

Sehr geehrte Damen und Herren,

Auf die Anfragebeantwortung mit der GZ BMG-11001/0205-I/A/15/2013 vom 14.08.2013, die auf die Anfrage der Abgeordneten Kurt Grünewald, Helene Jarmer, Freundinnen und Freunde an den Bundesminister für Gesundheit vom 18.06.2013 betreffend Kostenerstattung von Kommunikationshilfsmitteln und Assistierenden Technologien **möchten wir folgende Stellungnahme abgeben:**

1. **Sie betonen**, dass Sie „Zunächst in Übereinstimmung mit dem Hauptverband darauf hinweisen wollen, dass die UN-Behindertenrechtskonvention keine unmittelbaren Ansprüche gegenüber der Sozialversicherung, wohl aber Handlungspflichten des Gesetzgebers auslöst, um jede Benachteiligung auf Grund einer Behinderung hintanzuhalten. Leistungsansprüche gegenüber der Sozialversicherung sind primär nach den einschlägigen nationalen Rechtsvorschriften zu beurteilen.“

Wir möchten darauf folgendes zu bedenken geben:

Wenn die „einschlägigen nationalen Rechtsvorschriften“ der UN-Behindertenrechtskonvention widersprechen, dann sind diese „einschlägigen nationalen Rechtsvorschriften“ letztlich als rechtswidrig zu betrachten, da nationales Recht nicht über den UN-Menschenrechten, den Rechten aus der Behindertenkonvention und Europäischem Recht steht. Da aber die derzeitigen „einschlägigen nationalen Rechtsvorschriften“ der UN-Behindertenrechtskonvention widersprechen und die Kostenübernahme für Kommunikationshilfsmittel wie auch assistierenden Technologien nicht gesetzlich so geregelt sind, dass diese für die behinderten Menschen kostenlos sind und sie sie jederzeit erhalten können, sind diese Rechtsvorschriften als nicht mehr rechtsgültig zu erachten. Österreich hat schon 2008 die UN-Behindertenrechtskonvention mit Zusatzprotokoll ratifiziert und somit muss der Gesetzgeber diesen veränderten rechtlichen Gegebenheiten Rechnung tragen und seine nationalen Gesetze an diese veränderte Rechtssituation anpassen. Es

ist weiterhin als rechtlich fragwürdig zu betrachten, wenn der Hauptverband der Sozialversicherungen die Meinung vertritt, dass die UN-Behindertenrechtskonvention und deren rechtlichen Auswirkungen den Hauptverband und die Sozialversicherungen letztlich nicht interessieren müssen, da sie sich einzig und allein nach nationalen Gesetzgebungen zu richten hätten. Diese Haltung ist sehr bedenklich, da sie letztlich die Meinung vertritt, dass „Rechtsunsicherheiten und widersprüchliches nationales Recht zur internationalen Gesetzgebung (hier UN-Behindertenkonvention), die der Gesetzgeber nicht behebt“ als unwichtig zu erachten sind, da es ja die „einschlägige nationale Gesetzgebung“ gibt, nach der man sich richten kann. Da damit die Sozialversicherungen und der Hauptverband der Sozialversicherer letztlich wissentlich einen Verstoß gegen internationale Rechtsprechung mit tragen, machen sie sich nicht nur der Beihilfe zu einem Rechtsverstoß schuldig, sondern sie begehen selber einen, da ihnen die rechtliche Situation und der Widerspruch des nationalen Rechts gegen die UN-Behindertenrechtskonvention bewusst und bekannt sind.

2. **Sie schreiben** unter „Zuständigkeit bzw. leistungsrechtliche Beurteilung“, dass „Die Krankenversicherungsträger erbringen bei Verstümmelungen, Verunstaltungen und körperlichen Gebrechen, welche die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit oder die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, wesentlich beeinträchtigen, Zuschüsse für Hilfsmittel nach § 154 ASVG („Hilfe bei körperlichen Gebrechen“), deren Höhe nach Maßgabe einer gesetzlichen Höchstgrenze durch die Satzung der einzelnen Versicherungsträger festzulegen ist.“

Wir möchten darauf folgendes zu bedenken geben:

Nach dem UN-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, das schon 2008 von Österreich unterzeichnet worden ist, wird dort schon festgestellt, dass behinderte Menschen nicht aufgrund ihrer

Behinderung zu diskriminieren und zu benachteiligen sind. Eine Leistungserbringung in Form von Zuschüssen für Hilfsmittel nach § 154 ASVG („Hilfe bei körperlichen Gebrechen“), deren Höhe nach Maßgabe einer gesetzlichen Höchstgrenze durch die Satzung der einzelnen Versicherungsträger festzulegen ist, bei „Verstümmelungen, Verunstaltungen und körperlichen Gebrechen, welche die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit oder die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, wesentlich beeinträchtigen, widerspricht aber dem UN-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Hier wird durch diese gesetzliche Regelung eine Diskriminierung der Behinderten gegenüber Nicht-Behinderten rechtlich festgeschrieben, da die „Leistungserbringung in Form von Zuschüssen für Hilfsmittel“ letztlich eine Diskriminierung der beeinträchtigten Personen darstellt. Dieser Personenkreis hat es sich nicht ausgesucht, ob er/sie behindert sein möchte oder nicht. Demnach ist aber eine sozial orientierte Gesellschaft, die den Gedanken der Inklusion der Behinderten verwirklichen möchte und die beeinträchtigte Personen Menschen ohne Beeinträchtigungen gleichstellen möchte, dazu verpflichtet, die notwendigen Hilfsmittel für beeinträchtigte Menschen kostenlos zur Verfügung zu stellen. Lastet die Gesellschaft nämlich den Behinderten Kosten für ihre Hilfsmittel auf (es erfolgt die Leistungserbringung nur in Form von Zuschüssen für Hilfsmittel), so entstehen den beeinträchtigten Menschen Kosten, die sie als Nicht-Beeinträchtigte letztlich nicht zu tragen hätten. Dies stellt aber eine Diskriminierung nach der UN-Behindertenkonvention dar.

3. **Sie schreiben** weiterhin, dass „im Rahmen der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung gemäß § 154a ASVG („im Anschluss an eine Krankenbehandlung, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder die Folgen der Krankheit zu erleichtern“) werden notwendige Hilfsmittel ohne Selbstbehalt und Kostenbegrenzung finanziert. Es ist wohl anzunehmen, dass die in Rede stehenden technischen Geräte zumeist nicht unter diesen

Hilfsmittelbegriff fallen (weil sie der beruflichen oder sozialen Rehabilitation dienen), so dass die Krankenversicherungsträger lediglich in besonders begründeten Fällen Zuschüsse aus dem Unterstützungsfonds erbringen.“

Wir möchten darauf wie folgend antworten:

Es ist schon sehr erstaunlich, wie hier einfach festgestellt wird, dass „die in Rede stehenden technischen Geräte zumeist nicht unter diesen Hilfsmittelbegriff fallen (weil sie der beruflichen oder sozialen Rehabilitation dienen)“ und dass deshalb “ die Krankenversicherungsträger lediglich in besonders begründeten Fällen Zuschüsse aus dem Unterstützungsfonds erbringen“ müssen.

Kommunikationshilfsmittel werden von Menschen benötigt, die an einer angeborenen und/oder erworbenen Erkrankung oder Behinderung leiden, die zu einem teilweisen oder totalen Verlust der Fähigkeit zu sprechen geführt haben. Fast alle dieser beeinträchtigten Personen werden aufgrund ihrer Behinderungen medizinisch (also im Rahmen einer Krankenbehandlung behandelt) und benötigen diese technischen Hilfsmittel „nicht ausschließlich zur sozialen und beruflichen Rehabilitation“, sondern meistens dazu, dass der Erfolg der Krankenbehandlung gesichert wird oder damit die Folgen der Krankheit erleichtert werden. Personen, die zum Beispiel aufgrund eines Schlaganfalls die Fähigkeit zu sprechen verloren haben, können und müssen schnell die Möglichkeit sich mittels Kommunikationsgeräten mitteilen zu können, erhalten, da sie sonst eine massive Depression^{1/2} ausbilden, die den weiteren Behandlungserfolg und die Behandlung überhaupt massiv beeinträchtigen und diesen gefährden. Die daraus entstehenden Kosten belaufen sich auf € 5.138³ pro betroffenen Patienten. Da von dieser Summe 30% durch Arbeitsausfall anfallen, rechnete der Autor dieser Stellungnahme diesen Anteil heraus, da ja die Schlaganfallpatienten sowieso

¹ Snaphaan et al.: Post-stroke depressive symptoms are associated with post-stroke characteristics, Cerebrovasc Dis 2009; 28 (6): Seiten 551-557

² Pfeiffer, Klaus: Depression nach Schlaganfall. Dissertation, Tübingen 2010, Seite 13

³ <http://www.depression.at/scripts/index.php?content=1862> heruntergeladen am 23.02.2013

schon arbeitsunfähig sind. Demnach fallen dann aber nur noch an zusätzlichen Kosten € 3.597 pro betroffenen Patienten an. Die Kosten für zusätzliche Krankenhausaufenthalte wurden nicht herausgerechnet, da häufig diese Kosten neben den Behandlungskosten eines Schlaganfalls noch zusätzlich anfallen. Damit liegen diese Behandlungskosten natürlich weit unter den Behandlungskosten eines Schlaganfalls. Allerdings darf man dabei nicht außer Acht lassen, dass sich die Kosten bei dieser Erkrankung aufgrund der hohen Anzahl der Patienten summieren. Insgesamt würden nämlich schon für die Patienten, die aktuell einen Schlaganfall erleiden⁴ und dann zusätzlich an einer Post-Stroke Depression erkranken, zwischen € 15,26 Millionen bis zu € 38,72 Millionen an Kosten anfallen. Betrachtet man die Gesamtanzahl der Schlaganfallpatienten, die an einer Post-Stroke Depression leiden,⁵ so kommt man auf jährliche Gesamtkosten von zirka € 106 Millionen bis zu € 270 Millionen. Diese Kosten steigen jährlich, da sich die Lebenserwartung der betroffenen Patienten verlängert und die Behandlungsmethoden immer mehr verbessern.

Hier wurden von dem Autor dieser Stellungnahme nur die Schlaganfallpatienten betrachtet und die Kosten berechnet, die durch die Post-Stroke Depression auftreten. Ähnlich verhält es sich bei den anderen Erkrankungen (Amyotrophe Lateralsklerose, Multiple Sklerose, Schädel-Hirn-Trauma, usw.). Auch bei diesen Betroffenen ist zu beobachten, dass sie häufig eine massive Depression ausbilden und dadurch der Behandlungserfolg wie auch die Therapie überhaupt teilweise unmöglich oder sehr behindert wird. Alles dies führt zu Mehrkosten für den Staat und vor allen Dingen für die Sozialversicherungen, wo die Kosten derzeit alle übernommen werden, ohne das darüber nachgedacht wird, dass man unter

⁴ 32.622 Schlaganfallpatienten in Österreich (siehe dazu: Statistik Austria, Spitalsentlassungsstatistik, ICD10, I60-I69, vom 26.02.2013)

⁵ Angabe der Patienten nach Schlaganfall und einer Post-Stroke Depression 29.591 bis 75.115, siehe dazu: Peters, Andreas; Masterthesis Seite 43

Einsatz von Kommunikationshilfsmitteln einen sehr großen Anteil dieser Kosten verhindern könnte.

Außerdem möchte der Autor dieser Stellungnahme darauf hinweisen, dass die Möglichkeit sich sprachlich äußern zu können nicht nur für den Erfolg der Krankenbehandlung wichtig ist und damit die Folgen der Krankheit erleichtert werden, sondern dies auch für die Entwicklung und den Erhalt der kognitiven Leistungen eines Menschen ausschlaggebend sind.

Neueste Forschungsergebnisse aus der Neurobiologie und den Kognitionswissenschaften zeigten, dass der Intelligenzquotient (IQ)⁶, der immer als biologisch festgelegt galt und von dem man glaubte, dass er nach der frühen Kindheit sich nicht mehr verändern ließe, sich doch noch im weiteren Lebenslauf steigern lässt oder verringern kann. Und dabei handelt es sich nicht nur um eine geringe Steigerung um ein oder zwei Punkte, sondern um eine Steigerung innerhalb von vier Jahren um bis zu 21 Punkte. Der IQ kann aber auch ebenso um bis zu 18 Punkte fallen, falls dem Gehirn nicht die Möglichkeit gegeben wird, sich mit Dingen beschäftigen zu können. Die Kognitionswissenschaftlerin Cathy Price vom University College in London, die die Forschungen in diesem Bereich geleitet hat und die im Herbst 2011 die Ergebnisse dieser wegweisenden Studie in der Zeitschrift Nature⁷ veröffentlicht hat, weist innerhalb dieser Studie darauf hin, dass 20 Punkte beim IQ „einen großen Unterschied machen“. „Steigert ein Mensch seinen IQ von 110 auf 130, hat er sich von einem Durchschnittsbürger zum Hochbegabten entwickelt. Und sinkt der IQ von 104 auf 84, ist er nicht mehr durchschnittlich, sondern deutlich unterdurchschnittlich begabt“. Die Ergebnisse dieser Studie werden, aufgrund der Neuroplastizität, also aufgrund der Wandlungsfähigkeit des Gehirns, bis in das Alter von 60 oder 70 Jahren als

⁶ Der IQ umfasst ein breites Spektrum geistiger Fähigkeiten – verbal, analytisch und vieles mehr.

⁷ Ramsden, Sue; Richardson, Fiona M.; Josse, Goulven; Thomas, Michael S. C.; Ellis, Caroline; Shakeshaft, Clare; Seghier, Mohamed L.; Price, Cathy J.: Verbal and non-verbal intelligence changes in the teenage brain: nature 479, pages 113-116, (03 November 2011)

allgemeingütig angesehen. In der aktuellen Studie konnten Price und deren Kollegen nachweisen, dass IQ-Veränderungen mit strukturellen Veränderungen im Gehirn zusammenhängen. 39 Prozent der Personen zeigten, wie mittels eines Vorher- Nachher Scans nachgewiesen werden konnte, bei einer Veränderung ihres verbalen IQ einen deutlichen Wechsel von Dichte und Volumen der grauen Zellen. Das heißt aber letztlich, dass es in der Region der linken motorischen Rinde zu einem Anstieg der Neuronen kam. Da aber der Bereich der linken motorischen Rinde für das Benennen, Lesen und Sprechen wichtig ist und diese bei den genannten Aktivitäten aktiv ist, hat eine Verringerung der Dichte und des Volumens der grauen Zellen in diesem Bereich natürlich auch massive Auswirkungen auf die sprachliche Ausdrucksfähigkeit des/der Betroffenen. Bei den 21 Prozent derjenigen Untersuchten, bei denen der nonverbale IQ⁸ sank oder stieg, kam es zu einer Veränderung der Dichte der grauen Masse in dem Bereich des vorderen Kleinhirns, der mit den Bewegungen der Hand verbunden ist.

Es sind also die technischen Kommunikationshilfsmittel auch als Hilfsmittel zum Erhalt des derzeitig vorhandenen IQ des Betroffenen zu betrachten. Enthält man diese dem Betroffenen vor, so wird letztlich in Kauf genommen, dass zum Beispiel ein Schlaganfallpatient, der vorher Rechtsanwalt war und seine Tätigkeit sehr gut ausüben konnte, aufgrund des dann sinkenden IQ dieser arbeitsunfähig wird und somit der Allgemeinheit, also dem Staat, zur Last fallen wird, da er dann eine Invalidenpension beziehen wird müssen.

Alles dies widerspricht dem Gedanken, für die „in Rede stehenden technischen Geräte“ nur oder „lediglich in begründeten Fällen Zuschüsse aus dem Unterstützungsfond zu erbringen“, da sie den Erfolg der Krankenbehandlung sehr wohl sichern und die Folgen der Krankheit in jedem Fall erleichtern und zudem auch noch weiteren Erkrankungen wie auch Behinderungen vorbeugen.

⁸Nicht sprachbezogene Problemlösung, wie z. B. räumliches Denken

4. **Sie schreiben**, dass die „Hilfsmittel der unterstützenden Kommunikation (UK) und assistierenden Technologien (AT) im Wesentlichen dem Bereich der Behindertenhilfe zuzuordnen sind“ und dass „für die Behandlung, Rehabilitation und Beistellung von Heilbehelfen und Hilfsmittel an körper- und mehrfachbehinderte Personen es eine Zuständigkeit der Bundesländer aufgrund der Behinderten- bzw. Sozialhilfegesetze gibt, sofern die Leistungen die geburtsbedingte Körper- und Mehrfachbehinderung betreffen.“

Wir möchten folgendes dazu anmerken:

Auch die Ländergesetze, wie auch die Verordnungen der einzelnen Gebietskörperschaften, die die Behandlung, Rehabilitation und Beistellung von Heilbehelfen und Hilfsmittel an körper- und mehrfachbehinderte Personen regeln, müssen an die veränderten gesetzlichen Gegebenheiten aufgrund der Ratifizierung der UN-Behindertenkonvention durch das Land Österreich angepasst werden und dürfen beeinträchtigte Personen nicht aufgrund ihrer Behinderung diskriminieren.

5. **In Ihren weiteren Äußerungen**, wie zum Beispiel „Einheitlicher Hilfsmittelkatalog“, „Einheitliche Anlaufstelle“, „Kostentragung“ und Ihrer „zusammenfassenden Bemerkungen“ werden die einzelnen Kompetenzen und Zuständigkeiten wie auch die einzelnen Verantwortlichkeiten und kompetenzrechtlichen Erwägungen nochmals betrachtet und genau ausgeführt.

Wir möchten zu diesen Ausführungen folgendes anmerken:

Es ist vollkommen uninteressant, wer nun für was zuständig ist und wer was zu tun und welche Kosten zu tragen hat. Die UN-Behindertenrechtskonvention bringen ganz klar zum Ausdruck, dass es ein „Recht auf Kommunikation“ gibt und das dies die Staaten, die diese Konvention ratifiziert haben, ihren behinderten Mitbürgern auch garantieren und ermöglichen müssen.

In der UN-Behindertenkonvention wird nämlich im Artikel 2 darauf hingewiesen, dass im Rahmen dieses Übereinkommens „Kommunikation“ folgende Dinge

einschließt: *„Sprachen, Textdarstellung, Brailleschrift, taktile Kommunikation, Großdruck, leicht zugängliches Multimedia sowie schriftliche, auditive, in einfache Sprache übersetzte, durch Vorleser zugänglich gemachte sowie ergänzende und alternative Formen, Mittel und Formate der Kommunikation, einschließlich leicht zugänglicher Informations- und Kommunikationstechnologie“.*⁹ Im Artikel 21 dieser UN-Konvention wird darauf hingewiesen, dass für das *„Recht auf freie Meinungsäußerung, Meinungsfreiheit und Zugang zu Informationen, die Vertragsstaaten alle geeigneten Maßnahmen treffen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen das Recht auf freie Meinungsäußerung und Meinungsfreiheit, einschließlich der Freiheit, Informationen und Gedankengut sich zu beschaffen, zu empfangen und weiterzugeben, gleichberechtigt mit anderen und durch alle von ihnen gewählten Formen der Kommunikation im Sinne des Artikel 2 ausüben können, unter anderem indem sie*

a) Menschen mit Behinderungen für die Allgemeinheit bestimmte Informationen rechtzeitig und ohne zusätzliche Kosten in zugänglichen Formaten und Technologien, die für unterschiedliche Arten der Behinderungen geeignet sind, zur Verfügung stellen.

b) im Umgang mit Behörden die Verwendung von Gebärdensprachen, Brailleschrift, ergänzenden und alternativen Kommunikationsformen und allen sonstigen selbst gewählten zugänglichen Mitteln, Formen und Formaten der Kommunikation durch Menschen mit Behinderungen akzeptieren und erleichtern.

c) private Rechtsträger, die, einschließlich durch das Internet, Dienste für die Allgemeinheit anbieten, dringend dazu auffordern, Informationen und

⁹ Zitat aus: BGBl. III – (Übersetzung) Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen –Präambel, Ausgegeben am 23. Oktober 2008 – Nummer 155, Seite 5

*Dienstleistungen in Formaten zur Verfügung zu stellen, die für Menschen mit Behinderungen zugänglich und nutzbar sind.*¹⁰

Auch wurde schon durch den unabhängigen Monitoring-Ausschuss zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen am 17.05.2011 genau definiert, was assistierende Technologien und unterstützte Kommunikation bedeuten und was die Umsetzung der UN-Konvention im Hinblick auf diese Gruppe der beeinträchtigten Personen bedeuten würde.

Abschließend möchten wir anmerken:

Dass die Beurteilung durch die UN-Kommission unter der Führung von Stig Langvad „Menschen mit Behinderungen würden in Österreich "nicht als gleichberechtigt, sondern als arme Almosenempfänger" betrachtet,“ leider immer noch zutrifft und sich nur sehr wenig für die beeinträchtigten Menschen in Österreich geändert hat.

¹⁰ Zitat aus: BGBl. III – (Übersetzung) Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen – Präambel, Ausgegeben am 23. Oktober 2008 – Nummer 155, Seite 20-21