



Gesundheitsversorgung von Frauen und Mädchen mit Behinderung

A. Präambel

Am 13. Dezember 2006 wurde die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet; sie ist am 3. Mai 2008 in Kraft getreten.

Seit dem 26. März 2009 wird das Übereinkommen auch als innerstaatliches Recht von der Bundesrepublik Deutschland anerkannt. Damit entstand auch die Verpflichtung, den Inhalt der Konvention, Menschen unabhängig von der Art und vom Schweregrad ihrer Behinderung als vollwertige und gleichberechtigte Bürgerinnen und Bürger ihres Landes anzuerkennen, in nationales deutsches Recht zu übertragen.

Dies gilt auch für den Bereich der Gesundheit und der Gesundheitsversorgung:

Auch speziell Frauen mit Behinderung ist „das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“ zu gewähren (Artikel 25). Frauen und Mädchen mit Behinderung sind mehrfacher Diskriminierung ausgesetzt (Artikel 6). Da sich die geschlechtsspezifische Diskriminierung als Frau sowie die defizitbezogene Diskriminierung als Mensch mit Behinderung potenzieren, sind diesbezüglich besondere Achtsamkeit und Aufmerksamkeit geboten.

Ein besonderes Augenmerk ist dabei auf Frauen und Mädchen mit Behinderung und Migrationshintergrund zu legen.

B. Aktuelle Situation

Haben Frauen und Mädchen mit Behinderung in Deutschland dasselbe Angebot, dieselbe Qualität und vor allem denselben Standard an regulärer, kostenfreier oder bezahlbarer Gesundheitsversorgung zur Verfügung, wie dies für nicht behinderte Menschen der Fall ist?

Keinesfalls!

Derzeit haben fast 10 Prozent der Bevölkerung eine Behinderung. Von der Statistik wurden 2009 in Deutschland 7.101.682 Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung erfasst, 3.443.575 davon waren Frauen.¹ 135.101 Frauen hatten eine angeborene Behinderung, die anderen Behinderungen wurden im Laufe des Lebens erworben.

Zwei von drei schwerbehinderten Menschen hatten körperliche Behinderungen (64 Prozent): Bei 25 Prozent waren die inneren Organe beziehungsweise

¹ Dabei ist davon auszugehen, dass die absolute Zahl von Frauen und Mädchen mit Behinderung weitaus höher ist.

Anzunehmen ist eine Dunkelziffer statistisch nicht erfasster Frauen, die nicht erwerbstätig sind (Hausfrauen, Frauen mit Kindern), von den Nachteilsausgleichen daher weniger profitieren und deshalb keinen Schwerbehindertenausweis beantragen oder sich schämen, zur Behörde zu gehen.

Organsysteme betroffen. Bei 14 Prozent waren Arme und Beine in ihrer Funktion eingeschränkt, bei weiteren 12 Prozent Wirbelsäule und Rumpf. In 5 Prozent der Fälle lag Blindheit beziehungsweise Sehbehinderung vor. 4 Prozent litten unter Schwerhörigkeit, Gleichgewichts- oder Sprachstörungen. Der Verlust einer oder beider Brüste wurde bei 3 Prozent festgestellt. Auf geistige oder seelische Behinderungen entfielen zusammen 10 Prozent der Fälle, auf zerebrale Störungen 9 Prozent.²

Frauen und Mädchen mit Behinderung sind keine homogene Gruppe, sondern jede Frau und jedes Mädchen mit Behinderung hat unterschiedliche Bedürfnisse und Anforderungen an ihre individuelle Gesundheitsversorgung.

Obgleich also immerhin jeder zehnte Einwohner Deutschlands behindert ist, ist die medizinische Versorgung dieses Personenkreises mangelhaft. Vor allem wird das Leistungsangebot an die Erwerbstätigkeit gekoppelt.

Im Hinblick auf die demografische Entwicklung gewinnt das Thema besondere Brisanz (Frauen-Alter-Armut).

I. Barrierefreiheit

Häufig scheidet die hinreichende Gesundheitsversorgung schon an der Grundvoraussetzung einer einschränkungsfreien Inanspruchnahme: Der Barrierefreiheit der ambulanten und stationären medizinischen Versorgungsleistungen und –einrichtungen.

„Barrierefrei wären bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind.“³

Nur knapp 30 Prozent der Praxen erfüllen nach einer Erhebung der Stiftung Gesundheit⁴ wenigstens ein Kriterium der Barrierefreiheit, also z. B. ebenerdige Zugänge, Behindertenparkplätze oder verstellbare Untersuchungsmöbel. Bei Einbeziehung von Zahnärztinnen und Zahnärzten und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten liegt die Quote sogar nur bei 20 Prozent. Für gynäkologische Untersuchungen gibt es in Bayern lediglich zwei Spezialambulanzen in Dachau und Erlangen. Über 150.000 Ärztinnen und Ärzte haben noch keinerlei Vorkehrungen für Patientinnen und Patienten mit Behinderung getroffen.

Gleiches gilt für die Arzneimittelversorgung: Weder Apotheken noch die darin verkauften Arzneimittel sind ausreichend barrierefrei gestaltet.

² Statistik der schwerbehinderten Menschen 2009, Statistisches Bundesamt Wiesbaden Juni 2012

³ vgl. Art. 4 BayBGG

⁴ Ärzte Zeitung, Bericht vom 15.05.2012 „Barrierefrei sind nur die wenigsten Praxen“

II. Medizinische Behandlung

Sehr oft ist die medizinische Behandlung nicht bedarfsgerecht. Mit dazu bei trägt der herrschende Gesundheitsbegriff, der Behinderung als ein rein individuelles medizinisches Problem definiert und Krankheit und Behinderung gleichsetzt.

Gerade im Bereich der Behandlung von Frauen und Mädchen mit Behinderung greift das klassische Denken der Medizin „wir sind dazu da, die Menschen gesund und unversehrt zu machen“ nicht, da die Behinderung nicht kuriert werden kann. Medizinerinnen und Mediziner müssen hier ein anderes Menschenbild zugrunde legen, bei dem es darum geht, ein gesundheitlich optimal versorgtes Leben trotz einer Einschränkung führen zu können.

Frauen und Mädchen mit Behinderung, die wie alle Frauen als Kind schon mit den Vorstellungen der Gesellschaft nach körperlicher Unversehrtheit und Schönheit konfrontiert werden, erleben medizinische Behandlungen häufig als Behandlung eines Defizits, bei dem ihre angeblichen „Mängel“ in den Vordergrund gestellt werden. Nicht sie als Person, ihre Gesundheit und ihre Weiblichkeit stehen im Fokus der Versorgungsmaßnahmen, sondern ihre Behinderung.

Darunter leidet auch die Entwicklung der eigenen weiblichen Identität. Frauen und Mädchen mit Behinderung fehlen häufiger Informationen über ihren weiblichen Körper, Sexualität, Verhütung, Schwangerschaft und Wechseljahre, ja „das Frau-Sein“. Dies erschwert ihnen, die eigenen Bedürfnisse zu erkennen, und sich für ein selbstbestimmtes Leben einzusetzen. Entsprechende „Empowerment“-Angebote und Strategien zur eigenverantwortlichen Gestaltung ihres Lebens und Stärkung ihrer Persönlichkeit stehen ihnen kaum zur Verfügung.

Auch dadurch bedingt ist es für Frauen und Mädchen mit Behinderung immer noch schwerer, sich den Wunsch nach einer Partnerschaft und Kindern zu erfüllen, als für Männer mit Behinderung. Sie erfahren beim Thema Schwangerschaft und Geburt immer noch vielfach Unverständnis und Ablehnung aus ihrem – auch ärztlichen – Umfeld.

Frauen und Mädchen mit Behinderung sind doppelt so oft von Gewalt und sexuellen Übergriffen betroffen wie Frauen und Mädchen ohne Behinderung.⁵ Häufig widerfahren ihnen derartige Grenzverletzungen auch im Rahmen gängiger Therapien, Behandlungs- und Pflegemaßnahmen, was ihnen erschwert, Übergriffe auch als solche zu werten.

Der Zugang wie auch die persönliche Wahl von geschlechtssensiblen sexual- und fortpflanzungsmedizinischen Gesundheitsleistungen, also in Bereichen, in denen das Vertrauensverhältnis zur behandelnden Ärztin bzw. zum behandelnden Arzt besonders feinfühlig angelegt ist, stellt für Menschen mit Behinderung oft noch ein unüberwindliches Problem dar. Viele Frauen und Mädchen mit Behinderung sind hier in ihrer freien Arztwahl eingeschränkt.

Die Kommunikation in der Gesundheitsversorgung von Frauen und Mädchen mit Behinderung findet selten auf Augenhöhe statt. Oft wird *über* sie und nicht *mit* ihnen gesprochen.

⁵ Repräsentative Studie „Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderung und Beeinträchtigungen in Deutschland“ der Universität Bielefeld, April 2012

Generell fehlen vielen Ärztinnen und Ärzten, aber auch dem Praxis-, Klinik- und Pflegepersonal, genaue Kenntnisse über die Vielfalt von Behinderungen und damit genaue Kenntnisse über die Bedürfnisse ihrer Patientinnen. Zudem sind die notwendigen Behandlungszeiten und -abläufe selten bedarfsgerecht angepasst.

Problematisch für Mädchen mit Behinderung ist u. a. der Übergang von der Kinder- und Jugendmedizin in die Erwachsenenbehandlung. Vor allem bei jungen Frauen und Mädchen mit Behinderung, die in Familie oder Beruf entlassen werden, fehlen notwendige Angebote von weiter begleitender psychologischer Betreuung vor Ort. Gesundheitsleistungen speziell für die Bedürfnisse von Frauen und Mädchen mit Behinderung, z. B. im Bereich der Früherkennung von Zweiterkrankungen und Frühintervention bei Komplikationen, werden meist schleppend angeboten, vergessen oder nicht in Betracht gezogen.

III. Finanzierung der Versorgung

Eine der Hauptschwierigkeiten bei der Gesundheitsversorgung von Frauen und Mädchen mit Behinderung sind die auf Wettbewerb ausgerichteten Strukturen im Gesundheitssystem. So haben die Krankenkassen regelmäßig die Haltung, die Leistungen erst einmal zu verweigern. Frauen und Mädchen mit Behinderung werden dadurch häufig zu Bittstellerinnen, obwohl sie einen rechtlichen Anspruch auf die Leistungen haben. Sinnvoll wäre hier eine einheitliche und menschenwürdige Vorgehensweise der Krankenkassen im Gegensatz zu willkürlichen Entscheidungen oder wie im Bereich der Hilfsmittelversorgung die fatale Abhängigkeit von der Zufälligkeit des Vertragspartners der Krankenkassen.

C. Folgerungen

Es ist dringend notwendig, nicht nur die Würde, sondern auch die Rechte und Gesundheitsbedürfnisse von Frauen und Mädchen mit Behinderung zu beachten, zu respektieren sowie medienstark in unserer Gesellschaft zu erfüllen. Der Gedanke der Inklusion muss immanenter Bestandteil unserer Gesellschaft sein, das gesellschaftliche Denken muss sich ändern.

Die UN-Konvention darf keine leere Hülse sein, sondern muss auch in Bayern vollständig umgesetzt werden!

D. Forderungen des Bayerischen Landesfrauenrates

Der BayLFR fordert vor diesem Hintergrund:

1. Es bedarf deutlicher Anstrengungen zur Herstellung der Barrierefreiheit von Arztpraxen, medizinischen Einrichtungen und der Gesundheitsversorgung durch
 - die Schaffung von Schwerpunktpraxen in allen bayerischen Regierungsbezirken, z. B. im Bereich der Gynäkologie, der Zahnmedizin und der

Röntgenmedizin, deren Behandlungsräume gerade für Rollstuhlfahrer wenig zugänglich sind,

- die Zulassung der Nutzung vorhandener technischer Möglichkeiten an Kliniken und Krankenhäusern durch Sonderregelungen für Menschen mit Behinderung für die ambulante Versorgung,
 - die deutlich stärkere Bekanntmachung unterstützender technischer Möglichkeiten bei der Praxisausstattung sowie entsprechender Ausstattungsmöglichkeiten für mobile Besuche von Ärztinnen und Ärzten durch die Ärztekammern,
 - die Einrichtung von Begleitdiensten an Kliniken,
 - das Verfassen barrierefreier Beipackzettel zu Medikamenten, auch für Menschen mit geistiger Behinderung und damit auch in leichter Sprache.
2. Die Infrastruktur für Frauen und Mädchen mit Behinderung beim Arztbesuch muss so gestaltet und finanziert werden, dass den besonderen Bedürfnissen Rechnung getragen wird.
- Notwendig ist die Finanzierung von Assistenz für Arztbesuche sowie der Folgekosten der Assistenz bei Krankenhausaufenthalt. Auch die Versorgung mit Gebärdensprachdolmetscherinnen und -dolmetschern im Zusammenhang mit Gesundheitsdienstleistungen muss verbessert werden.
 - Durch die Behinderung bedingter längerer Zeitaufwand für Untersuchungen der Ärztin bzw. des Arztes muss finanziert werden.
 - Ebenso müssen Fahrtkosten zu Behandlungen und zu Arztbesuchen flexibler finanziert werden.
 - Die freie Arztwahl ist zu gewährleisten.
3. Die reguläre Medizin-Ausbildung muss um den Themenkomplex „Frauen mit Behinderung“ erweitert werden. Es muss eine Zusatzausbildung in der Gynäkologie forciert und die Behandlung von Menschen mit Behinderung in die ärztliche Fortbildung eingearbeitet werden.
4. Ärztinnen und Ärzte, Praxis- und Klinikpersonal sowie Pflegekräfte müssen stärker über den Umgang mit Menschen mit Behinderung informiert, sensibilisiert und geschult werden. Entsprechende Fortbildungsmaßnahmen müssen angeboten werden.
5. Erforderlich sind Unterstützungssysteme für Ärztinnen und Ärzte, um z. B. bei bestimmten Behinderungen die Wechselwirkungen von Medikamenten zu erkennen.
6. Die Datenbasis von genderfokussierten statistischen, wissenschaftlichen und epidemiologischen Daten ist erheblich zu verbessern.

7. Die Verbesserung der Reproduktions-, Schwangerschafts- und Geburtshilfen für Frauen mit Behinderung ist unabdingbar. Begleitend muss die Bewusstseinsbildung in der Gesellschaft durch geeignete Aufklärungskampagnen fortgeführt und verbessert werden.
8. Die Beschäftigten im Gesundheitswesen müssen für die Diagnose und Behandlung von Gewaltfolgen bei behinderten Frauen und Mädchen sensibilisiert und qualifiziert werden. Die Staatsregierung wird aufgefordert, ein Präventionsprogramm gegen die erhöhte physische und psychische Gewalt gegen Frauen und Mädchen mit Behinderung und gegen den verstärkten sexuellen Missbrauch und die erhöhte Gefahr sexualisierter Gewalt zu entwickeln.
9. Notwendig ist, die Heil- und Hilfsmittelversorgung bedarfsgerecht sicherzustellen und die zeit- und wohnortnahe, als auch individuell abgestimmte Versorgung wieder als Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung festzulegen.
10. Es müssen die rechtlichen und materiellen Voraussetzungen für eine geschlechtsspezifische und kultursensible Pflege behinderter Frauen und Mädchen geschaffen werden. In diesem Zusammenhang ist es zwingend erforderlich, den bisherigen verrichtungsbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriff zu revidieren.

München, 23. Januar 2013



Hildegund Rüger
Präsidentin