

## **Barrierefreie Gesundheitsversorgung**

I. Einleitung	2
II. Grundsätzliches	4
1. Menschenrecht Gesundheitsversorgung	4
2. Umfassende Barrierefreiheit	4
a. Soziale Barrieren	5
b. Kommunikative und sprachliche Barrierefreiheit:	6
c. Physische und strukturelle Barrierefreiheit:	7
c. Soziales Modell	7
i. Feststellung von „Behinderung“	7
ii. „Prävention“	8
III. Handlungsbedarf	8
1. Medizinische - und Gesundheitsberufe:	8
2. Strukturelle Verbesserungen:	9
3. Faktoren, die das Krankheitsrisiko von Menschen mit Behinderungen erhöhen:	10
a. Prävention	10
b. Unzureichende Qualität der Einwilligung	11
c. Gewaltschutz	11
d. Wirkung von und Zugang zu Medikamenten	12
e. Hilfsmittel	12
f. Datenerhebung & Datenschutz	13
g. Sexual- & Reproduktivmedizin	13
h. Psychosoziale Behinderungen	14
4. Gesundheitsversorgung in Institutionen & Versorgung im Spital & in der Rehabilitation	15
5. Versicherungssystem	15
6. Katastrophenschutz und Entwicklungszusammenarbeit	15
IV. Fazit:	16
Literatur:	17

„Für Menschen mit (intellektueller) Behinderung,  
wie für alle anderen Menschen auch, setzt die  
Ausübung des Rechts auf Gesundheitsversorgung volle  
soziale Inklusion voraus: einen adäquaten Lebensstandard,  
Zugang zu inklusiver Bildung, adäquat kompensierter  
Arbeit, sowie gemeindenahen Dienstleistungen.“  
Montreal Erklärung, Absatz 4

## I. Einleitung

Behindert zu sein, bedeutet *nicht*, krank zu sein. Diese – häufige – Annahme resultiert in einem falschen und völlig überholten Umgang mit Menschen mit Behinderungen.

„Respekt“ ist eine der größten Mangelerscheinungen des österreichischen Gesundheitssystems, vor allem wenn es um die Versorgung von Menschen mit Behinderungen geht. Als Mensch anerkannt und wahrgenommen, vor allem ernst genommen zu werden, ist essentiell, gerade in einem so sensiblen Bereich wie der Gesundheitsversorgung. Nicht nur „Geduld und respektvoller Umgang mit Menschen mit Behinderungen sind sehr wichtig“, die Konsequenzen von Respektlosigkeit können fatal sein: „nach schlechten Erfahrungen sind Menschen mit Behinderungen eingeschüchtert und teilen sich nicht mehr mit.“<sup>1</sup>

In Diskussionen werden jene Menschen, die keine Beeinträchtigung haben, vielfach als „gesund“ bezeichnet, z.B. „aber die gesunden Kinder haben dann einen Nachteil.“ Diese Darstellung verstärkt den Eindruck, dass Behinderung mit Krankheit gleichzusetzen ist. Das ist falsch. Die meisten Menschen mit Behinderungen sind meistens gesund; würden sie die entsprechende Unterstützung durch das Gesundheitssystem erfahren, wären noch mehr noch gesünder. Der „defizitorientierte Ansatz“ stellt medizinische Aspekte und das, was Menschen mit Behinderungen vermeintlich bzw. angeblich nicht können, in den Mittelpunkt. Die Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen stellt klar, dass diese Sichtweise viel zu kurz greift: ganzheitlich betrachtet haben alle Menschen in irgendeiner Form einen Assistenz- und Unterstützungsbedarf, bei den sogenannte „chronisch Normalen“<sup>2</sup> ist dieser etwas weniger stark ausgeprägt.

„**Stigmatisierende Haltungen**“ sind einer der größten Faktoren in der Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen im Gesundheitswesen.<sup>3</sup> Leider kommt es vor, dass man Menschen mit Behinderungen wenig Zurechnungsfähigkeit zuerkennt. Menschen mit Behinderungen nicht ernst zu nehmen ist eine soziale Barriere. Nicht sicherzustellen, dass man das Pflegepersonal in der Nacht rufen

---

<sup>1</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 6 – Lucia Vock, Seite 2 – Natalja Sarajlic.

<sup>2</sup> © Rico, ein tiefbegabtes Kind in: Andreas Steinhöfel, Rico, Oskar und die Tieferschatten, Carlsen 2008, sowie Pat Deegan, Recovery, Rehabilitation and the Conspiracy of Hope.

<sup>3</sup> E/CN.4/2005/51, OP 52.

kann, ist eine kommunikative Barriere, die tödlich sein kann.<sup>4</sup> Das hat vor allem mit dem paternalistischen und verqueren Umgang mit Menschen mit Behinderungen durch das medizinische Personal zu tun. Ausländische Untersuchungen, wonach die Lebenserwartung von Menschen mit Lernschwierigkeiten bis zu 16 Jahre verkürzt ist,<sup>5</sup> fehlen in Österreich, aber die strukturellen Probleme bedingt durch zahllose Barrieren, sind evident.

Entscheidungen selbst zu treffen ist ein essentielles Menschenrecht.<sup>6</sup> Denn es ist „**ungesund, nicht selbst zu entscheiden.**“<sup>7</sup> Es muss sichergestellt werden, dass Menschen mit Behinderungen die Entscheidungen über den eigenen Körper selbst treffen können. Es braucht eine „klare Sprache“, Aufklärung in Leichter Sprache, sowie Peer-Beratung im Krankenhaus.<sup>8</sup> Es ist eine Frage der Aufbereitung der Information (Leichte Sprache u. Ä.), nicht des – vermeintlichen – Schwierigkeitsgrades der Entscheidung oder des vermeintlichen (Un-)Vermögens der Patientin/des Patienten.

Lebensumstände prägen Menschen und beeinflussen deren Gesundheitszustand deutlich und nachhaltig. Menschen mit Behinderungen sind da keine Ausnahme. Menschen mit Behinderungen, die selbstbestimmt leben, lernen, arbeiten und wohnen, sind nachweislich deutlich gesünder als Menschen mit Behinderungen, die ausgeschlossen leben.<sup>9</sup>

Bei der Dosierung von **Medikamenten** für Menschen mit Behinderungen gibt es zu viel „Versuch und Irrtum,“ es werden unnötig Medikamente verabreicht, Nebenwirkungen falsch eingeschätzt und unzureichend erklärt, sowie zur Freiheitsentziehung und übermäßigen Beruhigung eingesetzt.<sup>10</sup>

Menschen mit Behinderungen sind meistens gesund; **Behinderung bedeutet nicht automatisch, krank zu sein.** Menschen, die keine Behinderung haben als „gesund“ zu bezeichnen, wenn man meint, dass sie eben keine Beeinträchtigung haben, also „schwerst-mehrfach-normal“ sind, verstärkt die Annahme, dass die „anderen,“ also Menschen mit Behinderungen als Gegenbild „krank“ sind. Das ist nicht richtig.

**Es ist wichtig, die Behinderung eben nicht als Krankheit zu sehen, sondern als eine Tatsache ohne Defizit.**

---

<sup>4</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 8 – Roswitha Schachinger.

<sup>5</sup> Siehe dazu: University of Bristol, Department of Health, Confidential Inquiry into the Premature Deaths of People with Learning Disabilities (Study), 2013; siehe auch: Guardian, NHS Failing people with learning disabilities, says report, 19. März 2013.

<sup>6</sup> Siehe dazu ausführlich: SN Selbstbestimmte Entscheidungsfindung, sowie: Issues Paper Hammarberg (Deutsch).

<sup>7</sup> Protokoll Öffentliche Sitzung, Seite 6 – Andrea Feldkircher.

<sup>8</sup> Protokoll Öffentliche Sitzung, Seite 3 – Erich Girlek, Seite 2 – Natalia Saraklic, Seite 4 – Oswald Föllner, Seite 4 – Lucia Vock, Seite 5 – Maria Schwarr.

<sup>9</sup> Hinweis Petra Flieger, siehe dazu u.a. Begleitforschung zum Pilotprojekt Persönliche Assistenz: Mayrhofer, Hemma; Sutterlüty, Marlies (2008). Modellprojekt Persönliche Assistenz (PA) Wien. Endbericht der Begleitforschung. Wien: FH Campus Wien, Seite 19. Im Internet: <http://www.bizeps.or.at/broschueren/pa/forschung2008.pdf>.

<sup>10</sup> Protokoll Öffentliche Sitzung, Seite 4 – Tamara Grundstein, Seite 4 – Oswald Föllner, Seite 5 – Wolfgang Orehounig.

## II. Grundsätzliches

### 1. Menschenrecht Gesundheitsversorgung

Gesundheit ist von einer ganzen Reihe von Faktoren abhängig, u.a. individuelle, wie z.B. Lebens- und Arbeitsbedingungen, generelle sozioökonomische, kulturelle und milieubedingte Einflüsse, sowie der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen.<sup>11</sup> Wichtiger Weise: Gesundheitsversorgung ist ein Menschenrecht, verbrieft u.a. in: Artikeln 55, 57 & 62 der UN Charta, Artikel 25 Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, Artikel 12 Pakt für wirtschaftliche, soziale & kulturelle Rechte.<sup>12</sup> „Das Recht auf Gesundheitsversorgung ist eng verknüpft mit und steht in Zusammenhang mit der Realisierung anderer Menschenrechte (...), darunter das Recht auf Nahrung, Wohnung, Bildung, menschliche Würde, Recht auf Leben, Nicht-Diskriminierung, Gleichheit, das Verbot von Folter, Recht auf Privatleben, Zugang zu Information und der Vereins-, Versammlungs- und Bewegungsfreiheit. Diese und andere Rechte und Freiheiten sind integrale Bestandteile des Rechts auf Gesundheitsversorgung.“<sup>13</sup>

Menschen ernst zu nehmen, sie zu respektieren und „mit den PatientInnen, nicht den BetreuerInnen“ zu kommunizieren sind alles Facetten von würdevollem Umgang mit Menschen mit Behinderungen.<sup>14</sup> Die Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen verbrieft klar das Recht, die Würde zu achten und – wichtiger Weise – zu fördern.<sup>15</sup>

Menschen mit Behinderungen wollen keine „ExtrawürschtlIn,“ sie wollen so akzeptiert werden, wie sie sind, und in einer möglichst barrierefreien Umgebung Zugang zu einem Gesundheitsstandard haben, wie er in Österreich selbstverständlich ist. Menschen auf Grund des „Merkmals“ Behinderung anders zu behandeln, ist eine **Diskriminierung** im Sinne der Konvention.

Die Verwirklichung von **Selbstbestimmung** ist ein zentrales Anliegen der Konvention; die Durchsetzung in der Praxis steht gerade in der Gesundheitsversorgung vor enormen Hürden.

### 2. Umfassende Barrierefreiheit

Barrierefreiheit ist nicht nur die Sicherstellung von baulicher Zugänglichkeit, sondern umfasst mehrere Dimensionen: soziale, kommunikative, intellektuelle und strukturelle Faktoren. In einer WHO Studie zum österreichischen Gesundheitssystem werden „finanzielle, geographische, sprachliche, kulturelle und intellektuelle Barrieren“ als Ausschlussfaktoren genannt. Barrieren können jedoch auch „durch das Gesundheitssystem selbst [...] so durch mangelnde Barrierefreiheit und Assistenz-

---

<sup>11</sup> WHO/Weltbank, Weltbericht 2011, Seite 57.

<sup>12</sup> Siehe für weitere Verweise, insb. zu Konventionen der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO), Eibe Riedel: The Human Right to Health: Conceptual Foundations, in: Clapham/Robinson: Realizing the Right to Health.

<sup>13</sup> CESCR, General Comment 14, Right to Health, Absatz 3.

<sup>14</sup> Protokoll Öffentliche Sitzung, Seite 3 – Erich Girlek, Seite 2 – Ursula Six, Seite 6 – Andrea Feldkircher, Seite 8 – Roswitha Schachinger.

<sup>15</sup> Vergleiche Artikel 1 Konvention, erster Teil.

maßnahmen für Menschen mit Behinderungen“ bestehen.<sup>16</sup>

#### a. Soziale Barrieren

„Es ist wichtig, ernst genommen zu werden;“<sup>17</sup> man fühle sich „übergangen und müsse länger warten“,<sup>18</sup> weil man eine Behinderung hat. „ÄrztInnen gehen nicht auf Menschen mit Lernschwierigkeiten ein“;<sup>19</sup> sie sollten „nicht mit BetreuerInnen, sondern direkt mit PatientInnen und in Leichter Sprache kommunizieren.“<sup>20</sup> SelbstvertreterInnen fordern „Ausbildungen in Richtung Respekt und Geduld“ und „klare Sprache im Umgang mit Menschen mit Lernschwierigkeiten“,<sup>21</sup> auch weil Menschen mit Behinderungen unabhängig von der Beeinträchtigung prinzipiell nicht ernst genommen würden.<sup>22</sup>

Die Konvention spricht von der Notwendigkeit, „**einstellungsbedingte Barrieren**“ vis-a-vis Menschen mit Behinderungen abzubauen. Den Menschen zu sehen und seine Fähigkeiten wahrzunehmen, Unterstützung anzubieten. Nicht eine „Unfähigkeit“ zu vermuten und davon auszugehen, dass man – vielleicht gut gemeint – Dinge „besser weiß“ als Menschen mit Behinderungen selbst.

Es kommt selten vor, dass Menschen sich über eine Bevormundung oder eine Entscheidung durch Dritte freuen. Menschen mit Behinderungen möchten genauso selbst entscheiden. Sie haben ein wie andere PatientInnen äquivalentes Recht auf Aufklärung: „Warum ist die geplante Behandlung notwendig, was sind deren Risiken, wie lange wird sie dauern, was ist der Heilungsverlauf, was ist zu beachten?“ fragt die Selbstvertreterin Maria Schwarr.<sup>23</sup>

Menschen mit Behinderungen haben das Recht, sämtliche Dinge selbst zu entscheiden, dazu gehören auch Fragen zur und über ihre Gesundheit. Die Erklärungswege sind möglicher Weise andere, die Prozesse nehmen vielleicht mehr Zeit in Anspruch. Eine wichtige Möglichkeit, die die Konvention dazu vorsieht, ist die **Peer-Beratung**,<sup>24</sup> die auch von den SelbstvertreterInnen gefordert wird.<sup>25</sup> Eine zentrale Feststellung in diesem Kontext: es ist „ungesund, nicht selbst zu

---

<sup>16</sup> WHO, Public Health in Austria, An analysis of the status of public health

Edited by Joy Ladurner, Marlene Gerger, Walter W. Holland, Elias Mossialos, Sherry Merkur, Susie Stewart, Rachel Irwin, Jürgen Soffried, 2011, 190; sowie: “Access to and free choice of health service providers can be limited for people with special needs because disabled access to buildings does not exist in all places or suitable information is not provided for people with, for instance, hearing loss or impaired vision. Since 2001, group practices signing a contract with social insurance have had to ensure disabled access to their facilities,” 215 ebd.

<sup>17</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 2 – Natalia Sarajlic.

<sup>18</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 2 – Lucia Vock.

<sup>19</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 2 – Wolfgang Orehounig.

<sup>20</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 3 – Erich Girlek.

<sup>21</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 4 – Lucia Vock.

<sup>22</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 5 – Alfred Prantl.

<sup>23</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 5 – Maria Schwarr.

<sup>24</sup> Artikel 26 Abs 1 Konvention.

<sup>25</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 5 – Maria Schwarr.

entscheiden“.<sup>26</sup> Selbstbestimmung muss in sämtlichen Lebensbereichen möglich gemacht werden.

Menschen, auch Menschen mit Behinderungen, nicht ernst zu nehmen, kann **tödlich enden**. Vor allem sollte nicht unterschätzt werden, dass negative Erfahrungen im Gesundheitssystem Haltungen produzieren, bei denen sich Menschen kaum oder gar nicht mehr mitteilen.<sup>27</sup> Auch die Frage der Behandlungsverweigerung ist im Kontext sozialer Barrieren und Diskriminierungsfreiheit zu diskutieren.<sup>28</sup>

b. Kommunikative und sprachliche Barrierefreiheit:<sup>29</sup>

„Das Gesundheitssystem ist schwer verständlich“, „es braucht gute Information durch die ÄrztInnen. Behandlungen müssten gut erklärt werden, damit die Betroffenen selber Entscheidungen treffen können.“<sup>30</sup> Rezepte und Medikamente müssen in Leichter Sprache zugänglich gemacht werden.<sup>31</sup> „Befunde und Diagnosen sind oft unverständlich, voller Fremdwörter und in schwerer Sprache“, so Selbstvertreter Oswald Föllerer.<sup>32</sup>

Das Erfordernis Leichter Sprache,<sup>33</sup> sowie Unterstützter Kommunikation<sup>34</sup> oder der Gebärdensprache reduziert nicht nur Barrieren für Menschen, die non-verbal sind oder eine intellektuelle Beeinträchtigung haben. **Es ist ein Grundeindruck des Gesundheitswesens, dass es schwer bis völlig unverständliche Wörter und Abläufe verwendet, die Intransparent bleiben.** Die grundsätzliche Auseinandersetzung mit den vielen – auch technischen – Möglichkeiten des Abbaus von kommunikativen und sprachlichen Barrieren, z.B. der Methoden der Unterstützten Kommunikation scheint überfällig.<sup>35</sup> Diese Maßnahmen sind als „angemessene Vorkehrungen“ im Sinne der Konvention verpflichtend zur Verfügung zu stellen – Artikel 5 Abs. 3.

---

<sup>26</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 6 – Andrea Feldkircher.

<sup>27</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 6 - Lucia Vock und Seite 8 – Roswitha Schachinger.

<sup>28</sup> Siehe eingehend: EU Grundrechtsagentur, Inequalities and multiple discrimination in access to health care, 67.

<sup>29</sup> Siehe dazu ausführlich: EU Grundrechtsagentur, Inequalities and multiple discrimination in access to health care,, 47.

<sup>30</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 2 – Wolfgang Orehounig, Seite 2 – Natalia Sarajlic.

<sup>31</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 4 – Michaela Amering, Seite 4 – Klaus Brunner.

<sup>32</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 4 – Oswald Föllerer.

<sup>33</sup> Siehe auch Zitat OBEN zu Kommunikation in Leichter Sprache - .

<sup>34</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 4 – Natalia Sarajlic.

<sup>35</sup> Siehe zu AT & UK, Stellungnahme; siehe auch WB/WHO Weltbericht Menschen mit Behinderungen, 2011.

### c. Physische und strukturelle Barrierefreiheit:<sup>36</sup>

Die bauliche Barrierefreiheit von Gesundheitseinrichtungen sollte selbstverständlich sein, weil es dem Zweck und der Zweckmäßigkeit dieser Institutionen entspricht. Baulichen Barrieren, gerade auch für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen,<sup>37</sup> sind in Arztpraxen ein großes praktisches Problem.<sup>38</sup> Das Gleichstellungsrecht (BGStG), welches das diskriminierungsfreie Anbieten von Leistungen vorschreibt, muss gerade auch in der Gestaltung von Arztpraxen angewendet werden.<sup>39</sup>

Darüber hinaus gibt es zahlreiche Hürden, wenn man sich in Gesundheitseinrichtungen zurechtfinden will: „in Großkrankenhäusern gibt es keine oder nur eine schlechte Beschilderung und zu wenig Orientierungshilfen.“<sup>40</sup> Es braucht auch „Orientierungshilfen in Blindenschrift.“<sup>41</sup>

Beachtlich ist weiters, dass tierische Assistenz gemäß der Konvention nicht nur zulässig ist, sondern barrierefrei zugänglich und verwendbar sein muss; d.h. Tiere, die Assistenz leisten, müssen Zugang zu Gesundheitseinrichtungen haben, Hausordnungen müssen dies berücksichtigen und MitarbeiterInnen entsprechend geschult sein.<sup>42</sup>

Die Abläufe in Krankenhäusern können verwirrend sein und werden als zu kompliziert empfunden. In Vorbereitung auf eine Operation sind meist mehrere Untersuchungen notwendig: Blutbild, Lungenröntgen, EKG etc. Ohne Assistenz ist dies schwierig, die verschiedenen Befunde ambulant einzusammeln ist besonders kompliziert.<sup>43</sup>

### c. Soziales Modell

Die Konvention beschreibt das soziale Modell von Behinderung. Der Fokus verschiebt sich damit von Menschen mit Behinderungen hin zu den Umwelt- und anderen Faktoren, die eine Behinderung bedingen. Allen voran die Sichtweise von und Einstellung vis-a-vis Menschen mit Behinderungen.<sup>44</sup> Die veraltete – medizinische und defizitorientierte – Betrachtung von Menschen mit Behinderungen muss an vielen Stellen entsprechend adaptiert werden. Beispielhaft seien genannt:

#### ***i. Feststellung von „Behinderung“***

Der Monitoringausschuss hat bereits ausführlich festgehalten, dass das

---

<sup>36</sup> Siehe ausführlich auch: EU Grundrechtsagentur, Inequalities and multiple discrimination in access to health care,, 55.

<sup>37</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 5 – Alfred Prantl.

<sup>38</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 6 – Oswald Föllerer.

<sup>39</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 6 – Stefan Pauser.

<sup>40</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 2 – Lucia Vock.

<sup>41</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 2 – Harald Ellbogen.

<sup>42</sup> Hinweis: Freunde der Rehabilitationshunde Europas – Partner für Behinderte und Anfallkranke, siehe insbesondere Artikel 9 & 20 Behindertenrechtskonvention.

<sup>43</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 4 – Oswald Föllerer.

<sup>44</sup> Siehe dazu ausführlich Leitbild des Monitoringausschusses.

Instrumentarium mit dem in Österreich eine Behinderung festgestellt wird, die sogenannte Einschätzungsverordnung, mit ihrer schwer medizinischen Sichtweise mit der Konvention nicht in Einklang zu bringen ist. Das Procedere zur Feststellung des Anspruchs auf Pflegegeld bzw. dessen Erhöhung ist im Lichte der Konvention ebenfalls dringend Novellierungsbedürftig. Einen Teilaspekt beleuchtet die Grundrechtsagentur der Europäischen Union: „Wenn Menschen Invaliditätspension beantragen, gibt es oft Barrieren und viele Missverständnisse, wo Menschen ihre Gesundheitsprobleme nicht wirklich erklären können. Wenn die unterliegenden Pathologien nicht verstanden werden, werden die Menschen als arbeitsunwillig abgestempelt.“<sup>45</sup>

Für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen wird in diesem Kontext das Stigma der Erkrankung durch die Grundannahme, dass PatientInnen „simulieren oder übertreiben“ verstärkt.

## **ii. „Prävention“**

„Prävention“ hat im Kontext der Pränataldiagnostik neue Dimensionen erreicht, die von der Konvention selbst nicht direkt erfasst sind, jedoch dem Menschenbild der Konvention klar widersprechen. Die EU Grundrechtscharta deckt dieses Themenfeld eindeutig ab.<sup>46</sup>

„Prävention“ wird und wurde im Kontext von Behinderung auch schon anders verstanden, die jüngere österreichische Geschichte, insbesondere die sogenannte Eugenik im Nationalsozialismus, erinnert dramatisch an deren menschenverachtende Auswüchse.<sup>47</sup>

## **III. Handlungsbedarf**

### **1. Medizinische - und Gesundheitsberufe:**

Die Konvention sieht vor, „gesetzgeberische Maßnahmen zur Änderungen oder Aufhebung bestehender [...] Gepflogenheiten“ zu treffen.<sup>48</sup> Ebenso ist vorgesehen, dass ein „Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“ gewährleistet wird.<sup>49</sup>

1. Es wichtig, dass ÄrztInnen, Krankenhauspersonal – medizinische – und Gesundheitsberufe<sup>50</sup> – im Umgang mit Menschen mit Behinderungen geschult werden<sup>51</sup>, so wie dies von der Konvention verpflichtend (Artikel 4 Abs. 1 lit. i) vorgeschrieben ist, gerade auch um soziale Barrieren abzubauen. „ÄrztInnen

---

<sup>45</sup> EU Grundrechtsagentur, Inequalities and multiple discrimination in access to health care, 71.

<sup>46</sup> Siehe insbesondere Artikel 3 EU Grundrechtscharta.

<sup>47</sup> Siehe dazu „Kind als Schaden“ – Stellungnahme SchadenersatzrechtsänderungsG 2011.

<sup>48</sup> UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Art. 4, lit. b.

<sup>49</sup> UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung, Art. 25.

<sup>50</sup> Sowie die Sozialbetreuungspersonen, siehe Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 6, - Gerhart Hofer.

<sup>51</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 2, - Wolfgang Orehounig.

und Krankenhauspersonal sollten im Umgang mit Menschen mit Behinderungen, insbesondere Menschen mit Lernschwierigkeiten, geschult werden.<sup>52</sup>

2. Medizinische- und Gesundheitsberufe müssen auch für Menschen mit Behinderungen offen stehen. In der Ausbildung fällt auf, dass ExpertInnen in eigener Sache als ReferentInnen eingeladen werden, jedoch keine Lehrstühle innehaben.<sup>53</sup>

## 2. Strukturelle Verbesserungen:

1. Menschen mit Behinderungen müssen gleichberechtigt Zugang zu allgemeinen Maßnahmen der Gesundheitsversorgung haben.
2. Gesundheitsversorgung muss gerade auch im **gemeindenahen Bereich** barrierefrei zugänglich sein.
3. **Gesundheitsverständnis & Gesundheitsbildung:** Menschen mit Behinderungen müssen stärker ermächtigt („empowered“) werden, sich ihrer Gesundheit bewusst zu sein, dafür ein Verständnis zu entwickeln und Maßnahmen zu deren Erhaltung setzen können.
4. 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 machen es deutlich schwerer sich selbst und anderen Grenzen zu setzen. Die Notwendigkeit inklusiver **Bildung** wird hier ebenso unterstrichen<sup>54</sup> wie die Verbesserung des **Gewaltschutzes** für Menschen mit Behinderungen.<sup>55</sup>
5. An den Schnittstellen von Bundes- und Länderzuständigkeit kommt es bei der Gesundheitsversorgung in manchen Bereichen zu Versorgungslücken. Maßnahmen, insbesondere Therapien werden mitunter einerseits der „Behindertenhilfe“ (Länder) oder andererseits der Krankenversicherung/ Heilbehandlung (Bund) zugeschlagen. Manchmal wird eine Kostenübernahme unter Verweis auf die jeweilige Zuständigkeit der anderen Stelle von beiden Seiten abgelehnt.
6. Berichten, dass Menschen mit Behinderungen in Geriatriezentren bzw. Pflegeheimen leben müssen, weil ihnen keine adäquaten Alternativen zur Verfügung stehen, muss umgehend nachgegangen werden; Alternativen gibt es und diese sind umzusetzen.
7. Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) birgt „Gefahrenpotenzial“ für BetreuerInnen, die verunsichert sind, welche Tätigkeiten sie vornehmen dürfen und welche nicht. Der Beurteilungsrahmen hat auch durch das soziale Modell, insbesondere die Unterstützung selbstbestimmter Lebensführung definiert zu werden; die Lebensumstände der unterstützten Personen müssen jedenfalls soviel Gewicht haben, wie die Rechte der Berufsstände.<sup>56</sup>
8. **Vorsorgeuntersuchungen** sollten entsprechend „durchgeführt und gefördert werden, [denn] gesunde Ernährung, seelische Gesundheit“ müssen beachtet

---

<sup>52</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 2, - Wolfgang Orehounig.

<sup>53</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 6, - Michaela Amering.

<sup>54</sup> Stellungnahmen zu Bildung: Inklusive Bildung Juni 2010, Barrierefreie Bildung, Dezember 2012.

<sup>55</sup> Stellungnahme Gewalt und Missbrauch 2011, sowie Stellungnahme Opferschutz 2013.

<sup>56</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 7, - Anton Schmalhofer.

werden.“ Gerade auch der Schutz vor Sekundärerkrankungen, der z.B. für Menschen mit Down Syndrom notwendig ist, muss gefördert werden.<sup>57</sup>

9. **Beratung:** Es ist wichtig „Aufklärung über geplante Behandlungen“ barrierefrei zu erhalten, um über die Gründe, Risiken, Dauer, etc. einer Erkrankung und deren Behandlung bescheid zu wissen. **Peer-Beratung** – d.h. ExpertInnen in eigener Sache beraten – im Krankenhaus sollte selbstverständlich sein.<sup>58</sup>
10. **Beratungen** im Bereich der Gesundheitsversorgung sollten ausgebaut werden. Selbstbestimmte Entscheidung und Beratung gehören zusammen. Es ist wichtig, dass die Gesundheitsversorgung entsprechende Beratungsstellen barrierefrei ausbaut. Barrierefreiheit ist vor allem bei der Sexualaufklärung wichtig, da es häufig zu sexuellen Missbrauch kommt.<sup>59</sup>
11. **Therapie** muss im Kontext von Behinderung auch als Unterstützung und nicht notwendiger Weise als Erreichung einer medizinisch indizierten „Heilung“ verstanden werden. So kann zum Beispiel für Menschen mit Mobilitätseinschränkung durch regelmäßige Therapie die Beweglichkeit erhalten werden, jedoch eine Mobilisierung per se nicht erreicht werden.

### 3. Faktoren, die das Krankheitsrisiko von Menschen mit Behinderungen erhöhen:

#### a. Prävention

12. Prävention ist im Kontext der Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen die Verhinderung von weiteren Behinderungen (Beeinträchtigungen) von Menschen mit Behinderungen (Artikel 25 Abs. c).
13. Prävention ist gerade auch für Säuglinge und Kleinkinder von größter Bedeutung: die Früherkennung von Beeinträchtigungen<sup>60</sup> erhöht die Chancen auf nachhaltige Habilitation dramatisch.
14. Lebenserhaltende Maßnahmen, siehe insbesondere Artikel 25 Abs. f - diskriminierende Vorenthaltung von Gesundheitsversorgung – sind auch für Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten, auch für Säuglinge mit geringeren Lebenschancen und ältere Menschen mit Behinderungen.<sup>61</sup>
15. Präventionsmaßnahmen müssen auch gemeindenah und ambulant angeboten werden.
16. Kuraufenthalte müssen barrierefrei möglich sein, in Antragstellung und Umsetzung.<sup>62</sup>
17. Inklusion – siehe Grundprinzipien der Konvention Artikel 3 lit. c – wirkt nachweislich gesundheitsfördernd.<sup>63</sup>

---

<sup>57</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 3 – Maria Schwarr

<sup>58</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 5 – Maria Schwarr; siehe zur Unterstützung durch andere SelbstvertreterInnen „Peer Support“ auch Artikel 26 Abs. 1 Konvention.

<sup>59</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 6 – Andrea Feldkircher.

<sup>60</sup> Zur Unterscheidung von Behinderung und Beeinträchtigung siehe u.a. Artikel 1 Konvention.

<sup>61</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 4 – Tamara Grundstein & Seite 3 – Gerhard Lichtenauer.

<sup>62</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 5 – Wolfgang Orehounig.

<sup>63</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 6 – Petra Flieger. Siehe auch die Stellungnahme Persönliche Assistenz, Juni 2011 mit Verweisen auf Berechnungen des Wiener Rechnungshofes zur gesundheitsfördernden Wirkung von Persönlicher Assistenz,

## b. Unzureichende Qualität der Einwilligung

18. 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). So sollen zB ÄrztInnen nicht mit BetreuerInnen, sondern direkt mit PatientInnen und in Leichter Sprache kommunizieren.<sup>64</sup> P3
19. Die Barrierefreiheit der Beratung und die Gewährleistung von angemessenen Vorkehrungen (Artikel 5 Abs. 3), gerade auch in der Unterstützung von Entscheidungsfindungsprozessen, ist daher zu sichern. Denn: „**es ist ungesund, nicht selbst zu entscheiden**“.<sup>65</sup>
20. Die Stellvertretung der Einwilligung durch den/die Sachwalter/in kann hoch problematisch sein.<sup>66</sup>
21. Die Konvention verbietet klar den Missbrauch von Menschen mit Behinderungen für Versuche – Artikel 15. „Menschen mit Behinderungen sollten keine Versuchskaninchen sein. Sie seien ernst zu nehmen.“<sup>67</sup>
22. PatientInnen-Verfügungen sollten barrierefrei zugänglich gemacht werden, gerade auch für Menschen mit psychischen und psychosozialen Beeinträchtigungen.<sup>68</sup>
23. Die Einwilligung von Menschen mit Behinderungen gerade auch in Forschungsvorhaben hat der Konvention genüge zu tun; einschlägige Richtlinien sind im Lichte der Konvention neu zu diskutieren.<sup>69</sup>

## c. Gewaltschutz

24. 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.
25. Die zwangsweise Verabreichung von Medikamenten ist jedenfalls ein Gewaltakt. Auch die Überdosierung von Medikamenten ist unter anderem eine Form von Gewalt.
26. Auch Zwangsernährung ist jedenfalls ein Gewaltakt.<sup>70</sup>

---

<sup>64</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 3 – Erich Girlek.

<sup>65</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 6 – Andrea Feldkircher.

<sup>66</sup> Siehe dazu ausführlich Stellungnahme „Jetzt entscheide ich“ - Unterstützte Entscheidungsfindung, Juni 2012: Es ist menschenrechtlich geboten, Mutmaßungen darüber anzustellen, dass im Bereich der medizinischen Versorgung von Menschen mit Lernschwierigkeiten generell und auch von Personen, die eine/n Sachwalter/in haben, vieles contra das Recht auf das Höchstmaß an Gesundheitsversorgung passiert. Zum einen ist darauf zu achten, dass der Zugang zu **Vorsorgeuntersuchungen**, wie etwa in den Bereichen Gynäkologie, Urologie und Zahnmedizin gesichert wird; zum anderen haben SachwalterInnen eine wichtige Rolle im **Schutz vor Missbrauch**. Infolge von Unruhe sollen Zahnbehandlungen unter Vollnarkose erfolgt sein. Auch ein kariöser Zahn soll als Vorwand für die Entfernung sämtlicher Zähne verwendet worden sein.

<sup>67</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 2 – Ursula Six.

<sup>68</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 4 – Karin Rowhani-Wimmer.

<sup>69</sup> Siehe u.a. die Empfehlungen der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt zu „Forschung an nicht einwilligungsfähigen Personen“ vom Juni 2013.

<sup>70</sup> Siehe Stellungnahme Gewalt.

#### d. Wirkung von und Zugang zu Medikamenten

27. Die gesetzlichen Bestimmungen bei der Verabreichung von Medikamenten sind einzuhalten.<sup>71</sup>
28. Die Vorenthaltung von Medikamenten ist Gewalt.<sup>72</sup>
29. Über- und Zwangsmedikation seien weiterhin üblich, von der Pharmaindustrie unterstützt, befriedige das Gesundheitswesen weiterhin den Bedarf, „Menschen ruhig zu stellen.“<sup>73</sup> Es sollen nur die Medikamente verabreicht werden, die tatsächlich benötigt werden.<sup>74</sup> Medikamente sollten nur der Heilbehandlung dienen, oft erfolge Freiheitsentzug in Form von hoher Medikamentengabe.<sup>75</sup>
30. Es gibt zu wenig Forschung zur Wirkung von Medikamenten auf Menschen mit Behinderungen, Mangels Erfahrungen werde nach dem Prinzip „Versuch und Irrtum“ vorgegangen.<sup>76</sup>
31. Nebenwirkungen, wie z.B. Gewichtszunahme,<sup>77</sup> aber auch andere Hinweise müssen barrierefrei kommuniziert werden.<sup>78</sup>
32. Die Barrierefreiheit von Packung und Beipackzettel muss erhöht werden: Leichte Sprache für Beipackzettel.
33. Angebote der „Alternativ- zusätzlich zur Schulmedizin, auch der Homöopathie“ müssen barrierefrei zugänglich sein.<sup>79</sup>
34. Möglichkeiten alternativer Schmerzbehandlung, Zugang dazu und Finanzierung, müssen auch aus Perspektive von Menschen mit Behinderungen beurteilt werden.<sup>80</sup>

#### e. Hilfsmittel

35. Die Verordnung von und Zuschreibung von Hilfsmitteln muss das soziale Modell berücksichtigen.
36. Für die Anpassung von Hilfsmitteln bedarf es Expertise und gewissenhafte Untersuchungen.<sup>81</sup>
37. Das **Persönliche Budget**<sup>82</sup> würde viele der bestehenden Probleme im Zugang zu Hilfsmitteln lösen.<sup>83</sup>
38. Insbesondere bei Rollstühlen mangelt es an Auswahl und zeitgemäßen Standards. Rollstühle – „die wie orthopädische Schuhe angepasst werden müssen“<sup>84</sup> – sind auf einen relativ geringfügigen Gebrauch ausgerichtet, die Vorgabe eines Rollstuhles pro

---

<sup>71</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 7 – Alexandra Niedermoser.

<sup>72</sup> Siehe Stellungnahme Gewalt und Missbrauch, Februar 2011.

<sup>73</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 6 – Harald Ellbogen.

<sup>74</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 5 – Wolfgang Orehounig.

<sup>75</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 7 – Alexandra Niedermoser.

<sup>76</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 4 – Tamara Grundstein.

<sup>77</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 5 – Wolfgang Orehounig.

<sup>78</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 7 – Maria Schwarr.

<sup>79</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 6 – Harald Ellbogen.

<sup>80</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 2 – Anonym.

<sup>81</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 7 – Maria Schwarr.

<sup>82</sup> Siehe Stellungnahme Persönliches Budget, Oktober 2012.

<sup>83</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 8 – Roswitha Schachinger.

<sup>84</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 6 – Gunther Trübswasser.

Person ist mit einem aktiven selbstbestimmten Tagesablauf nicht in Einklang zu bringen. Die Vergabe von Rollstühlen wird von der Erwartungshaltung, „dass man brav zuhause bleibt“<sup>85</sup> getragen. Die Zeiträume um einen neuen Rollstuhl zu erhalten sind zu lange bemessen, man wartet ungebührlich lange auf einen Rollstuhl.<sup>86</sup> Es mangelt darüber hinaus an einem vielfältigen Händlerangebot, sowie an Serviceangeboten für technische Notfälle, insbesondere am Wochenende.<sup>87</sup>

39. Hilfsmittel werden auch aus Altersgründen verweigert: „Stereohören ist ab 75 nicht mehr notwendig;“<sup>88</sup> die Zuständigkeiten für Ansprüche sind verwirrend, der Pensionsantritt zeitigt föderalismusbedingte Zuständigkeitsverschiebungen. Der Anspruch auf Gebärdensprachdolmetschung, sowie dessen Finanzierung ist vielfach unklar.

40. Hilfsmittel würden tendenziell abgelehnt, wenn sie „nur der Pflege dienen“ (d.h. nur das Leben der pflegenden Angehörigen erleichterten), sind aber für die Lebensqualität wichtig.<sup>89</sup>

#### f. Datenerhebung & Datenschutz

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

41. Die Erfassung von Daten rund um Behinderungen ist hochsensibel, Regelungen, aber insbesondere die Praxis müssen die Überwindung paternalistischer Herangehensweisen unterstützen.

42. Die Verbindung von Daten bzw. das Sammeln von Daten nach dem Behinderungsmerkmal widerspricht dem Diskriminierungsverbot der Konvention, so z.B. die Praxis über Menschen, die nach dem UnterbringungsG beamtshandelt wurden, polizeiliche Aufzeichnungen als „auffällig“ zusammenzuführen.

#### g. Sexual- & Reproduktivmedizin

43. Menschen mit Behinderungen werden vielfach als a-sexuell dargestellt und wahrgenommen.

44. Behandlungen müssten gut und barrierefrei erklärt werden, damit die Betroffenen selber Entscheidungen treffen können, z. B. bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbrüchen.<sup>90</sup>

45. Schwangerschaftsabbrüche werden auch wegen einem vermeintlichen Mangel an Unterstützung im Alltag vorgenommen.<sup>91</sup> Frauen mit Behinderungen werden zu Schwangerschaftsabbrüchen gedrängt.<sup>92</sup>

46. Es braucht gerade in der Sexual- und Reproduktivmedizin barrierefreie Sprache.<sup>93</sup>

---

<sup>85</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 3 – Petra Flieger für Volker Schönwiese.

<sup>86</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 3 – Petra Flieger für Volker Schönwiese & Seite 4 - Klaus Brunner.

<sup>87</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 3 – Petra Flieger für Volker Schönwiese.

<sup>88</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 6 – Gunther Trübswasser.

<sup>89</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 7 – Herr Lichtenauer.

<sup>90</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 2 - Natalia Sarajlic.

<sup>91</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 2 - Natalia Sarajlic.

<sup>92</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 2 - Natalia Sarajlic & Seite 7 – Lucia Vock.

47. Medikamentöser Empfängnisverhütung muss eingehende, barrierefreie Information und Einwilligung voraus gehen.
48. Sterilisationen muss eingehende, barrierefreie Information und Einwilligung voraus gehen.
49. Bewusstseinsbildung, Schulung und Aufklärung für SelbstvertreterInnen, aber auch für Angehörige muss verstärkt werden.

## h. Psychosoziale Behinderungen

50. Die Wartezeiten für Psychotherapie sind zu lang.<sup>94</sup>
51. Es gibt nicht genug niedrigschwellige flächendeckende psychosoziale Versorgung.<sup>95</sup>
52. Körperliche Probleme von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen werden oft zu spät erkannt.<sup>96</sup>
53. Menschen mit Behinderungen, insbesondere jene mit psychischen Beeinträchtigungen sind von Versicherungsausschlüssen, so auch von Zusatzversicherungen, betroffen.<sup>97</sup>
54. Es gibt einen häufigen Konnex zwischen psychischer Beeinträchtigung, Wohnungslosigkeit und dem Wegfall der Mindestsicherung.<sup>98</sup>
55. Bei vielen Menschen mit psychosozialen Behinderungen ist die Fähigkeit, aktiv Therapie- bzw. Hilfsangebote aufsuchen zu können, massiv eingeschränkt. Für diese sind bestehende ambulante psychiatrische/ therapeutische/psychosoziale Angebote vergleichbar mit Angeboten für RollstuhlfahrerInnen im 5. Stock ohne Aufzug. Proaktiv aufsuchende, motivierende, stärkende Angebote sind nötig.<sup>99</sup>
56. Die Wartezeiten für kassenfinanzierte Psychotherapie sind zu lang.<sup>100</sup> Es ist sicherzustellen, dass Therapieplätze, die von der Krankenkasse finanziert werden, auch in ausreichendem Maße für Menschen mit psychosozialen Behinderungen (länger dauernden, schwereren psychischen Erkrankungen) verwendet werden.
57. Es gibt nicht genug niedrigschwellige flächendeckende psychosoziale Versorgung.<sup>101</sup> Für Menschen mit psychosozialen Behinderungen gibt es im Fall einer akuten psychiatrischen Krise keinen adäquaten Hilfen. Bestehende psychiatrische Not- und Krisendienste sind unzureichend aufgestellt.
58. Behandlungsmöglichkeiten für die Subakut-Phase sind unzureichend, kurzfristig folgende Rückfälle bzw. Chronifizierung werden nicht adäquat eingeschätzt.
59. Wenn es im Krankenhaus eine psychiatrische Abteilung gibt, kommt es vor, dass körperlich erkrankte/verletzte PatientInnen die bereits einmal in der Psychiatrischen Abteilung waren, gleich wieder in die psychiatrische Abteilung kommen und nur über

<sup>93</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 7 – Florian Burger.

<sup>94</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 2 – Herbert Heintz so auch Seite 3 – Rita Donabauer & Sigrid Steffen.

<sup>95</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 2 – Herbert Heintz, so auch Seite 3 – Rita Donabauer.

<sup>96</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 3 – Sigrid Steffen; siehe dazu auch Artikel 25 lit. e, sowie VersicherungsrechtsänderungsG 2013.

<sup>97</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 3 – Rita Donabauer.

<sup>98</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 3 – Rita Donabauer.

<sup>99</sup> Siehe auch Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 2 – Herbert Heintz.

<sup>100</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 2 – Herbert Heintz so auch Seite 3 – Rita Donabauer & Sigrid Steffen.

<sup>101</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 2 – Herbert Heintz, so auch Seite 3 – Rita Donabauer.

einen Konsiliararzt (Chirurg, Internist, Hautarzt) behandelt werden und nicht auf die für die aktuelle Erkrankung eigentlich zuständige Abteilung kommen.

#### 4. Gesundheitsversorgung in Institutionen & Versorgung im Spital & in der Rehabilitation

60. Es gibt Mängel an Personal und Ausstattung in Krankenhäusern, allen voran bei Persönlicher Assistenz<sup>102</sup>, welche „in der Reha kein Thema“ sei. Dieses von vornherein strukturelle Problem habe auch keine Verbindung „zu sonstigen Lebensbereichen.“<sup>103</sup>
61. Es ist „schwierig, die richtige Rehabilitation zu bekommen“, aber auch wäre „mehr Beratung betreffend weiteres Vorgehen und Übergänge“ notwendig.<sup>104</sup>
62. Die Versorgung mit Therapie in Justizanstalten bzw. Anstalten für so genannte „geistig abnorme Rechtsbrecher“ ist unzureichend.<sup>105</sup>

#### 5. Versicherungssystem

Die UN-Konvention untersagt eine Diskriminierung auf Grund von Behinderung bei Sozialversicherungen: Artikel 25 lit. e.

63. Das Versicherungssystem in Österreich ist „insgesamt zu komplex und unübersichtlich“, speziell bei den unterschiedlichen Einstufungen im Arbeitsverhältnis, nach welchem sich die Leistungen differenzieren.
64. Bei Auslaufen der Mindestsicherung gäbe es keinen Versicherungsschutz mehr, was zum Beispiel bei Epileptiker zu einer finanziellen Belastung führe.<sup>106</sup>
65. Bei Reha- und Krankenhausaufenthalten wird das Pflegegeld einbehalten, womit die Möglichkeiten auf Persönliche Assistenz zurückzugreifen, eingeschränkt bzw. unmöglich gemacht werden.<sup>107</sup>
66. Die Zuerkennung von Pflegegeld für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist von Stigma, das oftmals mit einer Erkrankung einhergeht, stark beeinflusst: aus Scham wird die Höhe des Pflegebedarfs nicht adäquat bekannt gegeben.
67. Für die Erhebung des Pflegegeldbedarfs werden die Gebärdensprachdolmetschkosten nicht gedeckt.
68. Sehr häufig werden von Krankenkassen die notwendigen Sachleistungen, wie beispielsweise die Übernahme von Gebärdensprachdolmetschkosten<sup>108</sup>, oder notwendigen Hilfsmitteln, wie elektronische Rollstühle *nicht* übernommen.

#### 6. Katastrophenschutz und Entwicklungszusammenarbeit

„Armut, Obdachlosigkeit und Mangelversorgung führen oftmals zu Gesundheitsproblemen,“ so zum Beispiel bei Kindern in Rumänien, wie eine

---

<sup>102</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 3 – Gerhard Lichtenauer

<sup>103</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 6 – David Sporschill

<sup>104</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 4 – Anna Maria Hosenseidl.

<sup>105</sup> Siehe dazu auch: <http://volksanwaltschaft.gv.at/aktuelles/news/massnahmenvollzug-rasche-therapie-gefordert>.

<sup>106</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 2 – Oswald Föllner.

<sup>107</sup> Rückmeldung Anton Schmalhofer; eine Änderung des § 12 Bundespflegegeldgesetz scheint erforderlich.

<sup>108</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 4 – Reinhard Grobbauer.

Selbstvertreterin feststellte.<sup>109</sup> Naturkatastrophen und andere Risikosituationen sind oftmals die Ursache für langfristige Gesundheitsprobleme und/oder Beeinträchtigungen. „Armut ist das größte Gesundheitsrisiko;“<sup>110</sup> insbesondere in Entwicklungsländern, wo ein Großteil der Bevölkerung in Armut lebt und der Anteil von Menschen mit Behinderung an der gesamten Bevölkerung sehr hoch ist.<sup>111</sup>

69. In der Konvention ist die Verpflichtung der Staaten zur Entwicklungszusammenarbeit verankert. Der Aufbau eines leistungsfähigen Gesundheitssystems ist eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung eines Landes. Umfassende Gesundheitsangebote müssen barrierefrei geplant und umgesetzt werden.

70. Katastrophenplanung – ob national oder im Rahmen von humanitärer Hilfe im internationalen Kontext – muss barrierefrei und inklusiv gestaltet sein. Ebenso muss die gesundheitliche Versorgung unmittelbar nach einer Katastrophe barrierefrei erfolgen. Dazu gehört insbesondere Zugang zu Medikamenten, Trinkwasser, Nahrungsmitteln, physisch barrierefreien Unterkünften, ärztliche Versorgung.

#### IV. Fazit:

Die öffentliche Sitzung des Monitoringausschusses hat überdeutlich gemacht, dass im Bereich barrierefreie Gesundheit dramatischer und vielfältiger Handlungsbedarf besteht. „Multiple und inter-sektionale Diskriminierung im Gesundheitswesen sind sowohl den AnbieterInnen wie auch den NutzerInnen zu wenig bekannt, beide Seiten sind sehr zurückhaltend, Erfahrungen, Behandlungen, Haltungen und Verhalten als Akte von Diskriminierung zu werten.“<sup>112</sup>

Den zahlreichen und weitreichenden Empfehlungen ist de facto nichts hinzuzufügen. Drei Zitate aus der öffentlichen Sitzung sollten die Diskussion leiten:

„Wir wollen ernst genommen werden.“

„Es ist ungesund, nicht selbst zu entscheiden.“

„Armut ist das größte Gesundheitsrisiko.“

Der Ausschuss regt dringend an, eine umfassende Studie zum Sterblichkeitsrisiko von Menschen mit Behinderungen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung erstellen zu lassen.

Abschließend verweist der Ausschuss auf die Handlungsempfehlungen des CRPD Fachausschusses vom September 2013.<sup>113</sup>

Für den Ausschuss:

Die Vorsitzende

---

<sup>109</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 5 – Ursula Six.

<sup>110</sup> Protokoll öffentliche Sitzung, Seite 4 – Gabriele Pöhacker.

<sup>111</sup> Siehe grundsätzlich: Weltbank/Weltgesundheitsorganisation, Weltbericht Menschen mit Behinderungen, 2011.

<sup>112</sup> Siehe EU Grundrechtsagentur, Inequalities and multiple discrimination in access to health care, 63.

<sup>113</sup> Siehe CRPD/C/AUT/CO/1.

Literatur:

Clapham A/Robinson M, Realizing the Right to Health, Swiss Human Rights Book, 2012

Committee on the Covenant on Economic, Social & Cultural Rights, General Comment 14 – the Right to Health E/C.12/2000/4

Europäische Union Grundrechtsagentur, Inequalities and multiple discrimination in access to health care, 2013

Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt, Report E/CN.4/2005/51

Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, Report A/HRC/22/53

Weltbank/Weltgesundheitsorganisation, Weltbericht Behinderungen, 2011

WHO, Public Health in Austria, An analysis of the status of public health, Edited by Joy Ladurner, Marlene Gerger, Walter W. Holland, Elias Mossialos, Sherry Merkur, Susie Stewart, Rachel Irwin, Jürgen Soffried, 2011

WHO/UNFPA, Guidance Note, Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities, 2009