrichtungen. Dadurch werden gewaltgeneigte Situationen begünstigt, in denen es zu

⁴ Niederhametner, Petra (2016): Verletzungen von Menschenrechten vermeiden, Facultas, S. 340 f;

⁵ Büscher A, Blumenberg P. Expertenstandards als Instrument der Qualitätsentwicklung. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A, editors. Pflege-Report 2018; <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-56822-4>

⁶ OECD, European Union. A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care. OECD; 2013; https://www.oecd.org/en/publications/a-good-life-in-old-age-monitoring-and-improving-quality-in-long-term-care_9ff50333-en.html

⁷ Juraszovich, Brigitte; Rappold, Elisabeth; Gyimesi, Michael (2023): Pflegepersonalprognose. Update bis 2050. Aktualisierung der Pflegepersonalbedarfsprognose 2030. Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich, Wien

⁸ siehe dazu für Krankenanstalten Cartaxo, Ana; Eberl, Inge; Mayer, Hanna (2022): Die MISSCARE-Austria-Studie – Teil III, HBSscience 13 (Suppl 2), 61–78. <https://doi.org/10.1007/s16024-022-00390-2>; ähnlich für Pflegeeinrichtungen Ergebnisse der Studie der Universität Innsbruck, FRALTERNA: „Werden die Betreuungs- bzw. Personalressourcen in der Einrichtung von den Anordnungsbefugten als zu knapp eingeschätzt, liegt der Anteil eingesetzter Alternativen (Anm: statt Freiheitsbeschränkungen) signifikant niedriger als bei ausreichend vorhandenen Ressourcen.“ entnommen aus: <https://vertretungsnetz.at/blog-g/detail/ergebnisse-der-studie-zur-anwendungspraxis-des-heimaufenthaltsgesetzes/>

⁹ A&W blog, Fahimi, Mehr als Applaus: EU-Mindeststandards für Arbeitsbedingungen in Gesundheitsberufen erforderlich, 4. August 2020, <https://www.awblog.at/Arbeit/mehr-als-applaus>

Vernachlässigung oder verschiedenen Formen von Aggression als auch zu Verletzungen von Menschenrechten kommen kann. Als einen wesentlichen Schritt zur Sicherstellung der menschenrechtskonformen Pflege und Betreuung von Menschen in Alten- und Pflegeeinrichtungen wären daher österreichweit einheitliche und menschenrechtskonforme Standards auszuarbeiten und umzusetzen.¹⁰

Das aktuelle Regierungsprogramm 2025-2029 mit dem Titel „Jetzt das Richtige tun. Für Österreich.“ verfolgt unter anderem das Ziel, die Lebensqualität bis ins hohe Alter nachhaltig zu verbessern und sieht folgerichtig Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegeversorgung in Österreich vor, wie etwa die „Erarbeitung einer bundesweiten Pflege- und Betreuungsstrategie“ sowie eine „Angleichung der Pflegekriterien zur Qualitätssicherung“ und schließlich auch Verbesserungen für die Pflegeberufe¹¹.

Diese Vorhaben wären aus Sicht des Menschenrechtsbeirates – nicht zuletzt vor dem Hintergrund der bekannten demographischen Entwicklung – ehest in Angriff zu nehmen und sollten zum Anlass genommen werden, bundesweit menschenrechtskonforme Standards für Alten- und Pflegeeinrichtungen zu etablieren.

3. Herausforderungen für österreichweit einheitliche und verbindliche Standards

International wie national wird das Thema der Messung von Qualität in der Pflege bzw. in der Langzeitpflege diskutiert. In Österreich gibt es wenig systematische Orientierung darüber, wie zuverlässig und transparent Qualität in der Pflege abgebildet und in den Ergebnissen präsentiert werden kann und soll. Dies betrifft die Maßstäbe und Grundsätze ebenso wie die Entwicklung von Qualitätskriterien und Indikatoren sowie auch die Entwicklung entsprechender Messinstrumente. Da es keine Zielvorgaben zur Behandlungsqualität gibt, ist auch eine bundesweit einheitliche Versorgung nicht gewährleistet; zudem fehlt auch Datenmaterial, das eine notwendige Bedingung für die Steuerung wäre. Ein Beispiel dafür sind die in einigen Landesnormen definierten Pflegepersonalschlüssel, die sich nicht an transparenten Qualitätszielen orientieren¹².

Neben etwaigen Berufsgesetzen oder anderen rechtlichen Grundlagen (GuKG, ASVG, KAKuG, etc.), die qualitätsrelevante Bestimmungen enthalten, stellt das Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG), BGBl. I Nr. 179/2004 idGF die wesentliche Grundlage für eine bundesweite Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen dar. Dieses Gesetz verpflichtet ua Krankenanstalten und Rehabilitationszentren zur bundeseinheitlichen Qualitätsarbeit,¹³ nicht aber Einrichtungen der Langzeitpflege. Tatsächlich fehlen in allen einschlägigen Landesgesetzen Bezugnahmen darauf, welche Mindestqualitätserfordernisse an Qualitätsmanagementsysteme gestellt werden; dementsprechend dürftig fallen auch die Vorgaben an pflegerelevante

¹⁰ Siehe ua: M. Weissenberger-Leduc, A. Weiberg: Gewalt und Demenz, Ursachen und Lösungsansätze, Springer Verlag; C. Förster: „Gewalt in der institutionellen Altenpflege“, Bonner Schriftenreihe „Gewalt im Alter“, Band 16, Mabuse Verlag: „Zentrales Ergebnis ist, dass Be- und Überbelastung des Pflegepersonals wesentlich zu Gewalteskalationen beitragen. Diese resultieren sowohl aus den gesellschaftlich, strukturellen Rahmenbedingungen, als auch aus den institutionellen Gegebenheiten. ...“

¹¹ Regierungsprogramm 2025-2029, Jetzt das Richtige tun. Für Österreich, S. 104ff und 114, abrufbar unter: <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/bundeskanzleramt/die-bundesregierung/regierungsdokumente.html>

¹² Niederhametner, Petra (2016): Verletzungen von Menschenrechten vermeiden, Facultas, S. 62 f

¹³ Vgl BMSGPK (2024): Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards gemäß GQG. Methodenhandbuch. Version 3.0. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

Qualitätskriterien für die Erbringung von Pflegeleistungen aus¹⁴. Lediglich Wien und Tirol statuieren ausdrücklich eine „fachgerechte und an aktuellen Standards ausgerichtete Betreuung und Pflege“, dies allerdings nicht als Verpflichtung für Trägerorganisationen sondern als Bewohner:innenrecht¹⁵.

Der Einsatz evidenzbasierter Instrumente – wie etwa die deutschen Expertenstandards¹⁶ – zur Beschreibung der Inhalte von komplexem Pflegehandeln zur Hintanhaltung von Risikobedarfslagen und damit auch zur Sichtbarmachung der Professionalisierung der Pflegeberufe – ist keineswegs selbstverständlich. Es fehlen in diesem Sektor sowohl Anreize als auch Anstöße für die interne Weiterentwicklung von Versorgungsqualität.

Zwar sind auch in Österreich nicht zuletzt auf Initiative von Trägereinrichtungen mit wissenschaftlicher Begleitung evidenzbasierte Leitlinien entwickelt worden¹⁷, allerdings wurden diese nicht flächendeckend implementiert und sind bislang nicht verbindlich¹⁸. Weiters gibt es in Österreich Initiativen mit ähnlichem Ziel, wie das Nationale Qualitätszertifikat für Alten- und Pflegeheime (NQZ)¹⁹, die auf freiwilliger Basis umgesetzt werden können²⁰. Bundesweit einheitliche, verbindliche und menschenrechtskonforme Standards fehlen jedoch.

Ein wesentlicher Grund für dieses Fehlen ist die verfassungsgesetzliche Kompetenzverteilung. Gemäß der Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes fällt die Erlassung von Vorschriften bezüglich der Erhaltung und des Betriebes von Heimen für Personen, die ständiger Pflege, aber bloß fallweiser ärztlicher Betreuung bedürfen (Pflegeheime), gemäß Art. 15 Abs. 1 B-VG in die Zuständigkeit der Länder²¹, sodass es neun Landes-(Pflege)Heimgesetze gibt.

Lediglich in Teilbereichen ist Gesetzgebung und Vollziehung Bundessache, so etwa für konsumentenschutzrechtliche Regelungen betreffend „Heimverträge“ (Art. 10 Abs. 1 Z 6 B-VG)²², für die „sanitäre Aufsicht“ (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG) und für die Regelung der zwangsbewehrten Abwehr spezifisch krankheitsbedingter Gefahren (inkl. Freiheitsbeschränkungen) (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG, „Gesundheitswesen“)²³. So regelt beispielsweise das bundesweit geltende Heimaufenthaltsgesetz seit 1.7.2005 die

¹⁴ Niederhametner, Petra (2016): Verletzungen von Menschenrechten vermeiden, Facultas, S. 57 f

¹⁵ § 4 Abs. 2 Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz idGF; § 7 Abs. 1 Tiroler Heim- und Pflegeleistungsgesetz idGF;

¹⁶ siehe die Übersicht der Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege, <https://www.dngp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/>

¹⁷ siehe etwa die Handlungsleitlinien des Dachverbandes der Wiener Sozialeinrichtungen

<https://dachverband.at/expert-papers/handlungsleitlinie-pflege-betreuung/> oder Leitlinien der Medizinischen Universität Graz wie z.B.

https://pflgewissenschaft.medunigraz.at/frontend/user_upload/OEs/institute/pflgewissenschaft/pdf/EBN_Sturzleitlinie.pdf

¹⁸ Niederhametner, Petra (2016): Verletzungen von Menschenrechten vermeiden, Facultas, S. 70; „Die Implementierung von Leitlinien kann nur erfolgreich sein, wenn sie an der Änderungsbereitschaft des Pflegepersonals ansetzt, Organisation und Leitung als bestimmende Faktoren berücksichtigt und einbezieht und bei der Umsetzung eine Evaluierung mitumfasst“.

¹⁹ Nationale Qualitätszertifikat für Alten und Pflegeheime (NGZ), abrufbar unter <https://www.nqz.gv.at/das-NQZ.html>

²⁰ Siehe Leitfaden für die Zertifizierung nach dem Nationalen Qualitätszertifikat für Alten und Pflegeheime (NQZ), 2024, abrufbar unter <https://www.nqz.gv.at/dam/jcr:9bd3824f-92f2-4c50-846b-2eb0ad3338a8/Leitfaden%20für%20die%20Zertifizierung%20nach%20dem%20NQZ.pdf>

²¹ VfSlg. 13.237/1992.

²² Vgl. etwa VfSlg. 20.355/2019.

²³ VfSlg. 16.929/2003, bzw.

https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Vfgh/JFR_09969372_02G00208_01/JFR_09969372_02G00208_01.html

Voraussetzungen für allfällige zulässige Eingriffe in das Recht auf persönliche Freiheit in Alten- und Pflegeeinrichtungen.

Da somit die neun Bundesländer für die Regelung der Errichtung, Erhaltung und des Betriebs von Alten- und Pflegeeinrichtungen weitgehend zuständig sind, haben sich Bund und Länder 1993 in der Art. 15a Vereinbarung „über gemeinsame Maßnahmen für pflegebedürftige Personen“²⁴ verpflichtet, „die Vorsorge für pflegebedürftige Personen bundesweit nach gleichen Zielsetzungen und Grundsätzen zu regeln“²⁵.

In der Praxis bestehen in den neun Bundesländern jedoch sehr unterschiedliche Regelungen, wie beispielsweise bei der Ausgestaltung der Heimaufsicht²⁶ und der Mindestpersonalausstattung. Laut dem Bericht des Rechnungshofs „Pflege in Österreich“ (2020), lag diese in einem vom Rechnungshof definierten Musterheim mit 71 Betten – gerechnet in Vollzeitäquivalenten – zwischen rund 46 Personen in Wien und rund 22 Personen im Burgenland²⁷.

4. Menschenrechtliche Verpflichtungen

Grundsätzlich ist die Politik gefordert einen menschenrechtsbasierten Ansatz gerade bei vulnerablen Personengruppen zu verfolgen, zumal Österreich mit der Ratifikation aller einschlägigen Menschenrechtsübereinkommen entsprechende völkerrechtliche Verpflichtungen für sämtliche Handlungen seiner staatlichen Organe übernommen hat, unabhängig davon, ob sie auf Bundes-, Landes- oder Gemeindeebene gesetzt werden.

Jeder Mensch in Österreich sollte unabhängig vom Wohnort auf eine menschenrechtskonforme Pflege und Betreuung vertrauen können. Dies umso mehr, als ältere und pflegebedürftige Menschen auf Grund ihrer körperlichen und/oder psychischen Konstitution Teil einer vulnerablen Gruppe sind. Diese Vulnerabilität wird noch verstärkt, wenn sie mit armutsgefährdeten oder armen materiellen Verhältnissen zusammentrifft. Auf Grund ihrer Vulnerabilität benötigt diese Gruppe besonderen Schutz. Es muss auch dieser Gruppe möglich sein, Zugang zu adäquaten Angeboten zu finden und diese auch zu nutzen. Dies bedeutet, dass der Staat entsprechende Vorkehrungen zu treffen hat, um die Rechte der älteren und der zu pflegenden und zu betreuenden Menschen zu gewährleisten und zu schützen. Wie oben bereits ausgeführt, besteht überdies ein enger Zusammenhang zwischen den Rechten der älteren und vulnerablen Personengruppe und den Rechten der Pflegenden.

In Bezug auf die Situation von Bewohner:innen und des Personals in Pflege- und Alteinrichtungen finden sich Österreichs menschenrechtliche Verpflichtungen in zahlreichen internationalen Verträgen und Konventionen: so beispielsweise in Art. 3, 5, 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK), die im Verfassungsrang steht; Art. 3 des UN-Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK); Art. 7 (leg.cit.) und Art. 12 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle

²⁴ Gliedstaatsvertrag zwischen Bund und Ländern gemäß Art. 15a B-VG 1993: „Vereinbarung gem. Art 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen für pflegebedürftige Personen“; siehe z.B. LGBl für Wien Nr. 43/1993: <https://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/landesgesetz.B.latt/jahrgang/1993/pdf/lg1993030.pdf>

²⁵ Z.B. § 12 bundesweiter Arbeitskreis für Pflegevorsorge

²⁶ Bericht des Rechnungshofs 2020, TZ 26, TZ 27, https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/004.682_Pflege_Oesterreich.pdf

²⁷ Bericht des Rechnungshofs Österreich, 2020, TZ 28, TZ 29, TZ 30 https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/004.682_Pflege_Oesterreich.pdf

Rechte (IPwskR); oder der Europäischen Sozialcharta (rev.)²⁸ sowie Art. 4, 6, 7, 25f der Charta der Grundrechte der Europäischen Union (GRC).

Darüber hinaus legen die UN-Prinzipien für ältere Menschen fünf Kriterien fest, die Staaten auf nationaler Ebene zum Schutz der Rechte von älteren Menschen umsetzen sollen. Dazu zählen Unabhängigkeit, Teilhabe, Pflege und Betreuung, Selbstverwirklichung und Würde.²⁹

Aus menschenrechtlicher Sicht hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK), in dem klar definiert ist, was unter den Rechten einer Person auf Autonomie und Selbstbestimmung zu verstehen ist.³⁰ Laut der Allgemeinen Bemerkung Nr. 14 des Ausschusses für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte haben Staaten zu gewährleisten, dass ältere Menschen eine informierte Zustimmung im Zusammenhang mit einer Betreuung und Pflege treffen können.³¹

Art. 25 GRC ist insoweit von besonderem Interesse, als die Europäische Union das Recht älterer Menschen auf ein würdiges und unabhängiges Leben und auf die Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben achtet und anerkennt. Da die Bewohner:innen von Alten- und Pflegeeinrichtungen häufig auch Behinderungen aufweisen, ist hier auch Art. 26 GRC hervorzuheben, mit dem die Union den Anspruch von Menschen mit Behinderung auf Maßnahmen zur Gewährleistung ihrer Eigenständigkeit, ihrer sozialen und beruflichen Eingliederung und ihrer Teilnahme am Leben der Gemeinschaft anerkennt und achtet. Schließlich postuliert Art. 35 GRC das Recht eines jeden Menschen auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten.³²

Laut der Unabhängigen Expertin der Vereinten Nationen für die Rechte von älteren Menschen, Rosa Kornfeld-Matte, hat die Pflege und Betreuung von älteren Menschen grundsätzlich das Ziel „einen optimalen Grad an physischem, mentalem und emotionalem Wohlbefinden sicherzustellen und Krankheiten vorzubeugen oder hinauszuzögern“. ³³ In ihrem Bericht hält die Unabhängige Expertin weiters fest, dass „Qualitätskontrollen in Pflegeeinrichtungen zu einer der größten Herausforderungen gehören“³⁴ und empfiehlt, dass Staaten „... Qualitätsmonitoring und Kontrollmechanismen – sowohl in öffentlichen als auch privaten Alten- und Pflegeeinrichtungen – ins Leben rufen“. ³⁵ Dazu gehört laut der Unabhängigen Expertin die Schaffung von sogenannten Benchmarks, wie sogenannte ‚Codes of Practice and Conduct‘.

²⁸ Beispielhaft sind an dieser Stelle die folgenden Menschenrechte angeführt, die durch fehlende einheitliche Qualitätsstandards in Pflege und Alteinrichtungen berührt sein können:

- Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit (Artikel 12 IPwskR);
- das Recht auf Freiheit von Gewalt (Artikel 3 EMRK);
- das Recht auf Autonomie und Selbstbestimmung (Artikel 3 UN-BRK);
- der Schutz vor willkürlichem Freiheitsentzug (Artikel 9 IPbpR, Artikel 5 EMRK);
- das Recht auf angemessene und sichere Arbeitsbedingungen (Artikel 7 IPwskR)

²⁹ siehe Vereinte Nationen, Principles for Older Persons, abrufbar unter <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/united-nations-principles-older-persons>; siehe auch Europarat, Recommendation CM/Rec(2014)2 and explanatory memorandum, abrufbar unter <https://rm.coe.int/1680695bce>

³⁰ Vereinte Nationen Generalversammlung, Bericht der Unabhängigen Expertin für den Genuss aller Menschenrechte durch ältere Menschen, Claudia Mahler, Freiheitsentzug von älteren Menschen, 9. August 2022, UN A/HRC/51/27, para 22

³¹ UN-Ausschuss über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Menschenrechte, Allgemeine Bemerkung Nr. 14, Z 35

³² Im Zusammenhang mit der Grundrechtecharta der Europäischen Union ist anzumerken, dass Artikel 168 AEUV das Gesundheitswesen weitgehend in die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten ordnet.

³³ Vereinte Nationen Generalversammlung, Report of the Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons, Rosa Kornfeld-Matte, 13. August 2015, UN A/HRC/30/43, para 70

³⁴ Vereinte Nationen, Generalversammlung, UN A/HRC/30/43, Z 76

³⁵ Vereinte Nationen, Generalversammlung, UN A/HRC/30/43, Z 76

Qualitätsvolle Pflege korreliert auch mit den Arbeitsbedingungen und dem Wohlbefinden des Pflegepersonals.³⁶

Claudia Mahler, Unabhängige Expertin der Vereinten Nationen für die Rechte von älteren Menschen, empfiehlt in ihrem Bericht aus August 2022: „Private Dienstleistungsanbieter:innen sollten einen [menschenrechtsbasierten] Ansatz für die Pflege und die Regelung der Wohn- und Lebenssituation älterer Menschen verfolgen; solche Regelungen und Aktivitäten sollten von den Staaten im Einklang mit ihren Verpflichtungen aus dem internationalen Menschenrechtsschutzsystem geregelt und überwacht werden“ und weiter, dass „das Pflegepersonal und die Leitung von Pflegeeinrichtungen in Bezug auf die Bedürfnisse älterer Menschen angemessen geschult werden [sollten], um zu verhindern, dass diesen die Freiheit entzogen wird und dass es zu Handlungen kommt, die Misshandlung, Gewalt oder Vernachlässigung darstellen.“³⁷

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die menschenrechtlichen Verträge, mit deren Ratifizierung sich Österreich völkerrechtlich verpflichtet hat, eine Leitlinie für die Entwicklung von österreichweiten einheitlichen und menschenrechtskonformen Standards in Alten- und Pflegeeinrichtungen bieten.

5. Menschenrechtliche Anforderungen³⁸

5.1. Einheitliche Definition von Pflege und Betreuungsqualität

Primär wäre eine **einheitliche Definition von Pflege- und Betreuungsqualität** in Österreich erforderlich (einheitlicher Pflegequalitätsbegriff).

Von der GÖG (Gesundheit Österreich GmbH) wurde im Auftrag des BMASGPK die Qualität professioneller Betreuung und Pflege wie folgt definiert: „Professionelle Betreuungs- und Pflegequalität beschreibt den Grad der Erreichung der Qualitätsmerkmale professioneller Betreuung und Pflege. Diese Qualitätsmerkmale sind: Person(en)zentriertheit, Bedarfsorientierung, Sicherheit, Effektivität und Effizienz“³⁹.

Anhand dieser Definition der Pflegequalität wären – anknüpfend an die einschlägigen Berufsgesetze⁴⁰ - bundesweit einheitliche Qualitätsanforderungen zu definieren. Dies könnte in Form eines Qualitätssicherungskonzepts erfolgen, das nach menschenrechtlichen Aspekten die Kriterien zur Strukturqualität, zur Prozess- und Ergebnisqualität verbindlich festlegt und die Kriterien der zukünftigen Qualitätsdarstellung und Qualitätsbeurteilung beschreibt. Bestehende Modelle wie das Nationale Qualitätszertifikat für Alten- und Pflegeheime (NQZ) und die Expertise der GÖG und des Rechnungshofs wären systematisch zu integrieren.

Im Folgenden werden einzelne Aspekte – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – angeführt, die für einheitliche und verbindliche Qualitätsstandards in Alten- und Pflegeeinrichtungen aus menschenrechtlicher Sicht wesentlich sind⁴¹.

³⁶ Vereinte Nationen, Generalversammlung, UN A/HRC/30/43, Z 123-124

³⁷ Vereinte Nationen Generalversammlung, UN A/HRC/51/27, Z 90 (c) – (d)

³⁸ Diese Darstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit

³⁹ siehe: <https://pflegereporting.at/betreuungs-und-pflegequalitaet#:~:text=Professionelle%20Betreuungs%E2%80%90und%20Pflegequalit%C3%A4t%20beschreibt,%2C%20Sicherheit%2C%20Effektivit%C3%A4t%20und%20Effizienz.>

⁴⁰ § 5 Abs. 2 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes: Die Dokumentation hat insbesondere die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose, die Pflegeplanung und die Pflegemaßnahmen zu enthalten.

⁴¹ Siehe dazu die Schlussempfehlungen des Rechnungshofberichts 2020, ab Seite 151, insbesondere ab Empfehlung 18, https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/004.682_Pflege_Oesterreich.pdf

5.2. Personalausstattung und Personalbedarfsbemessung

Betreffend Strukturqualität muss die **Personalausstattung**⁴² (harmonisiert in ganz Österreich) in den Alten- und Pflegeeinrichtungen (quantitativ und qualitativ) unter Berücksichtigung eines entsprechenden Grade- und Skill-Mix festgelegt werden.

Hier ist ein wissenschaftlich **fundiertes und valides Verfahren zur österreichweit einheitlichen und transparenten Bemessung des Personalbedarfs erforderlich**⁴³, das sich am tatsächlichen Pflegebedarf und an der angestrebten Pflegequalität ausrichtet. Diese Berechnungsmodelle sind verbindlich einzuhalten und zu kontrollieren sowie regelmäßig (z.B. alle fünf Jahre) an geänderte Rahmenbedingungen anzupassen⁴⁴. In diesem Zusammenhang sei auf ein Modell in Deutschland⁴⁵ verwiesen, in dem bei der Personalbedarfsbemessung sowohl der Pflegeprozess als auch die entsprechende Dokumentation Berücksichtigung finden. Die Ansätze dieses Modells könnten, unter Berücksichtigung der heterogenen Pflegeheimlandschaft, auch als Grundlage für ein verbindliches Modell in Österreich verwendet werden.

Wesentlich ist die **tatsächliche Personalanwesenheit** (Berücksichtigung der Fehlzeiten, wie Fortbildungen, Krankenstände, Urlaube sowie Tätigkeiten im Management und Mitarbeiter:innenführung). Ausdrücklich anzuführen ist, dass gerade auch die **Nachtdienste** besser ausgestattet werden müssen (sodass keine Pflegekraft alleine Nachtdienste verrichten muss), ohne auf die Personalressourcen des Tagdienstes zuzugreifen⁴⁶.

Erforderliche Kompetenzen und Expertisen: In diesem Pflegepersonal-Standard müssen – jeweils mit einem erforderlichen/verpflichtenden Personalschlüssel – die im GuKG verankerten Gesundheits- und Krankenpflegeberufe⁴⁷ mit den erforderlichen Expertisen/Spezialist:innen für z.B. Schmerz- und Wundmanagement; Expert:innen für Demenz und Palliative Care, Validation, Basale Stimulation, Aromapflege; Expert:innen für die Pflegephänomene Sturz, Mangelernährung, Dekubitus und Hygienefachkräfte Berücksichtigung finden, um eine menschenwürdige und angemessene Pflege im Sinne der definierten Pflegequalität zu gewährleisten.⁴⁸

Eine entsprechende Umsetzung einer validen Pflegepersonalbedarfsberechnung mit Berücksichtigung der erforderlichen Expertisen würde auch der Kritik des Bundesrechnungshofes Rechnung tragen.⁴⁹

⁴² https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/004.682_Pflege_Oesterreich.pdf, insbesondere Schlussempfehlungen 21 – 23;

⁴³ https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:624dcee1-48f4-4011-827a-40b2797b4e5d/Umsetzungsbericht%20LZP%20AT_EN_pdfUA.pdf

⁴⁴ Siehe dazu u.a. Empfehlung 21 des Rechnungshofberichts 2020, , https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/004.682_Pflege_Oesterreich.pdf

⁴⁵ <https://www.personal-im-krankenhaus.de/personalbedarf-im-krankenhaus-aerzte-pflege/pflegewissenschaftlich-fundierte-personalbemessung>

⁴⁶ Siehe Rechnungshofbericht, Schlussempfehlung 22

⁴⁷ Siehe § 1 GuKG: Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, die Pflegefachassistenz und die Pflegeassistenz.

⁴⁸ Die Unabhängige Expertin der UN Claudia Mahler hat in ihrem Bericht für die UN Generalversammlung angemerkt, dass Sorge besteht, dass ein Mangel an angemessenen geschultem Personal Menschen in Alten- und Pflegeeinrichtungen dem Risiko aussetzt missbraucht zu werden (Z 58). Das Fehlen oder die geringe Verfügbarkeit von einer angemessenen medizinischen Versorgung (insb. Palliativmedizin und Schmerzlinderung ist eine Menschenrechtsverletzung, die als solche von internationalen und regionalen Expert:innen anerkannt wurde (Z 59)

⁴⁹ Rechnungshof Österreich, Pflege in Österreich, Bericht des Rechnungshofs, 2020, abrufbar unter https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/004.682_Pflege_Oesterreich.pdf

5.3. Medizinische Versorgung

Die OECD geht auf Basis von Forschungsarbeiten davon aus, dass die Hauptursachen unerwünschter pflegerische Ereignisse durch bessere Präventions- und Sicherheitsmaßnahmen eingedämmt werden könnten⁵⁰. Die Installierung einer Heimärzt:in zur adäquaten medizinischen Versorgung in Alten- und Pflegeeinrichtungen oder eines „Geriatrischen Konsiliardienstes“⁵¹ könnten unnötige Krankenhausaufenthalte verhindern. Dies ist für (ältere und / oder an Demenz erkrankte) Bewohner:innen ein wesentlicher Faktor im Sinne des Wohlbefindens, der Lebensqualität und der adäquaten medizinischen Versorgung und kann auch zusätzliche Kosten im Akutbereich verhindern. Forschungsergebnisse aus der Schweiz zeigen, dass 42 % der Hospitalisierungen von Pflegebedürftigen durch eine ambulante Versorgung als vermeidbar beurteilt werden können⁵². Vergleichbare Studien und Daten aus Österreich liegen nicht vor. Eine vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger initiierte Studie⁵³ zeigt diesbezügliche Limitationen bei der Bewertung oder Darstellung von Über-, Unter- oder Fehlversorgungen auf. Eine nähere Auseinandersetzung wäre für (ältere und / oder an Demenz erkrankte) Bewohner:innen ein wesentlicher Faktor im Sinne des Wohlbefindens, der Lebensqualität und der adäquaten medizinischen Versorgung und könnte auch zusätzliche Kosten im Akutbereich vermeiden. Zu überlegen wäre, Kompetenzen der Gesundheitsberufe zu erhöhen und vermehrt Konsultationen anderer Gesundheitsberufe, z.B. Diätolog:innen, einzubeziehen.

5.4. Ergebnisqualität

Weiters braucht es bundesweite Regelungen zur Ergebnisqualität durch Festlegung von Kriterien/Indikatoren zur Messung der Ergebnisqualität auf Basis aktueller pflegewissenschaftlicher Grundlagen, die messbar, vergleichbar und transparent sind.⁵⁴

5.5. Planung des Pflegeprozesses

Eine **gute Planung des Pflegeprozesses**⁵⁵ inklusive notwendiger Maßnahmen und Risiken bildet die Basis für die täglich notwendigen Tätigkeiten der handelnden Pflegemitarbeiter:innen. Die Pflegeplanung und eine aussagekräftige Dokumentation⁵⁶ bilden die Basis für eine qualitätsvolle, individuelle und personenzentrierte Pflege⁵⁷. Die Pflegeprozessdokumentation ist aus menschenrechtlicher Sicht unverzichtbar: Sie schützt das

siehe auch Studie des GÖG zur Prognose des Pflegepersonalbedarfs 2019, https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1080/1/Pflegepersonalprognose%202030_bf.pdf

⁵⁰ OECD Health Working Papers NR 121, Teil III Langzeitpflege- der Wert der Sicherheit auf lange Sicht, 16. September 2021

⁵¹ siehe dazu das zukunftsweisende Modell „GEKO“ in Kärnten, abrufbar unter:

https://www.demenzstrategie.at/de/Umsetzungen/Umsetzung/ilmplld_65.htm

⁵² Muench, U., Simon, M., Guerbaai, RA. et al. Preventable hospitalizations from ambulatory care sensitive conditions in nursing homes: evidence from Switzerland. *Int J Public Health* 64, 1273–1281 (2019).

<https://doi.org/10.1007/s00038-019-01294-1>

⁵³ Medizinische Versorgung in Pflegeheimen, Endbericht 20.12. 2017;

<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714960&version=1513857256>

⁵⁴ Hierfür könnten Erfahrungen und Erkenntnisse aus den Pflegewissenschaften als Referenz herangezogen werden.

⁵⁵ Dazu gehört z.B. ein Aufnahmegespräch mit der zu pflegenden Person wie auch mit Angehörigen, um passende Maßnahmen planen bzw. setzen zu können. Es soll dadurch die Biografie, Gewohnheiten und Vorliegen der Bewohner:innen erhoben werden. Ebenso sind medizinische Eckpunkte und ein Status quo beim Einzug in eine Einrichtung von enormer Wichtigkeit.

⁵⁶ Inklusive einer Verlaufsdocumentation, in der zusätzlich außergewöhnliche Vorkommnisse, welche nicht in der Maßnahmenplanung abgebildet sind, festgehalten werden.

⁵⁷ Siehe Fiechter/Meier: „Die Pflege als Prozess gestalten“. <https://icareplus-testen.thieme.de/wp-content/uploads/unterrichtsmaterial/arbeitsblaetter/3-3-Der-Pflegeprozess-nach-Fiechter-und-Meier.pdf>

Selbstbestimmungsrecht der Bewohner:innen, ermöglicht eine Prüfung der Verhältnismäßigkeit von Maßnahmen und trägt dazu bei, strukturelle Gewalt zu reduzieren, bestenfalls zu verhindern. Die Dokumentation ist daher rechtsverbindlich zu standardisieren, z. B. im Rahmen einer bundesweiten elektronischen Pflegeakte (ePA). Wenn aus Zeitmangel oder fehlenden Kenntnissen nicht oder nur lückenhaft dokumentiert wird, ist es auch für die pflegenden Mitarbeiter:innen schwierig, in außergewöhnlichen Situationen fachlich qualifiziert zu handeln⁵⁸.

5.6. Dokumentation

Die vorrangige Aufgabe der Pflegemitarbeiter:innen in Alten- und Pflegeeinrichtungen ist die Pflege und Betreuung der ihnen anvertrauten Bewohner:innen. Jedoch ist für die Sicherstellung (und Weiterentwicklung) der Qualität der Pflege und Betreuung gerade auch hinsichtlich menschenrechtlich relevanter Aspekte eine gute Dokumentation⁵⁹ erforderlich.

Festzuhalten ist, dass Menschen, die faktisch nicht (bzw. kaum) mehr selbst entscheiden und bestimmen können, ein grundlegendes Recht darauf haben, dass alles „was man mit ihnen tut“, dokumentiert wird. Nur so kann sichergestellt werden, dass „auch gut gemeintes Handeln“ wirksam überprüft werden kann⁶⁰ (siehe dazu Ausführungen unter 5.7.).

Die Dokumentation sollte so effizient wie möglich erfolgen und zugleich auch den menschenrechtlichen Anforderungen im Interesse der Gesundheit der Bewohner:innen entsprechen. Das vorrangige Ziel ist eine präzise und strukturierte Informations- und Wissensweitergabe von und an alle involvierten Berufsgruppen. Ebenso wird auch dadurch die Nachvollziehbarkeit der Handlungen der Pflegekräfte sichergestellt, was für die Überprüfungsorgane als auch bei allfälligen Haftungsfragen wesentlich ist. Darüber hinaus ist es anhand einer strukturierten Dokumentation möglich, die Qualität der Pflege und Betreuung kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Eine Verschlankung der Dokumentation kann gerade aus menschenrechtlicher Sicht nur dann erfolgen, wenn diese weiterhin aussagekräftig und nachvollziehbar ist. Eine „strukturierte Dokumentation“ als auch eine „strukturierte Zusammenfassung“ (Based Summary mit Hard Facts) könnten eine wesentliche Erleichterung darstellen. Dies auch unter dem Aspekt der „Mehrsprachigkeit der Pflege- und Betreuungspersonen“. Denn Vorkommnisse aus Zeitgründen nicht mehr zu dokumentieren, widerspricht menschenrechtlichen Standards als auch der Berufspflicht aller Pflege- und Betreuungspersonen.

Ein Ziel sollte sein, Standardisierung und technische Hilfsmittel bei der Dokumentation des Pflegeprozesses vermehrt zu nutzen („Digitaloffensive“⁶¹), damit die Mitarbeiter:innen der Pflege- und Betreuung so viel Zeit wie möglich unmittelbar bei den Bewohner:innen verbringen können. Es sollten diesbezüglich alle technischen Möglichkeiten zur Vereinfachung genutzt werden. Gerade bei der Dokumentation könnten technische Hilfsmittel und eine strukturierte Dokumentation samt Zusammenfassung für den Betreuungs- und Pflegebereich eine sehr gute Unterstützung und Entlastung der Pflegepersonen im Interesse der Bewohner:innen darstellen.

⁵⁸ Zwei Beispiele: Wird die Wirkung einer Medikamentengabe nicht aussagekräftig dokumentiert, ist es anderen Pflegepersonen nicht möglich, diese dann mit der Ärzt:in zu evaluieren oder Auskunft an eine Ärzt:in zu geben. Oder: werden die erprobten Alternativen zu mechanischen Beschränkungen nicht dokumentiert, ist grundsätzlich von einer überbordenden Schutzhandlung und einer unverhältnismäßigen Freiheitsbeschränkung gemäß HeimAufG auszugehen.

⁵⁹ Z.B. § 5 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes; § 6 HeimAufG; § 34 des steiermärkischen Pflege- und Betreuungsgesetzes

⁶⁰ Z.B. § 11 Abs. 3 und 5 Volksanwaltschaftsgesetz; § 9 HeimAufG

⁶¹ Dazu zählen ein stabiles WLAN-System, mobile Laptops, Möglichkeiten zur Dokumentation direkt bei der Bewohner:in, am Stützpunkt, im Dienstzimmer, etc.

5.7. Qualitätssicherung – Qualitätskontrolle

Ein wesentliches menschenrechtliches Kriterium zur vollen Entfaltung der Wirksamkeit von Qualitätsstandards ist die verpflichtende Verankerung einer strukturierten Überprüfung derselben / der Einhaltung der Standards sowie die Möglichkeit Missstände aufzuzeigen.

Zuallererst sind die **Aufsichtsbehörden der Länder** zu nennen. Da auch die Aufsicht über die Heime in Österreich in jedem Bundesland anders geregelt ist⁶², fehlt ein zentrales Kriterium einer österreichweiten Qualitätssicherung bezüglich der Pflege- und Betreuungsleistungen in stationären Einrichtungen. Gerade dies führt zu teils großen Unterschieden, je nachdem, in welchem Bundesland eine Person in einer stationären Einrichtung gepflegt und betreut wird.

Wesentlich für die Qualitätssicherung durch die Aufsichtsbehörden sind die **Festlegung der Kontrollaspekte**, eine **Vereinheitlichung** bezüglich der Zusammensetzung und Qualifikation der Aufsichtsbehörde (z.B. Ausbildung als Pflegesachverständige), eine **verbindliche** Festlegung bzgl. **Häufigkeit und Art der Überprüfung** (z.B. unangekündigt, vor Ort, Einsicht in die Dokumentation, Gespräche mit Bewohner:innen, Angehörigen, Leitung und Mitarbeiter:innen)⁶³ und ein **bundesweit einheitlicher Maßstab** zur Beurteilung der vorgegebenen und tatsächlich erbrachten Leistungen.

Konkret sind **einheitliche Kriterien und Indikatoren** auf Basis indikatorengestützter Verfahren erforderlich, um die vergleichende Messung und Darstellung der Ergebnisqualität und eine einheitliche, vergleichbare und öffentlich zugängliche Qualitätsmessung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sicherzustellen, um dem Anschein von Willkür entgegenzuwirken.

Zielführend wäre die Entwicklung eines **Qualitätssicherungskonzepts** sowie ein **institutionalisierter regelmäßiger fachlicher Austausch der Aufsichtsorgane**. Für weitere Überlegungen siehe auch dazu die Schlussempfehlungen aus dem Rechnungshofbericht 2020 (insbesondere Empfehlungen 18, 19, 20).⁶⁴

Ausdrücklich anzuführen sind in diesem Zusammenhang die bestehenden **bundesweiten Überprüfungsinstitutionen**:

- Gesetzlich verankert und seit Juli 2012 etabliert ist der bei der Volksanwaltschaft angesiedelte Nationale Präventionsmechanismus (NPM) nach dem OPCAT-Durchführungsgesetz mit seinen Besuchskommissionen.
- Seit Juli 2005 ist die Wohnervvertretung nach dem HeimAufG (Heimaufenthaltsgesetz) als gesetzliche Vertretung der Bewohner:innen bzgl. des Schutzes der persönlichen Freiheit tätig. Sie überprüft die an Bewohner:innen vorgenommenen Freiheitsbeschränkungen außergerichtlich und vertritt die Bewohner:innen auch im gerichtlichen Überprüfungsverfahren.

⁶² Siehe Koch, Schrattbauer, „Staatliche Aufsicht im österreichischen Heimrecht – ein Bundesländervergleich“, ÖZPR 2023/186

⁶³ Siehe z.B. § 11 Abs. 3 und 5 Volksanwaltschaftsgesetz

⁶⁴ Rechnungshof Österreich, Pflege in Österreich, Bericht des Rechnungshofs, 2020, abrufbar unter https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/004.682_Pflege_Oesterreich.pdf

Die **positiven Auswirkungen bundesweiter gesetzlicher Rahmen** inklusive der darin verankerten Kontrollinstitutionen seien anhand der Ergebnisse einer jüngsten Studie der Universität Innsbruck⁶⁵ zum HeimAufG angeführt:⁶⁶

- Veränderte fachliche Haltung des Personals: z.B. gestiegenes Bewusstsein für Grund- und Freiheitsrechte, positivere Einstellung zu psychosozialen Alternativen
- Klarere Standards und Abläufe vor bzw. bei der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, also bei Grundrechtseingriffen,
- gestiegene Sensibilisierung für die freiheitsbeschränkenden Wirkungen sedierender Medikation;
- gestiegenes Bewusstsein für Grund- und Freiheitsrechte bei den betreuten Personen, deren Angehörigen und Vertretungen;
- Verbesserung der Lebenssituation der Bewohner:innen;
- Höhere Pflege- und Betreuungsqualität aufgrund vermehrt angewandter Alternativen bzw. gelinderer Maßnahmen,
- mehr Rechtssicherheit durch Transparenz, Kontrolle der Bewohnervertretung, Amtshaftung etc.
- vermehrte Thematisierung herausfordernder/schwieriger Pflege- bzw. Betreuungssituationen - Enttabuisierung.

6. Beispiele für konkrete Maßnahmen⁶⁷

Basierend auf den Ausführungen im Kapitel 5 führt der Menschenrechtsbeirat im Folgenden Beispiele für konkrete Maßnahmen an, die eine österreichweite Einheitlichkeit und Verbindlichkeit von menschenrechtlichen Standards in Alten- und Pflegeeinrichtungen fördern, sowie die Transparenz und Qualität in diesen Einrichtungen stärken würden.

1. Einbindung von Zivilgesellschaft, Bewohner:innen und Angehörigen

Aus menschenrechtlicher Sicht ist die effektive Einbindung von Betroffenen und ihren Interessensvertretungen zu empfehlen. Die Einrichtung eines ständigen Beirats aus Fachgesellschaften, NGOs, Gewerkschaften, Bewohner:innen- und Angehörigenvertretungen, der die Standards mitentwickelt und regelmäßig evaluiert, würde die Transparenz und Qualität der Pflege und Betreuung verbessern. Gutachten zur Bürger:innen- und Patient:innenbeteiligung betonen die Bedeutung der Einbindung von NGOs und Angehörigenvertretungen in die Entwicklung von Pflegestandards⁶⁸. Die Einbindung dieser Personengruppen bei der Pflege-Entwicklungs-Kommission (PEK) wird angeregt.

2. Beschwerde- und Ombudsmechanismen

Ombudsstellen, wie jene des Fonds Soziales Wien⁶⁹, bieten Anlaufstellen für Beschwerden und tragen zur einheitlichen Qualitätssicherung bei. Die Schaffung einer bundesweiten

⁶⁵ KIRAS Studie „FRALTERNA“ Evaluation der Anwendungspraxis von Freiheitsbeschränkungen und alternativer Maßnahmen im Geltungsbereich des HeimAufG, durchgeführt von Ass.-Prof. Dr. Hemma Mayrhofer, Dr. Andrea Fritsche, MMag. Martina Koller, Leitung bzw. Mitarbeit am Institut für angewandte Rechts- und Kriminalsoziologie der Universität Innsbruck

⁶⁶ Siehe: iFamZ 2024/80, Mayrhofer et al „Anwendungspraxis des HeimAufG: aktuelle Forschungsergebnisse der Studie FRALTERNA; sowie ÖZPR 2024/52, Mayrhofer et al „Zur Anwendungspraxis von Freiheitsbeschränkungen und alternativen Maßnahmen im Geltungsbereich des HeimAufG“

⁶⁷ Ohne Anspruch auf Vollständigkeit

⁶⁸ Siehe <https://oekuss.at/sites/oekuss.at/files/inline-files/Gutachten%20zur%20B%C3%BCrger-%20und%20Patientenbeteiligung%20im%20%C3%B6sterreichischen%20Gesundheitssystem.pdf>

⁶⁹ Siehe <https://www.fsw.at/p/ombudsstelle>

Ombudsstelle („Pflege-Ombudsmann“) mit barrierefreiem Zugang, einheitlichen Meldewegen und Verfahrensgarantien würde die Rechte der Bewohner:innen stärken. Ein verpflichtendes, transparentes Beschwerdemanagement in jeder Einrichtung sollte eingeführt werden.

3. Bundesweit verbindliche Definition von Pflege- und Betreuungsqualität

Die von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) entwickelte Definition professioneller Pflegequalität, die sich an den Prinzipien Personenzentriertheit, Bedarfsorientierung, Sicherheit, Effektivität und Effizienz orientiert, ist als verbindlicher Qualitätsrahmen bundesgesetzlich zu verankern.⁷⁰ Bestehende Instrumente wie das Nationale Qualitätszertifikat für Alten- und Pflegeheime (NQZ) sowie die pflegewissenschaftlichen Leitlinien könnten einbezogen werden.

Die Entwicklung dieser Qualitätsstandards in der stationären Langzeitpflege könnte analog zu den FICE-Qualitätsstandards für die stationäre Kinder- und Jugendhilfe eine Möglichkeit für die Etablierung menschenrechtskonformer Standards in Alten- und Pflegeeinrichtungen darstellen⁷¹.

4. Verankerung menschenrechtsrelevanter Themen in Aus- und Fortbildung

Die Pflegeausbildung in Österreich ist bundeseinheitlich geregelt. Die Curricula für Pflegeassistent und Pflegefachassistent wurden von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag des Bundesministeriums entwickelt, um eine einheitliche Ausbildungsqualität sicherzustellen.⁷²

In allen Ausbildungen der Pflegeberufe werden Inhalte zu menschenrechtlichen Standards, insbesondere zur Autonomie, würdevollen Kommunikation, freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und ethischen Entscheidungsprozessen vermittelt.

Zielführend wäre es vertiefende Themen zu Menschenrechten vermehrt in Fortbildungsmaßnahmen für alle Berufsgruppen in Alten- und Pflegeeinrichtungen aufzunehmen. Zweckmäßig wäre es ergänzend Einrichtungen zu verpflichten, regelmäßige Fortbildungen zu menschenrechtsrelevanten Themen anzubieten.

5. Einheitliche Personalbemessung nach Pflegebedarf

Ein österreichweit verbindliches, wissenschaftlich fundiertes Modell zur Personalbedarfsbemessung ist gesetzlich festzuschreiben. Dieses hat den realen Pflegebedarf der Bewohner:innen abzubilden und berücksichtigt dabei sowohl Qualifikation (Skill-Mix) als auch Verfügbarkeit (Grade-Mix).

6. Verpflichtende Einbindung spezialisierter Pflegeexpertise

Pflegequalität und Menschenwürde erfordern Zugang zu spezifischer Fachkompetenz. Daher ist gesetzlich festzulegen, dass Einrichtungen in der Langzeitpflege über entsprechend qualifizierte Fachkräfte in den Bereichen Wundmanagement, Schmerzmanagement, Demenz, Palliative Care, Hygiene und Ernährung verfügen müssen. Der Personalschlüssel ist um diese Funktionen verpflichtend zu erweitern.

7. Digitalisierung und Interoperabilität

Die Einführung einer einheitlichen datenschutzkonformen elektronischen Pflegeakte (ePA) für die Langzeitpflege würde die Pflegequalität verbessern und wäre ein bedeutender Schritt in

⁷⁰ [Betreuungs- und Pflegequalität | Pflegereporting Österreich;](https://survey.goeg.at/upload/surveys/664295/files/Arbeitsdefinition_Qualit%C3%A4t_professioneller_Betreuung_und_Pflege_20221004.pdf)

https://survey.goeg.at/upload/surveys/664295/files/Arbeitsdefinition_Qualit%C3%A4t_professioneller_Betreuung_und_Pflege_20221004.pdf

⁷¹ <https://www.fice.at/qualitaetsstandards>

⁷² Siehe https://goeg.at/Curricula_Pflegefachassistent_Pflegeassistent

Richtung Digitalisierung und Interoperabilität im Pflegebereich. Telemedizin- und Telemonitoring-Standards könnten ärztliche Konsiliardienste unterstützen.⁷³

8. Einheitliche Qualitätsindikatoren und nationales Monitoring

Zur Messung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ist ein nationales System qualifizierter Pflegeindikatoren zu entwickeln und gesetzlich verpflichtend einzuführen. Ein nationales Pflege-Register mit einheitlichen Indikatoren wie Mangelernährung, Dekubitus und Sturzrate würde regelmäßiges Benchmarking und öffentlich einsehbare Qualitätsberichte ermöglichen. Derzeit gibt es kein zentrales System dieser Art in Österreich. Qualitätsregister im Gesundheitswesen, wie sie von der GÖG derzeit schon in drei Bereichen geführt werden, würden eine einheitliche Datenerhebung und ein Benchmarking im Pflegebereich ermöglichen.⁷⁴

9. Spezifische Demenz- und Palliativstandards

National festgelegte Mindestkriterien für demenzfreundliche Einrichtungen und palliative Versorgung⁷⁵, wie Ruhe- und Sinnesräume sowie qualifizierte Palliativfachkräfte, sind erforderlich.

Fachkompetente Empfehlungen finden sich zB in der österreichischen Demenzstrategie, die Maßnahmen zur Unterstützung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen umfasst.⁷⁶ Diese Empfehlungen wären mit Nachdruck umzusetzen.

10. Bundeseinheitliche bauliche und technische Mindeststandards

Verbindliche Vorgaben für Raumgröße, Barrierefreiheit (Universal Design), Hygiene- und Infektionsschutz-Anforderungen sind notwendig. Leitfäden zur barrierefreien Gestaltung von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen bieten wichtige Orientierungshilfen.⁷⁷ Jedenfalls müssen entsprechend der UN BRK alle Wohneinheiten barrierefrei gestaltet sein.

11. Qualitätsbasierte Finanzierung

Ein Anreizsystem („Pay for Quality“), bei dem ein Teil der Finanzierung an die Einhaltung menschenrechtlicher Qualitätsindikatoren gekoppelt ist, könnte die Pflegequalität fördern. Derzeit existiert ein Pflegefonds, der jedoch keine direkte Qualitätsbindung aufweist.⁷⁸

⁷³ Siehe https://www.cgm.com/deu_de/magazin/artikel/cgm-sozial/2023/die-altenhilfe-soll-epa-koennen-und-dann.html? Die Altenhilfe soll ePA können und dann? | CGM SOZIAL | CGM

⁷⁴ Siehe <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Qualitaetssicherungsregister.html?> (Qualitätsregister)

⁷⁵ Siehe zB das in der Patientenrechte-Charta (Art. 15a B-VG Vereinbarung) verankerte Recht auf ein Sterben in Würde und bestmögliche Schmerztherapie.

⁷⁶ Siehe: [Demenzstrategie.at](https://www.demenzstrategie.at/) - Gut leben mit Demenz - Home;

Die Demenzstrategie bildet einen Rahmen von sieben Wirkungszielen und 21 Handlungsempfehlungen, deren Erreichen die Lebenssituation von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen und ihren An- und Zugehörigen verbessert, sowie einen gemeinsamen Orientierungsrahmen für eine zielgerichtete Kooperation zwischen Stakeholdern bildet.

⁷⁷ Siehe zB Leitfaden der Stadt Wien: https://www.wien.gv.at/wohnen/baupolizei/pdf/barrierefreie-einrichtungen.pdf?utm_source=chatgpt.com; Beispielsweise legt die Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz-Durchführungsverordnung Mindestgrößen für Wohneinheiten fest: Einbettzimmer: mindestens 14 m², Zweibettzimmer: mindestens 20 m².

⁷⁸ Siehe <https://www.parlament.gv.at/gegenstand/XXV/I/1351>

12. Bundeseinheitliche Finanzierung und Vergütungsmodelle

Die derzeitige Pflegefinanzierung ist komplex und aufgeteilt zwischen Bund (49 %), Ländern (28,6 %) und Gemeinden (22,4 %). Ein einheitliches Pflegesatzsystem könnte Transparenz schaffen und die Qualitätssicherung stärken.⁷⁹

13. Rechtliche Verankerung der Bewohner:innenrechte in einer Art. 15a B-VG Vereinbarung

Ergänzend zur 1993 abgeschlossenen Artikel 15a B-VG „Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen“⁸⁰ sollte eine „Charta der Bewohner:innenrechte“, die Grundrechte, Mindeststandards und Kontrollmechanismen verbindlich regelt, vereinbart werden.

Alternativ käme auch eine entsprechende Ergänzung der oben genannten, bestehenden Art. 15a B-VG „Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen“ aus 1993 in Betracht. Die bestehende Artikel 15a B-VG Vereinbarung „Charta der Patientenrechte“ könnte als Vorbild dienen.⁸¹

7. Executive Summary

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es dem Menschenrechtsbeirat der Volksanwaltschaft bewusst ist, dass es eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung für die Vermeidung von Mangelsituationen, insbesondere im Gesundheits- und Langzeitpflegebereich, gibt.⁸² Grundsätzlich anzustreben ist eine umfassende **Bundeskompetenz** für Alten- und Pflegeheime, bzw. Langzeitpflege, die sich an den Prinzipien Personenzentriertheit, Bedarfsorientierung, Sicherheit, Effektivität und Effizienz orientiert.

Essentiell und unabdingbar für die Sicherstellung der Langzeitpflege in Österreich, die menschenrechtlichen Verpflichtungen entspricht, sind jedenfalls **bundeseinheitliche Regelungen für Qualitätsstandards sowie bundeseinheitliche Maßstäbe für die Aufsichts- und Kontrolltätigkeit** der Länder („Qualitätskontrolle“), wie dies der Rechnungshof in seinem umfassenden und detaillierten Bericht 2020 deutlich eingemahnt hat.⁸³ Diesbezüglich sollten die im Rechnungshofbericht klar formulierten Empfehlungen einen Ausgangspunkt darstellen.

Festzuhalten ist auch, dass es eine **Vereinfachung des derzeit komplexen Finanzierungssystems der Langzeitpflege** benötigt, um die kommenden Herausforderungen - insbesondere durch die demografischen Entwicklungen - gut meistern

⁷⁹ Siehe ua <https://www.kdz.eu/de/aktuelles/blog/vier-empfehlungen-um-den-pflegebereich-zu-reformieren/> (Vier Empfehlungen, um den Pflegebereich zu reformieren | KDZ - Zentrum für Verwaltungsforschung)

⁸⁰ https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1993_866_0/1993_866_0.pdf

⁸¹ https://www.parlament.gv.at/dokument/XXII/I/1268/fname_054188.pdf; sowie <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrOO&Gesetzesnummer=20000124>; <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004633>

⁸² Siehe dazu Stellungnahme der Bioethikkommission: https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:6c43b5a6-0432-4279-ab37-9dca4c55bd57/stellungnahme_ressourcenknappheit.pdf

⁸³ Rechnungshof Österreich, Pflege in Österreich, Bericht des Rechnungshofs, 2020, abrufbar unter https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/004.682_Pflege_Oesterreich.pdf

zu können und menschenrechtliche Verpflichtungen auch gegenüber der vulnerablen Gruppe älterer Menschen einhalten zu können⁸⁴.

Angesichts der gegebenen verfassungsgesetzlichen österreichischen Kompetenzverteilung wäre – ähnlich wie die „Patientencharta“ von 2006⁸⁵ – eine **„Charta der grundlegenden Rechte der Bewohner:innen von Alten- und Pflegeeinrichtungen sowie ähnlichen Einrichtungen“**⁸⁶ in der Form einer Artikel 15a B-VG Vereinbarung (siehe dazu auch die 1993 abgeschlossenen Artikel 15a B-VG „Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen“) bzw. einer Ergänzung der bestehenden Art. 15a B-VG Vereinbarung aus 1993 ein zielführender nächster Schritt. Damit wäre vorerst sichergestellt, dass jedenfalls die Rechte der Bewohner:innen österreichweit in jedem Bundesland gewährleistet sind.

Die in der Novelle zum Pflegefondsgesetz (PFG - BGBl. I Nr. 170/2023) verankerte **Pflege-Entwicklungs-Kommission (PEK)** sollte für die Erstellung der dringend erforderlichen österreichweit einheitlichen Qualitätsstandards und Qualitätskontrollen in der Langzeitpflege entsprechend menschenrechtlicher Anforderungen herangezogen werden.

Die **effektive und verbindliche Einbindung aller Betroffenen** (wie zB Bewohner:innen – und Angehörigenvertretungen, NGOs, Fachgesellschaften etc) in die Entwicklung menschenrechtskonformer Standards für Alten- und Pflegeeinrichtungen (auch im Rahmen der PEK) ist jedenfalls sicherzustellen.

Wien, am 24. Juni 2025

⁸⁴ Siehe WIFO, Monatsberichte 12/2023, Seiten 857 – 868: „Zur öffentlichen Finanzierung der Langzeitpflege in Österreich, von Ulrike Famira-Mühlberger (WIFO) und Birgit Trukeschitz (WU Wien), abrufbar unter https://www.wifo.ac.at/wp-content/uploads/upload-1629/mb_2023_12_gesamt_.pdf

⁸⁵ Die Patientencharta beinhaltet die folgenden Eckpfeiler: Recht auf Gesundheit, Behandlung und Pflege (inklusive Vereinbarung bezüglich qualitativer und quantitativer Personalausstattung; das Recht auf Achtung der Würde, Privatsphäre, Intimität und Integrität; Recht auf Selbstbestimmung und Information; das Recht auf bedürfnisgerechte Unterstützung; das Recht auf Dokumentation; sowie das Recht auf Überprüfung der Pflege- und Betreuungsleistungen durch eine unabhängige Instanz anhand festgelegter Kriterien zumindest einmal jährlich bei einem unangekündigten Besuch; abrufbar unter https://www.parlament.gv.at/dokument/XXII/I/1268/fname_054188.pdf; sowie <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrOO&Gesetzesnummer=20000124>; <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004633>

⁸⁶ Siehe dazu z.B. das steiermärkische Pflege- und Betreuungsgesetz