

Diskussionsgrundlage

Barrierefreie Gesundheitsversorgung

I. Einleitung

Menschen mit Behinderungen sind meistens gesund.

Im Krankheitsfall, aber auch in der Prävention von Krankheit, stellen sich Menschen mit Behinderungen viele Barrieren in den Weg.

Behinderung bedeutet nicht automatisch, dass jemand „krank“ ist. Denn eine Behinderung hat zwar medizinische Komponenten, bedeutet aber nicht automatisch „Krankheit.“ Wie die Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen feststellt, entsteht Behinderung auf Grund der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Behinderungen und einstellungsbedingten Barrieren: Vorurteile und Stereotype tragen wesentlich dazu bei, dass man be-hindert wird, gerade auch im Zugang zu barrierefreier Gesundheitsversorgung.

II. Grundsätzliches

Die Konvention geht mehrfach auf die Notwendigkeit barrierefreier Gesundheitsversorgung ein. Sie zeigt auch die vielfältigen Berührungspunkte zu anderen Menschenrechten auf. Ein Ausgangspunkt ist die Unversehrtheit der Würde, die als Grundprinzip und als eigene Bestimmung festgehalten wird (Artikel 3, 17 Konvention). Auf Grund einer Behinderung nicht anders behandelt, d.h. **nicht diskriminiert** zu werden, ist die Kernforderung der Konvention, dazu gehört auch die Diskriminierung auf Grund der Zuschreibung „Behinderung.“

Die **Selbstbestimmung** von Menschen mit Behinderungen ist gerade in persönlichen und höchstpersönlichen Fragen, zu denen Gesundheit und Entscheidungen über den eigenen Körper zählen, unumstößlich.

Das in der Konvention verbriefte soziale Modell hat Auswirkungen auf historische Zuständigkeiten, vor allem in Hinblick auf Rehabilitation, sowie Habilitation (Artikel 26 Konvention) und die „gesundheitliche Rehabilitation.“

III. Themenfelder

Basierend auf Artikel 25 – Gesundheit – sowie verwandten Bestimmungen – hat der Ausschuss einige Themenfelder für die öffentliche Diskussion erarbeitet, die im Folgenden skizziert werden:

Die Themenfelder sind nicht abschließend gedacht, Ergänzungen dazu sind sehr willkommen; sie sollen die Diskussion bei der öffentlichen Sitzung am 23. April unterstützen.

Wie bei allen vorangehenden öffentlichen Sitzungen gibt es die Möglichkeit, schriftlich Stellung zu beziehen. Das Protokoll wird bis zum 12. Mai 2013 auf der Homepage publiziert, und bis 2. Juni 2013 werden Stellungnahmen gerne entgegengenommen: E-Mail an: buero@monitoringausschuss.at oder Büro des Monitoringausschusses, BMASK, 1010 Wien, Stubenring 1, Fax +43 1 718 94 70 2706

1. Versicherung

- a. Sicherstellung des Zugangs zu Krankenversicherung, Unfallversicherung und Sozialversicherung. Auch in Werkstätten, Beschäftigungstherapien und anderen Formen „alternativer“ Beschäftigung. Weiters die Sicherstellung der Versicherung bei Auslaufen der Mindestsicherung und anderer existenzsichernder Leistungen.
- b. Sicherstellung des Zugangs zu Lebensversicherung ohne Diskriminierung auf Grund einer (vermeintlichen) Behinderung.
- c. Verwirklichung des sozialen Modells in den föderalistischen Strukturen und historischen Zuständigkeiten für Heilbehandlung, Behindertenhilfe, Sozialhilfe, pflegenahе und therapeutische Behandlungen.

2. Barrierefreiheit

Barrierefreiheit muss umfassend verstanden werden:

- a. Physisch: Zugang zu Gesundheitseinrichtungen und Arztpraxen sowie Apotheken und anderen Versorgungseinrichtungen.
- b. Kommunikativ/sprachlich: Informationen in Leichter Sprache, Assistenz durch unterstützte Kommunikation¹ sowie Österreichische Gebärdensprache.
- c. Soziale: Bewusstmachen und Abbau von paternalistischer Haltung vis-a-vis Menschen mit Behinderungen.

3. Freie Arztwahl

Das Wahlrecht ärztlicher bzw. medizinischer Versorgung muss ein tatsächliches sein und darf sich nicht auf die „Wahl“ zwischen zwei barrierefreien Praxen richten.

4. Prävention

Prävention ist vor allem die Verhinderung von weiteren Behinderungen von Menschen mit Behinderungen (Artikel 25 Abs. c).

Prävention ist gerade auch für Säuglinge und Kleinkinder von größter Bedeutung: die Früherkennung von Behinderungen erhöht die Chancen auf nachhaltige Habilitation dramatisch.

¹ Siehe zu diesem Konzept ausführlich: Etta Wilken, Unterstützte Kommunikation, 2010.

„Prävention“ wird und wurde im Kontext von Behinderung auch schon anders verstanden, die jüngere österreichische Geschichte, insbesondere die Eugenik im Nationalsozialismus, erinnert dramatisch an deren menschenverachtende Auswüchse.

„Prävention“ hat im Kontext der Pränataldiagnostik neue Dimensionen erreicht, die von der Konvention selbst nicht direkt erfasst sind, jedoch deren Menschenbild widersprechen. Die EU Grundrechtscharta deckt dieses Themenfeld eindeutig ab²

5. Einwilligung

- a. Paternalistische Haltungen haben dramatische Auswirkungen auf die Einholung von Einwilligungen von Menschen mit Behinderungen. Insbesondere wurde – und wird – ein medizinischer Eingriff zu extensiv ausgeführt (zB Zahnextraktionen) oder für weitere Eingriffe missbraucht (zB Blinddarmoperation samt Sterilisation).
- b. Die Barrierefreiheit der Beratung und Gewährleistung von angemessenen Vorkehrungen (Artikel 2) ist daher zu sichern.
- c. Die Stellvertretung der Einwilligung durch den/die Sachwalter/in kann hoch problematisch sein.
- d. Auch das Verbot, Menschen mit Behinderungen für Versuche zu missbrauchen, ist in der Konvention klar geregelt (Artikel 15).

6. Zugang zu allgemeinen Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge

Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Mundhygiene und andere generelle Maßnahmen haben auch für Menschen mit Behinderungen zur Verfügung zu stehen.

7. Gemeindenahe Gesundheitsversorgung

Gemeindenahe Versorgung für Gesundheit, aber auch Rehabilitation und Habilitation im Kontext von selbstbestimmtem Leben (siehe auch Artikel 19 sowie 26 Konvention).

8. Psychosoziale Behinderungen

Psychische und psycho-soziale Behinderungen sind im Übergang zwischen Gesundheitsversorgung und Rehabilitationsmaßnahmen zu verorten. Prävention spielt hier eine bedeutende Rolle. Die Auswirkungen von Sachwalterschaft sind im Kontext von psychischen Behinderungen besonders komplex und daher sensibel.

9. Zugang zu Medikamenten

Medikamente sind barrierefrei (zB Braillebeschriftung) zur Verfügung zu stellen.

Medikamente dürfen nicht vorenthalten werden.

Die Abgrenzung zu Assistenz- und Hilfsmitteln muss das soziale Modell berücksichtigen.

2 Siehe insbesondere Artikel 3 EU Grundrechtscharta.

10. Sexual- & Reproduktivmedizin

Menschen mit Behinderungen werden vielfach als a-sexuell dargestellt und wahrgenommen. Zugang zu Information und Behandlung in barrierefreier Form ist daher pro-aktiv zu gewährleisten.

Fälle von medikamentöser Empfängnisverhütung und triebdämpfender Medikamente ohne Information und daher auch ohne entsprechende Einwilligung werden immer wieder publik.

Auch Fälle von Sterilisation ohne Einwilligung gab es in der Vergangenheit gehäuft, ob die gesetzliche Regelung in der Praxis hält, wird bezweifelt.

11. Gewaltschutz

Gewalt an Menschen mit Behinderungen ist wesentlich häufiger als im Bevölkerungsschnitt. Im Verhältnis gibt es viel zu wenig Anzeigen und damit Konsequenzen. In der Aufdeckung von Gewalt hat auch die medizinische Versorgung eine wichtige Rolle.

Die zwangsweise Verabreichung von Medikamenten ist jedenfalls ein Gewaltakt. Auch die Überdosierung von Medikamenten ist unter anderem eine Form von Gewalt.

Auch Zwangsernährung ist jedenfalls ein Gewaltakt.

12. Feststellung von Behinderung

Die Feststellung von Behinderung – siehe Einschätzungsverordnung und „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ – ist historisch ein rein medizinischer Vorgang. Es ist ein auf Defizite und „Krankheit“ fokussierter Prozess gewesen, der im Lichte der Konvention einem Paradigmenwechsel unterzogen werden muss:

Die Feststellung von Unterstützungsbedarf und nicht von „Defekten“ durch ein multidisziplinäres Team.

Beratung nach der „Feststellung“ – auch durch Peer-BeraterInnen.

Die Beratung von Angehörigen sollte nicht vergessen werden.

13. Ausbildung von Fachpersonal

a. Die Sensibilisierung für das soziale Modell und das Bewusstmachen von paternalistischen Umgangsformen für das medizinische und Pflegepersonal ist verpflichtend vorgesehen (Artikel 4 (1) (i)).

b. Die Einbeziehung von SelbstvertreterInnen in die Ausbildung (Medizinstudium, Pflegeausbildung, etc.) ist dringend geboten.

c. Die Ausbildung für Gesundheitsberufe muss auch Menschen mit Behinderungen offen stehen (Barrierenabbau, Zugangsvoraussetzungen).

14. Versorgung im Spital & in der Rehabilitation

Die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen wird oftmals von einem Unterstützungsnetzwerk begleitet. Persönliche AssistentInnen, Peer-BeraterInnen, derzeit noch SachwalterInnen und in Zukunft mehr und mehr UnterstützerInnen selbstbestimmter Entscheidungsfindung müssen in die Versorgung im Spital und in Habilitation bzw. Rehabilitationsmaßnahmen integriert werden. Die durchaus übliche „Auslagerung“ von Tätigkeiten auf Familie und FreundInnen macht die praktischen Probleme deutlich.

15. Beratung

Umfassende Beratung, befreit von Paternalismus und in sozialer wie kommunikativer Dimension barrierefrei, muss dringend ausgebaut werden.

Gerade auch die Beratung von Angehörigen kommt in der Praxis oft zu kurz.

16. Gesundheitsverständnis & Gesundheitsbildung

Aufklärung und Bildungsmaßnahmen rund um Gesundheit, Vorsorge und Erhalt der Gesundheit müssen für Menschen mit Behinderungen barrierefrei möglich gemacht werden. Mangelndes Wissen über den Körper und über Risikofaktoren macht es deutlich schwerer, sich selbst und Anderen Grenzen zu setzen.

17. Gesundheitsversorgung in Institutionen

Gesundheitsversorgung, v.a. Prävention, muss auch in Heimen und anderen Einrichtungen von Träger- und Serviceorganisationen eingeplant und umgesetzt werden.

In Einrichtungen für Asylsuchende nimmt Prävention eine wichtige Rolle ein, da die Häufigkeit von Traumata und anderen psychischen und psycho-sozialen Behinderungen vermutlich höher liegt.

18. Datenerhebung & Datenschutz

Die Erfassung von Daten rund um Behinderungen ist hochsensibel. Unter Berücksichtigung dieser Sensibilitäten ist die Datenerhebung vor allem von Barrieren und Inklusionshindernissen unerlässlich.

Der Datenschutz von Menschen mit Behinderungen wird oftmals unterminiert, vor allem wenn auf Grund paternalistischer Haltungen Informationen weitergegeben werden, weil ein Mensch eine Behinderung hat. („Die versteht das eh nicht.“)

19. Katastrophenschutz und Entwicklungszusammenarbeit

Naturkatastrophen und andere Risikosituationen führen oftmals zu langfristigen Gesundheitsproblemen und/oder Behinderungen, das ist in der Planung genauso zu berücksichtigen wie die gesundheitliche Versorgung unmittelbar nach Katastrophen (Medikamente und barrierefreie Unterkünfte, etc.).

Die Entwicklungszusammenarbeit bemüht sich unter anderem um umfassende Gesundheitsangebote, diese müssen barrierefrei geplant und umgesetzt werden.

20. Bewusstseinsbildung: Bilder von Menschen mit Behinderungen

Sensibilisierung für das soziale Modell und das Bewusstmachen von paternalistischen Umgangsformen für das medizinische und Pflegepersonal ist verpflichtend vorgesehen (Artikel 4 (1) (i)).