



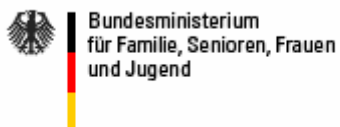
**Qualitätsstandards für die
ambulante gynäkologische
Versorgung von Frauen
mit Behinderung
und rechtliche Grundlagen
für ihre Durchsetzung**

28.11.2008 in Kassel

Impressum

® 2009, pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V., Bundesverband, Stresemannallee 3, 60596 Frankfurt am Main, Telefon 069 / 63 90 02, Telefax 069 / 63 98 52, E-Mail: info@profamilia.de, www.profamilia.de

Der pro familia-Bundesverband wird gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)



Inhalt

Inhalt.....	3
Begrüßung und Einführung, Dr. med. Ines Thonke	4
Qualitätsstandards für die ambulante gynäkologische Versorgung	
von Frauen mit Behinderung	6
Einleitung.....	6
Motivation für den Besuch einer gynäkologischen Praxis.....	8
Ärztinnen-/ Arztsuche	8
Erreichbarkeit.....	8
Ausstattung der Praxisräume	9
Erste Kontaktaufnahme: Die Anmeldung.....	10
Wartezeit	11
Begleitung von Betreuungspersonal bzw. AssistentInnen oder Familienangehörigen	11
Kommunikation	11
Zeit.....	12
Beratung.....	12
Diagnostik und Therapie	12
Informationsmaterial	13
Qualifikation des medizinischen Personals / fachliche Kenntnisse	13
Zusammenarbeit und Vernetzung	14
Finanzierung	14
Ausblick.....	14
Rechtliche Grundlagen einer barrierefreien medizinischen Versorgung	
für Menschen mit Behinderung, Dr. Joachim Steinbrück	15
Diskussion	19
Anhang.....	20
UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.....	20
Sozialgesetzbuch I § 17 Ausführung der Sozialleistungen	21
Literatur.....	22
Teilnehmer/-innenliste	23

Begrüßung und Einführung

Die Charta der sexuellen und reproduktiven Rechte der International Planned Parenthood Federation (IPPF) berücksichtigt in ihren Forderungen ausdrücklich das Recht von Menschen mit Behinderungen auf Zugang zu Information und Gesundheitsversorgung im Zusammenhang mit ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit.

Um den Bedürfnissen dieser KlientInnengruppe in der Beratung und medizinischen Betreuung gerecht zu werden, müssen neben den grundlegenden Standards jeder Beratung und Behandlung weitere Kriterien beachtet und erfüllt werden.

Seit den 80er Jahren hat pro familia begonnen, spezifische Dienstleistungsangebote für Menschen mit Behinderungen zu entwickeln. Das diesbezügliche Angebot in den einzelnen Beratungsstellen wurde stetig erweitert und vom pro familia-Bundesverband durch Fortbildungsangebote, Informationsmaterialien und Fachgutachten unterstützt. Inzwischen bietet jede vierte pro familia-Beratungsstelle Dienstleistungen für diese Zielgruppe an. Allerdings besteht nur in zwei pro familia-Beratungsstellen, in Berlin und Frankfurt, ein medizinisches Dienstleistungsangebot von ÄrztInnen für Frauen mit Behinderung. Die Praxis in beiden Einrichtungen zeigt, dass es einen hohen Bedarf an behindertengerechter medizinischer Versorgung gibt.

Dass hoher Beratungs- und Handlungsbedarf besteht, wurde bei dem Fachgespräch „Barrierefreiheit in der Beratungsstelle“ deutlich, das der Bundesverband Ende 2006 durchgeführt hat. Neben Maßnahmen, die den Zugang zu einer Beratungseinrichtung erleichtern, gibt es viele Möglichkeiten, die Situation für Menschen mit Behinderung nachhaltig weiter zu verbessern, so z. B. durch ihre konsequente Einbindung bei allen Projekten und fachliche Zusammenarbeit, durch Fortbildungen, Kooperationen und regionale Vernetzungen. Ein wichtiges Thema ist auch die Beseitigung der Barrieren in den Köpfen, die zu Vorurteilen, Tabus und Schwellenängsten führen.

Aus diesen Gründen wurde vom pro familia Bundesverband ein weiteres Fachgespräch durchgeführt, das zum Ziel die Entwicklung konkreter Qualitätsstandards für die gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderung hatte. Im Vordergrund des Fachgesprächs stand zwar die gynäkologische Versorgung, allerdings lassen sich die Qualitätsstandards in quasi allen Punkten auch auf die allgemeine medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung übertragen. Grundlage der Diskussion war ein Papier, das Christina Schneider, Ärztin bei der pro familia in Berlin, vorgelegt hat und das, in einigen Punkten erweitert, nun hier einem breiteren Publikum zur Kenntnis gebracht werden soll.

Außerdem legte der Behindertenbeauftragte des Landes Bremen, Dr. Joachim Steinbrück, in einem kurzen Referat die rechtliche Situation der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung dar. Danach haben Menschen mit Behinderung in Deutschland das Recht auf gleiche medizinische Versorgung wie Menschen ohne Behinderung. Dies wird durch die Anfang 2009 auch in Deutschland offiziell ratifizierte UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen erneut unterstützt.

Allerdings scheint bisher noch kein Problembewusstsein in Politik und Öffentlichkeit dafür vorhanden zu sein, dass die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung nicht allein dadurch gewährleistet ist, dass man in eine Praxis einen Aufzug einbaut. Es sind vielfältige Zugangsbarrieren zu berücksichtigen, ein Umstand, der durch die vorgelegten Qualitätsstandards deutlich belegt werden kann.

Aufgrund der kritischen Versorgungssituation scheint es zunächst wichtig, eine breitere Öffentlichkeit für das Thema zu sensibilisieren. Mit der vorliegenden Dokumentation möchte pro familia die von ihr entwickelten Qualitätsstandards zugänglich machen und damit zu einer breiten Diskussion anregen. Darüber hinaus will pro familia natürlich auf die Umsetzung der Qualitätsstandards hinwirken und damit die gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderung langfristig sicherstellen.

Dr. med. Ines Thonke, pro familia-Bundesverband

Qualitätsstandards für die ambulante gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderung

Einleitung

In Deutschland leben ca. vier Millionen Frauen mit kognitiver, körperlicher, sinnesorganischer oder seelischer Beeinträchtigung. Diese Angabe erfasst allerdings nur die staatlich anerkannten Personen, Behindertenverbände gehen daher realiter von ca. 5 Millionen Frauen aus.

Nach gesetzlicher Definition gelten Menschen als behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. § 2 Abs. 1 SGB IX und § 3 Behindertengleichstellungsgesetz (BGG).

In Deutschland begutachtet das Versorgungsamt als politische Instanz die Behinderung und klassifiziert deren Schwere. Dieser Nachweis dient hauptsächlich der Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen.

Die sehr weit gefasste Definition des Begriffes „Behinderung“ bietet wenig Orientierung für die Entwicklung von Qualitätsstandards zur gesundheitlichen Versorgung im Allgemeinen und im Besonderen für die ambulante gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderung. Die Angebote müssen aber entsprechend der Fragestellungen, die für die einzelnen Frauen wichtig sind, und in Bezug auf die Vielfalt der Ausprägungen von Behinderung vielseitig sein.

Ein Teil der Frauen findet sicher eine zufrieden stellende gynäkologische Versorgung in der aktuellen Versorgungsstruktur.

Frauen, die aufgrund ihrer Behinderung auf Barrierefreiheit angewiesen sind, haben es wesentlich schwerer, ein passendes Versorgungsangebot zu finden. Barrierefreiheit muss gemäß dem Behindertengleichstellungsgesetz umfassend definiert werden, ist also sowohl auf bauliche, technische und physische als auch auf kommunikative, visuelle und taktile Barrieren zu beziehen. Nicht selten stehen auch Barrieren in den Köpfen derer im Wege, die eine gynäkologische Versorgung gewährleisten sollen. (Weitere Ausführungen zur Barrierefreiheit sind dem pro familia Papier: „Runter mit den Schwellen! Wege zur barrierefreien Beratungsstelle“ zu entnehmen, welches im April 2007 veröffentlicht wurde.)

Ein Anspruch auf eine barrierefreie gynäkologische und darüber hinaus auch medizinische Versorgung für Menschen mit Behinderung ist in Deutschland nach geltendem Recht bereits festgelegt.

Im fünften Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – unter §2a, Leistungen an behinderte und chronisch kranke Menschen, findet man den recht allgemeinen Satz: „Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen.“ SGB 1, §17, Abs. 1, bestimmt konkreter eine Hinwirkungspflicht der Sozialleistungsträger, also hier der Krankenkassen, die Barrierefreiheit umzusetzen; im Folgenden ist in diesem Paragraph unter anderem auch der Anspruch Hörgeschädigter auf einen Gebärdensprachdolmetscher festgelegt.

Diese Vorgaben der deutschen Gesetzgebung werden in der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung, die im Frühjahr 2009 in Kraft tritt, nochmals detailliert ausformuliert: Artikel 25 beschäftigt sich mit der gesundheitlichen Versorgung von Men-

schen mit Behinderung, die in Qualität und Quantität die gleichen Standards wie für Menschen ohne Behinderung zur Verfügung stellen muss.

Dem rechtlich geregelten Anspruch von Menschen mit Behinderung auf eine breit verfügbare, qualitativ hochwertige medizinische Versorgung steht eine andere Realität gegenüber. Diese Diskrepanz kann aber erst dann deutlich werden, wenn man die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung im Bereich der medizinischen Behandlung detailliert darlegt, was das vorliegende Papier in Bezug auf die gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderung unternimmt.

Bevor im Folgenden die Qualitätsstandards, die für einen barrierefreien Zugang von Frauen mit Behinderung zur gynäkologischen Praxis realisiert werden müssen, detailliert dargestellt werden, sollen hier einführend die wichtigsten Aspekte kurz zusammengefasst werden:

- Ausbau und Standardisierung der Information über die behindertengerechte Ausstattung einer Praxis und den barrierefreien Zugang zur Praxis sowie niedrigschwelliger Zugang zu diesen Informationen,
- Ausbau des Netzes der frauenärztlichen Praxen, die eine behindertengerechte Behandlung anbieten,
- gute Erreichbarkeit der Praxen,
- Zugang mit Blindenführhunden möglich,
- Anpassung des Eingangsbereichs an die Bedürfnisse von Menschen mit Sinnesbehinderungen,
- ausreichende Türbreiten (mindestens 90 cm),
- ausreichend große Aufzüge,
- abgesenkte Empfangstheke,
- behindertengerechte Ausstattung der Praxen (Barrierefreiheit, Behindertentoilette, höhenverstellbarer Untersuchungsstuhl, Hebelift, extrabreite, hydraulisch verstellbare Untersuchungsfläche...),
- Informationsmaterial in leichter Sprache und in digitaler Form,
- Zeitfaktor – die Untersuchung kann in manchen Fällen zeitintensiv sein,
- Terminsprechstunden zur Vermeidung längerer Wartezeiten,
- Empathie und Offenheit in der Kommunikation,

Verbesserung der Aus- und Fortbildungsangebote von Ärzten und medizinischem Personal in Bezug auf den Umgang mit und die Behandlung von Menschen mit Behinderung.

Motivation für den Besuch einer gynäkologischen Praxis

Die Anliegen von Frauen mit Behinderung, eine gynäkologische Praxis aufzusuchen, unterscheiden sich im Wesentlichen nicht von denen der Frauen ohne Behinderung!

Es geht vor allem um Fragen der körperlichen Entwicklung und Gesundheit der Frauenorgane und frauenspezifischer Vorgänge im Körper, wie z. B. das Zyklusgeschehen und die Menstruation, Krebsfrüherkennung, Sexualität und Partnerschaft, Wechseljahrsbeschwerden, Verhütung, sexuell übertragbare und andere gynäkologische Erkrankungen, Kinder-

wunsch, Schwangerschaft, Beschwerden im Zusammenhang mit den Frauenorganen, Inkontinenz und die Frauengesundheit insgesamt.

Insbesondere aus organisatorischen Gründen müssen die Frauen häufig auch ihre Behinderung thematisieren.

Es gibt Frauen mit Behinderungen, die im Auftrag einer Einrichtung, eines Erziehungsberechtigten oder eines Vormundes zur gynäkologischen Untersuchung geschickt werden. Besonders in diesen Fällen bedarf es viel Einfühlungsvermögens der Ärztin / des Arztes, den Auftrag zu prüfen, um z. B. sexuellen Missbrauch zu *erkennen* und einem Kinderwunsch nicht entgegenzuwirken.

Ärztinnen- / Arztsuche

Frauen mit Behinderungen bekommen aus den gängigen Registern mit Adressen von Ärztinnen (z. B. Telefonbüchern) keine Informationen zur Barrierefreiheit, Parkplatzsituation, zu behindertengerechten sanitären Anlagen usw. in den jeweiligen Praxen. Auch das Angebot der Ärztekammern und regionalen kassenärztlichen Vereinigungen enthält auf der Suchmaske keine Möglichkeit, Barrierefreiheit abzufragen.

Deswegen hat beispielsweise die kassenärztliche Vereinigung Hessen einen Fragebogen erstellt, in dem auch Kriterien der Zugänglichkeit basierend auf der DIN-Norm „Barrierefreies Bauen für öffentlich zugängliche Gebäude und Arbeitsstätten“ (DIN-Norm 18024-2) abgefragt wurden.

Von solchen Angeboten abgesehen erfolgt die Ärztinnen- bzw. Arztsuche häufig über Mund zu Mund Propaganda oder mit Unterstützung regionaler Netzwerke für Menschen mit Behinderungen, z. B. Netzwerke behinderter Frauen.

Diese Informationen helfen Menschen mit Behinderungen zwar bei ihrer Arzt und PsychotherapeutInnen-Suche, jedoch sind die vorhandenen Informationen über die Zugänglichkeit von Praxen leider vielfach unzureichend und unzuverlässig.

In Zukunft muss ein einheitlicher Standard bei der Beurteilung der Praxen eingeführt werden.

Freie Wahl der Ärztin / des Arztes auch für Menschen mit Behinderung ist ein Ziel, das in nächster Zukunft verwirklicht werden muss!

Erreichbarkeit

Die Praxis sollte nach Möglichkeit im Wohnort und Wohngebiet der Frau liegen. Sie muss mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar sein und Parkmöglichkeiten direkt vor dem Gebäude bzw. der Praxis bieten. Denkbar sind hier z. B. Parkplätze, die als Behindertenparkplätze gekennzeichnet sind und nur mit Sonderparkgenehmigung beparkt werden dürfen. Im Bedarfsfall sollte der Weg zum Eingang der Praxis auf dem Boden markiert werden, damit er nicht zugeparkt wird.

Bleinenführhunde sind zuzulassen, wenn keine medizinischen Gründe dagegen sprechen.

Der Eingangsbereich der Praxis muss über eine ausreichend breite Automatiktür und eine Klingel mit Sprechanlage verfügen, damit, wenn nötig, Praxispersonal zu Hilfe gerufen werden kann.

Zudem sollte für Gehörlose ein Lichtsignal das akustische Signal ergänzen.

Der Eingangsbereich der Praxis ist mit taktilen Leitstreifen zu versehen, um eine selbstständige Orientierung für Blinde zu ermöglichen.

Auf Barrierefreiheit und ausreichende Türbreite (mindestens 90 cm) ist auch bei den Aufzügen selbst zu achten, aber auch auf die ertastbarkeit der Bedienelemente und eine akustische Ansage der Stockwerke.

Zur besseren Orientierung von Menschen mit vermindertem Sehvermögen ist zudem auf eine blendfreie Lichtführung und serifenfreie Schrift (z. B. Arial) zu achten.

Ausstattung der Praxisräume

Die Praxisräume sind uneingeschränkt barrierefrei zu gestalten.

Glastüren müssen mit Kontraststreifen versehen werden, damit sie von Sehbehinderten wahrgenommen werden.

Ein Teil der Empfangstheke ist unbedingt auf 50 cm abzusenken, um Kleinwüchsigen und Menschen im Rollstuhl eine Kommunikation auf Augenhöhe zu ermöglichen.

Der Wartebereich muss mit Plätzen für Personen im Rollstuhl ausgestattet sein. Das Vorhandensein behindertengerechter Toiletten und auch der Hinweis auf diese ist eine Selbstverständlichkeit. (Siehe Ausführungen in: Dokumentation des Fachgesprächs „Runter mit den Schwellen! Wege zur barrierefreien Beratungsstelle“ herausgegeben vom pro familia Bundesverband im April 2007 und die Broschüre der Stadt Münster „Bauen für alle! Checkliste für barrierefreies Bauen“)

Nicht jedes Anliegen, das eine Frau in eine gynäkologische Praxis führt, muss mit einer Untersuchung des Genitalbereiches einhergehen. Häufig ist der Untersuchungsstuhl und entsprechendes Instrumentarium angstbesetzt. Ein Teil der Frauen mit Behinderung hat keine genitalen sexuellen Erfahrungen und häufig auch keine oder sehr unangenehme Erfahrungen im Zusammenhang mit genitaler gynäkologischer Untersuchung. Daher sollte eine Untersuchung, wenn sie überhaupt notwendig ist, so schmerzfrei wie möglich durchgeführt werden.

Für Beratung und Untersuchung sind unterschiedliche Räume vorzusehen.

Empfehlenswert ist ein Beratungsraum, der hell und freundlich eingerichtet ist und groß genug, damit eine Frau, eventuell auch in Begleitung ihres/r Partners/Partnerin, einer Freundin oder einer sonstigen Begleitperson, auch im elektrischen Rollstuhl ausreichend Bewegungsfreiheit hat. Es ist günstig, wenn der Raum spärlich möbliert ist und sich die Möbel beliebig verrücken lassen. So kann der Raum auch für eine Kleingruppe geeignet sein.

Eine Schalldämmung des Beratungsraumes erleichtert Menschen mit eingeschränktem Hörvermögen die Kommunikation.

Das Vorhandensein einer rollstuhlgerechten Umkleidekabine bietet einer Frau die Möglichkeit sich ganz in Ruhe an- und ausziehen zu können. Falls gewünscht, sollte sie die Unterstützung einer sie betreuenden Person in Anspruch nehmen können.

Der Untersuchungsraum ist an den entsprechenden Stellen mit Leitern an den Wänden auszustatten, also zum Beispiel über dem Untersuchungsstuhl und der Untersuchungsfläche, um die Bewegungsfreiheit der Frauen mit Mobilitätseinschränkungen zu erhöhen (ebenso wie auf den Toiletten).

Der gynäkologische Untersuchungsstuhl muss ohne Stufe begehbar, höhenverstellbar und möglichst auf eine Höhe absenkbar sein, die der Sitzhöhe in einem Rollstuhl entspricht.

Leicht abzunehmende und wieder zu montierende Beinstützen erleichtern das Auffinden der optimalen Untersuchungsposition. Anzustreben ist, dass die Frauen sich aus eigener Kraft vom Rollstuhl auf den Untersuchungsstuhl setzen können. Hier kann eine kleine Verbindungsrolle helfen. Mit Klettverschlüssen zu befestigende Gurte für Becken und Beine geben den Frauen Halt und ein sicheres Gefühl.

Trotzdem ist das Vorhandensein eines Hebeliftes unabdingbar, wobei die Frauen, die auf einen Hebelift angewiesen sind, häufig ihre eigenen Gurte mitbringen¹.

Eine extrabreite, in der Höhe hydraulisch verstellbare (50 bis 90 cm) Untersuchungsfläche ist außerdem ein wichtiger Bestandteil des Untersuchungsraumes. Für einige Frauen mit Behinderung, z. B. einer spastischen Lähmung in den Beinen, bietet die Untersuchungsfläche komfortable und angstfreie bzw. entspannte Untersuchungsbedingungen. Ein Keilkissen erleichtert die Untersuchung im Liegen.

Zu achten ist zudem darauf, dass kleine Instrumente, wie sie auch in der Kinder- und Jugendgynäkologie zum Einsatz kommen, vorhanden sind: Vaginoskope in unterschiedliche Größen, ebenso wie kleine Scheidenspekula.

Auch das Ultraschallgerät muss mit einer möglichst kleinen Vaginalsonde ausgestattet sein.

Erste Kontaktaufnahme: Die Anmeldung

Die erste Kontaktaufnahme zwischen einer Frau mit Behinderung und einer gynäkologischen Praxis kann persönlich oder über das Betreuungspersonal, seien es nun eine Assistenzperson oder ein Familienangehöriger, erfolgen. Dafür sollte die ganze Bandbreite der modernen Kommunikationsmedien genutzt werden: Telefon, Fax, Email, Brief.

In der gynäkologischen Praxis nimmt meistens eine medizinische Fachangestellte die Anmeldungen entgegen, für die eine Schulung im Umgang mit Frauen mit Behinderung unbedingt empfehlenswert ist. Mit Freundlichkeit und Geduld kann vorhandene Aufregung und vielleicht auch Scham abgemildert und das Anliegen geklärt werden.

Im Vordergrund steht das frauenheilkundliche Anliegen. Dennoch wird häufig auch die Behinderung bei dieser ersten Kontaktaufnahme angesprochen, weil die Frauen die Erfahrung gemacht haben, dass insbesondere organisatorische Fragen, wie die Barrierefreiheit, die Organisation des Transports und eventuell einer Begleitung, abgeklärt werden müssen.

Es ist sinnvoll, die Frauen zu ermuntern, wichtige Fragen schon zu Hause in Ruhe aufzuschreiben, bzw. jemanden zu bitten, dieses für sie zu tun, und die Notizen dann zum Untersuchungstermin mitzubringen.

Die Begleitung vom Empfangstresen in den Wartebereich und vom Wartezimmer in den Praxisraum muss ebenfalls für Menschen mit Behinderung adäquat gestaltet und dem Einzelfall angepasst werden. Zu vermeiden sind beispielsweise das Aufrufen über Sprechanlagen, das für Gehörlose völlig inadäquat ist, und ein Empfangstresen in Stehhöhe, der für Menschen im Rollstuhl einen direkten Blickkontakt nur „von oben herab“ erlaubt.

Wartezeit

Für Frauen mit Behinderung können aufgrund ihrer körperlichen Beeinträchtigungen längere Wartezeiten in der Praxis problematisch sein.

¹ Bei Verwendung eigener Gurte kann es Haftungsprobleme mit dem Hersteller geben!

Außerdem müssen Kostenträgerfahrten zeitlich genau abgestimmt und langfristig im Voraus geplant werden. Warten kostet Geld, wenn man auf einen Fahrdienst angewiesen ist oder eine Begleitperson mitbringen muss.

Daher bietet sich eine Terminsprechstunde an.

Notfälle bilden eine Ausnahme.

Begleitung von Betreuungspersonal bzw. AssistentInnen oder Familienangehörigen

Es ist wichtig, vorher mit der Frau zu besprechen, ob ihre Begleitung im Wartebereich bleibt oder beim Beratungsgespräch oder bei der gynäkologischen Untersuchung anwesend sein soll. Auch bei eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit und unabhängig von Art und Wesen der Behinderung muss die Entscheidung über die Rolle der Begleitperson stets bei der Patientin selbst liegen.

Bei Frauen mit Lern- und Mehrfachbehinderungen wirkt sich die Anwesenheit einer vertrauten Person oft positiv auf die Kontaktaufnahme aus, allerdings muss stets gewährleistet sein, dass dies im Sinne der Betroffenen ist.

Sich begleiten zu lassen, hat häufig eine Schutzfunktion und kann auch Sicherheit für die Betroffene bieten!

Kommunikation

Häufig ist die Kommunikation auch ohne Unterstützung durch die Begleitung sehr direkt und gut möglich. Mit Empathie und Offenheit für vielfältige Kommunikationsformen kann man eine Atmosphäre schaffen, in der die Frau sich verstanden und aufgehoben fühlt. Manchmal sind mehrere Termine erforderlich, um die nötigen Informationen und den gewünschten Austausch zu erreichen.

Bei Frauen mit Lernbehinderung braucht man zur Erhebung einer Anamnese manchmal zusätzliche Auskünfte vom Betreuungspersonal oder auch einen Befundbericht von mitbehandelnden ÄrztInnen. Hierfür kann es notwendig sein, sich von der Patientin eine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht geben zu lassen.

Gehörlose Frauen können entscheiden, ob für sie die Inanspruchnahme einer/s Gebärdensprachdolmetscher/In sinnvoll ist, die nach SGB 1, § 17 eine Kassenleistung ist.

Für Informationsmaterialien sollten Angebote in leichter Sprache sowie in digitaler Form (möglichst im Internet oder auf CD-Rom) genutzt und ausgebaut werden. Zielgruppe sind insbesondere Menschen mit Lernschwierigkeiten.

Zeit

Die Zeit ist einer der essentiellen Faktoren im Rahmen der ambulanten gynäkologischen Versorgung von Frauen mit Behinderung. Bei knapp bemessener Zeit bleiben sicher wichtige Dinge ungesagt.

Die Dauer eines Termins differiert je nach Behinderung stark. Es ist sinnvoll, sich ausreichend Zeit zu nehmen. So muss beispielsweise bei Frauen mit Lernschwierigkeiten oder mit Mobilitäts- oder Kommunikationseinschränkungen u. U. ein Vielfaches der üblicherweise anberaumten Zeit vorgesehen werden, im konkreten Fall können dies bis zu 1,5 Stunden sein.

Falls die Zeit nicht reicht, bietet es sich an, einen Folgetermin zu vereinbaren. Sicherlich sind die ersten Arztbesuche zeitintensiver als Folgekontakte, bei denen die Frauen schon bekannt sind.

Beratung

Die Informationsvermittlung zum gewünschten Beratungsinhalt muss dem aktuellen Wissensstand des Faches Frauenheilkunde und Geburtshilfe entsprechen und sich an vorhandenen nationalen und internationalen Leitlinien orientieren.

Die Beratung kann in manchen Fällen zunächst telefonisch, per Fax oder Email erfolgen. Nicht für jedes Anliegen muss eine gynäkologische Praxis aufgesucht werden. Denkbar sind bestimmte Sprechzeiten für diese Form der Beratung, beispielsweise in Form einer telefonischen Sprechstunde.

Die gewählte Sprache muss verständlich sein. Medizinische Fachausdrücke, soweit sich deren Gebrauch nicht vermeiden lässt, sollten einfach erklärt werden. Soweit vorhanden, lässt sich hier Informationsmaterial einsetzen, das die Frauen auch mit nach Hause nehmen können.

Mit Hilfe von Rückfragen ist zu überprüfen, ob die Frau die Informationen verstanden hat und ob die Fragen, die sie mitgebracht hat, genügend Beachtung gefunden haben.

Unter Umständen kann es sinnvoll sein, sofern die Patientin damit einverstanden ist, eine Begleitperson in das Gespräch einzubeziehen.

Frauen mit Behinderungen sind häufig bezüglich ihrer spezifischen Behinderung Expertinnen in eigener Sache. Man kann daher mit Hilfe einer genauen Anamnese, die auch die jeweiligen Lebensumstände, die Wohnsituation und die Partnerschaft mit einbezieht, viele Informationen und Eindrücke über die Art der Behinderung und darüber, wie die Frau damit lebt, bekommen.

Diagnostik und Therapie

Grundsätzlich erfolgen Diagnostik und Therapie gemäß gynäkologischer Standards unter Berücksichtigung anatomischer und neurologischer Besonderheiten und möglicher Aus- und Wechselwirkungen mit Medikamenten, die aufgrund der Behinderung eingenommen werden.

Menschen mit Behinderung sind nicht selten traumatisiert durch den Umgang der Umwelt mit ihrer Behinderung und erleben die ärztliche Untersuchung dadurch möglicherweise als zusätzlichen Kontrollverlust. Deswegen muss gerade in der Untersuchungssituation besonders umsichtig auf ihre individuellen Bedürfnisse eingegangen werden. Bei Frauen mit Lernbehinderung erzeugt ein „weißer Kittel“ zusätzlich Angst.

In der Praxis hat es sich bewährt, eine Untersuchung mit Blutdruckmessen als erster physischer Kontaktaufnahme einzuleiten. Das Blutdruckmessen ist beispielsweise Frauen mit Lernbehinderungen häufig bekannt und zumeist nicht mit unangenehmen Erinnerungen oder Emotionen verbunden.

Bei Frauen mit vermindertem Sehvermögen darf die verbale Begleitung der jeweiligen Aktivitäten nicht vergessen werden.

Inspektion und Palpation der Brust und der entsprechenden Lymphknotenstationen werden meistens akzeptiert, die sonographische Untersuchung der Brust kann auf der Untersu-

chungs- und gynäkologische Untersuchung vorgenommen werden. Die Mammographie wird häufig als sehr unangenehm wahrgenommen. Das aufrechte Stehen schafft nicht jede Frau ohne Hilfestellung.

Die Untersuchung auf dem gynäkologischen Untersuchungsstuhl ist besonders bei Frauen mit Behinderung häufig eng mit Angst vor Schmerzen und Schamgefühl verbunden. Die Berührung intimer Körperzonen in einer klinischen Situation durch eine fremde Person führt zu Irritationen und möglicherweise zu Abwehr. Dies trifft in besonderem Maße auf Frauen zu, die intime Berührungen weder durch Masturbation noch durch den Austausch von Intimitäten oder Geschlechtsverkehr erfahren haben und Berührungen höchstens durch Intimpflege kennen. Nicht immer gelingt unter diesen Umständen eine Untersuchung.

Hinzu kommt möglicherweise eine eingeschränkte Beweglichkeit, die das Besteigen des gynäkologischen Untersuchungsstuhls beschwerlich macht.

Aufgrund der dargestellten Probleme empfiehlt es sich, stets zu prüfen, ob eine Untersuchung auf der Untersuchungs- und gynäkologischen Liege nicht auch die benötigten Ergebnisse erbringen kann.

Mit Zeit und Feingefühl kann die genitale Untersuchung in kleine Schritte aufgeteilt und so eine gewisse Akzeptanz erarbeitet werden. Häufig sind dazu mehrere Termine innerhalb eines gewissen Zeitraumes, zu denken ist hier an drei bis sechs Monate, nötig.

In manchen Fällen lassen sich Untersuchungen nur in Vollnarkose durchführen. Die Indikation für eine Narkoseuntersuchung muss allerdings sorgfältig geprüft werden.

Informationsmaterial

Sinnvoll wäre, vorhandenes Informationsmaterial zu frauenspezifischen und gynäkologischen Themen zu sichten, zu katalogisieren und so niedrigschwellig zugänglich zu machen.

Um das Material für alle Gruppen von Menschen mit Behinderung zugänglich zu machen, muss es zusätzlich auf Tonträgern, in serifenfreier Schrift und in „leichter Sprache“ (siehe dazu auch Netzwerk Leichte Sprache, www.people1.de) erhältlich sein.

Koordinationsstelle könnte in Zusammenarbeit mit Trägern der Behindertenhilfe z. B. die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sein.

Qualifikation des medizinischen Personals / fachliche Kenntnisse

Voraussetzung für die gynäkologische Versorgung von Frauen ist ein abgeschlossenes Medizinstudium und eine mehrjährige Weiterbildung im Fach Frauenheilkunde und Geburtshilfe, gegebenenfalls mit Gebietsanerkennung.

In das Medizinstudium sollte zudem eine Lehrereinheit integriert werden, die den angehenden Arzt / die angehende Ärztin auf die medizinische Behandlung von Menschen mit Behinderung vorbereitet.

Eine beraterische oder psychotherapeutische Zusatzqualifikation ist wertvoll.

Empathie und Offenheit gegenüber speziellen Bedürfnissen von Frauen mit Behinderung sind wichtige persönliche Voraussetzungen.

Eine wichtige Rolle in der Qualifizierung spielt aber auch „Learning by doing“, gefördert durch folgende Faktoren: die durch Supervision gestützte Reflektion über eigene Barrieren, die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsangeboten sowie der stete Austausch mit den Patientinnen.

Zusammenarbeit und Vernetzung

Häufig sind Frauen mit Behinderung Expertinnen in eigener Sache. Bei speziellen Fragestellungen bezüglich der Behinderung und bestimmter Medikamente kann man den Austausch mit FachkollegInnen aufnehmen, die die Frau mitbehandeln und zeitnah einen Befund- und Verlaufsbericht erbitten. Auch hier ist zu beachten, dass die Frau vorab einem Austausch unter den ÄrztInnen zustimmt.

Falls es nötig ist, die Frau an Fachkollegen zu überweisen, sollte man sich vorher über mögliche Barrieren informieren, den Fachkollegen persönlich ansprechen und den Weg für eine angemessene Versorgung bahnen.

Hilfreich ist es, verschiedene Beratungsangebote zu kennen und entsprechende Kontakte zu AnsprechpartnerInnen aufzubauen und zu pflegen.

Finanzierung

Die Finanzierung der zum Teil zeitaufwändigen Beratung und Versorgung stellt ein ungelöstes Problem dar.

Finanzielle Ressourcen müssen u. a. berücksichtigt werden für eine barrierefreie Ausstattung der Beratungs- bzw. Behandlungsräumlichkeiten, für Sonderauststattungsbedarf und für den personellen Aufwand.

Insbesondere ist zu unterstreichen, dass der Zeitaufwand der ÄrztInnen für eine adäquate medizinische Versorgung von Frauen mit Behinderung je nach Art der Behinderung erheblich höher sein kann als bei Frauen ohne Behinderung. Auch hier sind also zusätzliche finanzielle Mittel nötig.

Ausblick

Damit Gesundheitsvorsorge bei Menschen mit Behinderung keine Glückssache bleibt und barrierefreie Arztpraxen Standard werden, müssen sich gut evaluierte Versorgungsprojekte bundesweit durchsetzen.

Wichtig dabei ist die Zusammenarbeit mit Behindertenverbänden, um gemeinsam den Bedarf zu eruieren und entsprechende Angebote zu entwickeln.

Menschen mit Behinderung haben in Deutschland das gesetzlich verbriefte Recht, in ihrer medizinischen Grundversorgung keine „Sonderbehandlungen“ an „Sonderorten“ mehr erfahren zu müssen, sondern auf Akzeptanz und Gleichbehandlung auf gleicher Augenhöhe zu treffen. Trotz gegenteiliger Beteuerungen ist dieses Recht in Hinsicht auf die ambulante gynäkologische Versorgung von Frauen bis heute in Deutschland nicht umfassend realisiert. Dies tritt deutlich hervor, wenn man, wie hier geschehen, die Qualitätsstandards für eine solche Versorgung aufzeigt, die bislang nur sehr vereinzelt und bruckstückhaft umgesetzt wurden.

Die Diskussion, die Verbesserung und letztlich die Umsetzung der hier vorgelegten Qualitätsstandards ist das Ziel, auf das in Zukunft weiter hingearbeitet werden muss.

Dr. Joachim Steinbrück

Rechtliche Grundlagen einer barrierefreien medizinischen Versorgung für Menschen mit Behinderung

Für die Barrierefreiheit in der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung sind meiner Ansicht nach drei Ebenen im Moment juristisch relevant:

1. Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, die im Frühjahr 2009 für Deutschland Gültigkeit erlangt,
2. der § 17, SGB I und
3. die Bauordnungen der Bundesländer.

Das BGG (Behindertengleichstellungsgesetz) selbst kann in diesem Zusammenhang nicht angeführt werden, weil es vorrangig für Körperschaften des öffentlichen Rechts auf Bundesebene gilt, unter die Arztpraxen nicht fallen. Anzuführen wäre außerdem SGB 5, § 2 a („Leistungen an behinderte und chronisch kranke Menschen. Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen.“), der allerdings sehr allgemein bleibt und keine konkreten Ansprüche formuliert.

Der relevante Artikel aus der UN-Konvention und der Paragraph 17 aus dem Sozialgesetzbuch sind im Anhang im Wortlaut wiedergegeben, dies war bei den Landesbauordnungen aus Platzgründen natürlich nicht möglich, diese bestimmen aber für Neubauten die Gewährleistung des barrierefreien Zugangs.

Zu 1. Artikel 25 der UN-Konvention

Die UN-Konvention, die seit dem 26. März 2009 für Deutschland in Kraft tritt, weckt bei Behindertenverbänden große Hoffnungen, weil sie die Rechte von Menschen mit Behinderung allgemein stärkt. Im Artikel 25 „Gesundheit“ wird explizit das „Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“ anerkannt. Dabei erklären die Vertragsstaaten, sie „treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderung Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation, haben.“

Mit der Ratifizierung der UN-Konvention verpflichtet sich die Bundesrepublik, die genannten Punkte umzusetzen, sofern Handlungsbedarf besteht. Einen solchen sieht die Regierung allerdings momentan nicht, sondern in den Gesetzesmaterialien zur Ratifizierung wird davon ausgegangen, dass Deutschland die Vorgaben schon umgesetzt hat. Hier muss sicherlich noch Aufklärungsarbeit geleistet werden.

Die Formulierung des Artikels 25 macht zudem deutlich, dass es sich hier um eine Verpflichtung der Vertragsstaaten handelt, nicht aber um einen Rechtsanspruch für einzelne Personen. Deswegen ist die Umsetzung auch nicht von einem Einzelnen einklagbar, man kann hier nur gewisse Mechanismen in Gang setzen, so ist ein Monitoring mit Berichtspflicht für die Umsetzung des Übereinkommens und erstmals auch ein individuelles Beschwerderecht festgelegt.

Insgesamt habe ich als Behindertenbeauftragter den Eindruck, dass hier ein Prozess ausgelöst wird, der vielleicht auf Dauer zu einem Umdenken führt. Zudem bedeutet die Ratifizierung der UN-Konvention eine Stärkung in der politischen Argumentation für einen barrierefreien Zugang von Menschen mit Behinderung zu medizinischer Versorgung, da Deutschland mit der Zustimmung zu dieser UN-Konvention eine weitere, international verankerte Verpflichtung eingegangen ist.

Zu 2. SGB I, § 17

SGB I, § 17 beinhaltet eine Hinwirkungspflicht der Sozialleistungsträger (also in diesem Falle der Krankenkassen) darauf, dass jeder Berechtigte die ihm zugewiesenen Leistungen in angemessener Zeit erhält (medizinische Leistungen sind in diesem Sinne Sozialleistungen), dass diese Dienste ausreichend zur Verfügung stehen, dass der Zugang zu diesen Ansprüchen unkompliziert wahrnehmbar und frei von Zugangs- und Kommunikationsbarrieren ist.

Das bedeutet, dass die Krankenkassen als Normadressaten dieser Regelung darauf hinwirken müssen, dass ihre Einrichtungen barrierefrei zugänglich sind und dass auch die Ärzte und Arztpraxen, wo diese Leistungen vom Leistungsempfänger abgerufen werden, diesen Ansprüchen genügen müssen.

Die Krankenkassen haben nach meinem Eindruck diesen deutlichen Gestaltungsauftrag bisher nicht angenommen.

Schon auf einer Tagung „Barrierefreie Gesundheitsversorgung“, die am 16. Dezember 2004 im Kleisthaus in Berlin stattfand (Einführung und Tagesordnung auf www.patientenbeauftragte.de) und bei der Behindertenvertreter gemeinsam mit Vertretern der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und des Bundesgesundheitsministeriums diskutierten, wurde von Horst Frehe der rechtliche Anspruch auf eine barrierefreie medizinische Versorgung für Menschen mit Behinderungen nach § 17 SGB I hervorgehoben.

Dennoch wurden meines Wissens nach im Anschluss an diesen Kongress keine konkreten Handlungsperspektiven für die Umsetzung der Hinwirkungspflicht aus § 17 SGB I entwickelt.

Zu 3. Die Landesbauordnungen

Insgesamt erleben wir in Deutschland in den letzten Jahren eine Umstrukturierung der medizinischen Versorgung von der einzelnen Arztpraxis weg hin zu medizinischen Versorgungszentren. Dies bedeutet meist Neu- oder Umbauten und an diesem Punkt greifen die Landesbauordnungen ein, die im Allgemeinen bei Neu- und Umbauten Barrierefreiheit im Zugang verlangen. Nur wenn die Ermöglichung des barrierefreien Zugangs unverhältnismäßig ist, sind Ausnahmenzulässig.

In diesem Bereich gibt es also schon Gesetze, die festlegen, dass Neu- und Umbauten barrierefrei zu konzipieren sind. Allerdings erlebe ich in meiner Arbeit als Behindertenbeauftragter in Bremen täglich, dass man hier gefordert ist: Die Einhaltung dieser Vorschriften muss häufig kontrolliert und eingefordert werden, im letzten Schritt möglicherweise auch dadurch, dass man die Öffentlichkeit auf Verstöße aufmerksam macht.

In diesen Vorschriften für barrierefreies Bauen in den Landesbauordnungen scheint mir eine große Chance für die Zukunft zu liegen, da man bei Einhaltung der Vorschriften damit

rechnen kann, dass es in zehn bis fünfzehn Jahren weitaus mehr Versorgungszentren gibt, die in baulicher Hinsicht – und hier liegen hohe Kosten, wenn Barrierefreiheit erst nachträglich hergestellt wird - schon von ihrer Substanz her barrierefrei geplant sind.

Welche Handlungsmöglichkeiten haben wir?

Nachdem ich die juristische Situation kurz skizziert habe, stellt sich die Frage, welche Handlungsmöglichkeiten wir haben, um den rechtlich geregelten Anspruch von Menschen mit Behinderung auf einen barrierefreien Zugang zu medizinischer Versorgung realiter umzusetzen.

Formaljuristisch gibt es die Möglichkeit einer Verbandsklage, die im Falle einer Entscheidung nur die Feststellung eines Pflichtverstoßes der Krankenkassen bewirken würde.

Eine Verbandsklage ist sehr kompliziert und erfordert ein Höchstmaß an Vorbereitung: Man müsste die Aktivitäten der Krankenkassen analysieren und dokumentieren, um den Nachweis einer Unterlassung zu erbringen, und es stellt sich die Frage, ob sich ein solch hoher Einsatz an Arbeit und finanziellen Mitteln lohnt und auch, ob er die infrastrukturellen Möglichkeiten der klageberechtigten Behindertenverbände nicht übersteigt.

Mir scheint es momentan wirkungsvoller, zu versuchen, auf politischer Ebene Einfluss zu gewinnen. Es muss von politischer Seite Druck auf die Krankenkassen ausgeübt werden, dass sie ihrer Hinwirkungspflicht gerecht werden und entsprechende Vereinbarungen mit Ärzten und Kliniken treffen. Das Problem besteht darin, dass der Staat seine Verpflichtung zur Gleichstellung behinderter Menschen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung an die Krankenkassen delegiert hat, die ihre Verträge mit den kassenärztlichen Vereinigungen schließen. Leistungserbringer sind dann wiederum die Ärzte. Schon hier wird deutlich, dass eine Vielzahl von Beteiligten und Interessen ins Spiel kommt, was es besonders schwierig macht, einen effektiven Ansatzpunkt zu finden.

Ich denke, um die Sache insgesamt einer Lösung zuzuführen, müsste auf Bundesebene eine gemeinsame Initiative unterschiedlicher Verbände, wie der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe, des Deutschen Behindertenrats, aber auch der pro familia, ins Leben gerufen werden, die zunächst einmal politischen Druck erzeugt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Krankenkassen und das Bundesgesundheitsministerium sollten evtl. mit Hilfe der Behindertenbeauftragten und der Patientenbeauftragten des Bundes zusammen mit diesen Verbänden an einen Tisch gebracht werden, um nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen.

Eine solche Initiative kann im Klima der gerade in Kraft getretenen UN-Konvention natürlich besonders effektiv sein.

Wenn trotz unserer Bemühungen längere Zeit von der Bundesregierung nichts zur Umsetzung der Konvention unternommen würde, besteht die Möglichkeit, auf der internationalen Ebene die Verstöße gegen die Behindertenrechtskonvention in Deutschland anmahnen, was sicherlich unangenehm für die Regierung wäre und vielleicht einen Effekt zeitigen würde.

Anmerken möchte ich auch noch, dass Krankenkassen der Aufsichtspflicht des Bundesversicherungsamtes unterstehen und anregen, dieses Amt vielleicht als Aufsichtsbehörde in den Prozess mit einzubeziehen.

Auf der Tagung von 2004² wurde zudem eine meiner Ansicht nach sehr interessante konkrete Lösungsmöglichkeit für die finanzielle Mehrbelastung der Ärzteschaft durch die Umsetzung eines barrierefreien Zugangs für Menschen mit Behinderung vorgestellt: Ähnlich wie bei der Sicherstellungszulage für Ärzte bei Unterversorgung, die z. B. in ländlichen Räumen zum Tragen kommt, wäre es denkbar, Ärzten, die eine barrierefreie Praxis und Behandlung bereit stellen, eine Zulage zu gewähren, weil sie den gesetzlichen Auftrag barrierefreien Zugangs ermöglichen.

² Fachtagung: Die gesundheitliche Versorgung von Frauen mit Behinderung

Fachtagung im Dezember 2006 im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen

in Bad Nauheim Eine Kooperationsveranstaltung des Hessischen Netzwerks behinderter Frauen, des Hessischen Sozialministeriums, der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und der Landesärztekammer Hessen. Herausgeberin der Dokumentation: Hessisches Netzwerk behinderter Frauen, 2007

Diskussion

Der Vortrag von Herrn Dr. Steinbrück stieß auf breites Interesse.

Sehr intensiv wurde die von Herrn Dr. Steinbrück angesprochene Frage nach den Handlungsmöglichkeiten für die Umsetzung des barrierefreien Zugangs zu medizinischer Versorgung für Menschen mit Behinderung diskutiert.

Insgesamt herrschte Konsens, dass das breite Gespräch auf Bundesebene gesucht werden sollte und zwar unter Beteiligung der von Dr. Steinbrück genannten Gruppen.

Eine Kooperation in dieser Frage zwischen den unterschiedlichen Behindertenverbänden, aber auch den Netzwerken für Frauengesundheit, wurde angemahnt.

Wichtig wäre weiterhin, die Ärzteschaft für diese Problematik zu sensibilisieren. Vom Mai des Jahres 2008 liegt ein Beschluss des deutschen Ärztetages in Ulm vor, der die Qualifikation, die Barrierefreiheit und den Mehraufwand bei der Behandlung von Menschen mit Behinderung benennt, ohne jedoch im einzelnen Qualitätsstandards für eine angemessene medizinische Versorgung für diese Bevölkerungsgruppe zu fordern.

Hier muss das Problembewusstsein geweckt und ein Ansprechpartner in der Bundesärztekammer gefunden werden.

Der finanzielle Ausgleich für den Aufwand, der für die Bereitstellung barrierefreier Praxisräume, barrierefreier Informationsangebote und durch Mehraufwand bei der Behandlung (z.B. Zeitaufwand) für medizinische Dienstleistungsangebote entsteht, ist ein zentraler Aspekt, der bisher kaum berücksichtigt wurde. Regelungsbedarf wird hier auf nationaler Ebene gesehen. Die Zuständigkeit ist nicht eindeutig geregelt.

Als Argumentationsgrundlage wäre es auch sinnvoll, eine repräsentative Studie durchzuführen, um konkrete Zahlen über barrierefreie Arztpraxen, die den vorgestellten Qualitätsstandards entsprechen, zusammenzustellen.

Im Schwung der Verabschiedung der UN-Konvention und dank der Öffentlichkeit, die durch diese internationale Vereinbarung interessiert ist, kann eine politische Stimmung entstehen, die endlich dazu führt, den Anspruch von Menschen mit Behinderung auf eine adäquate medizinische Versorgung einzulösen.

Anhang

UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Artikel 25 Gesundheit

Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation, haben. Insbesondere

a) stellen die Vertragsparteien Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen, einschließlich sexual- und fortpflanzungsmedizinischer Gesundheitsleistungen und der Gesamtbevölkerung zur Verfügung stehender Programme des öffentlichen Gesundheitswesens;

b) bieten die Vertragsstaaten die Gesundheitsleistungen an, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden, soweit angebracht, einschließlich Früherkennung und Frühintervention, sowie Leistungen, durch die, auch bei Kindern und älteren Menschen, weitere Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden werden sollen;

c) bieten die Vertragsstaaten diese Gesundheitsleistungen so gemeindenah wie möglich an, auch in ländlichen Gebieten;

d) erlegen die Vertragsstaaten den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung auf, Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung, indem sie unter anderem durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen schärfen;

e) verbieten die Vertragsstaaten die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in der Krankenversicherung und in der Lebensversicherung, soweit eine solche Versicherung nach innerstaatlichem Recht zulässig ist; solche Versicherungen sind zu fairen und angemessenen Bedingungen anzubieten; - 21 -

f) verhindern die Vertragsstaaten die diskriminierende Vorenthaltung von Gesundheitsversorgung oder -leistungen oder von Nahrungsmitteln und Flüssigkeiten aufgrund von Behinderung.

Sozialgesetzbuch I § 17 Ausführung der Sozialleistungen

(1) Die Leistungsträger sind verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass

1.

jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält,

2.

die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen,

3.

der Zugang zu den Sozialleistungen möglichst einfach gestaltet wird, insbesondere durch Verwendung allgemein verständlicher Antragsvordrucke und

4.

ihre Verwaltungs- und Dienstgebäude frei von Zugangs- und Kommunikationsbarrieren sind und Sozialleistungen in barrierefreien Räumen und Anlagen ausgeführt werden.

(2) Hörbehinderte Menschen haben das Recht, bei der Ausführung von Sozialleistungen, insbesondere auch bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, Gebärdensprache zu verwenden. Die für die Sozialleistung zuständigen Leistungsträger sind verpflichtet, die durch die Verwendung der Gebärdensprache und anderer Kommunikationshilfen entstehenden Kosten zu tragen; § 19 Abs. 2 Satz 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

(3) In der Zusammenarbeit mit gemeinnützigen und freien Einrichtungen und Organisationen wirken die Leistungsträger darauf hin, daß sich ihre Tätigkeit und die der genannten Einrichtungen und Organisationen zum Wohl der Leistungsempfänger wirksam ergänzen. Sie haben dabei deren Selbständigkeit in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben zu achten. Die Nachprüfung zweckentsprechender Verwendung bei der Inanspruchnahme öffentlicher Mittel bleibt unberührt. Im übrigen ergibt sich ihr Verhältnis zueinander aus den besonderen Teilen dieses Gesetzbuchs; § 97 Abs. 1 Satz 1 bis 4 und Abs. 2 des Zehnten Buches findet keine Anwendung.

Literatur

Die gesundheitliche Versorgung von Frauen mit Behinderung, Dokumentation der Fachtagung im Dezember 2006, Bad Nauheim, hrsg. V. Hessisches Netzwerk behinderter Frauen, 2007

Faber, Brigitte, Gesundheitsversorgung – endlich für alle!!, WeiberZEIT Nr. 06/2005, S. 4-5

Nicklas-Faust, Jeanne, Grüber, Katrin. Anforderungen von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung an das Gesundheitssystem, IMEW konkret Nr. 9, Februar 2007

pro familia Fachgespräch „Runter mit den Schwellen! Wege zur barrierefreien Beratungsstelle“ herausgegeben vom pro familia Bundesverband im April 2007

Strittmater, Ute, Gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderungen: eine reine Glückssache?, WeiberZEIT Nr. 7/2005, S. 6-7

Online

Zur Barrierefreiheit auch auf der Seite der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (www.behindertenbeauftragte.de)

Netzwerk Leichte Sprache, www.people1.de

Fachgespräch barrierefreie Gesundheitsversorgung vom 16.12.2004. Einführung und Tagesordnung auf www.patientenbeauftragte.de

„Bauen für alle! Barrierefrei. Checkliste für barrierefreies Bauen“, PDF der Broschüre der Stadt Münster unter www.muenster.de/komm

TeilnehmerInnenliste

Externe FachvertreterInnen

Brigitte Faber, Projektkoordinatorin bei Weibernetz e.V., Kassel

Rita Schroll, Hessisches Netzwerk behinderter Frauen, Kassel

Dr. Joachim Steinbrück, Behindertenbeauftragter des Landes Bremen und promovierter Jurist, Bremen

Barbara Vieweg, Geschäftsführerin der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland - ISL e.v., Jena

Fachkräfte der pro familia

Christina Schneider, Ärztin und Psychotherapeutin bei pro familia in Berlin

Hannelore Sonnleitner-Doll, Ärztin bei pro familia in Frankfurt

Bundesverband der pro familia

Dr. Claudia Caesar, freie Lektorin, zuständig für die Dokumentation

Ulla Ellerstorfer, Bundesvorstand pro familia, Frankfurt am Main

Dr. Ines Thonke, Bundesverband pro familia, Frankfurt am Main

pro familia

D O K U M E N T A T I O N
F A C H G E S P R Ä C H