

Zugang für Menschen mit Behinderungen zur Gesundheitsversorgung in der Schweiz

Überlegungen zum Artikel 25 der Behindertenrechtskonvention aus einem prospektiven Blickwinkel

Olga Meier-Popa und Konrad Stokar haben 2018 an einer Tagung des Vereins Bedürfnisgerechte Medizinische Versorgung für Menschen mit Behinderungen (VBMB) teilgenommen. Dort haben sie ihr gemeinsames Interesse an Themen rund um Behinderung und Gesundheitsversorgung entdeckt. Nach einem virtuellen Austausch per Zoom haben sie sich entschieden, den vorliegenden Text gemeinsam zu verfassen.

Ausgangslage: Gesundheit ist ein Thema, das uns alle betrifft

Es vergeht kaum ein Tag, an dem wir nicht davon lesen oder hören: Die Menschen in der Schweiz werden immer älter (Statista, 2023) und fast in allen Branchen fehlt Personal, insbesondere Fachpersonal. Diese kritischen Faktoren zeigen sich exemplarisch im Gesundheitswesen. Vielerorts fehlen beispielsweise Hausärzt:innen oder spezialisierte Fachärzt:innen (Brotschi, 2023). Zahlreiche Praxen werden nach Pensionierungen geschlossen, Ersatz ist nicht vorhanden. In den Spitälern fehlen sowohl Pflegefachpersonen als auch andere spezialisierte Mitarbeitende.

Zudem steigen Jahr für Jahr die Krankenkassenprämien¹ und immer mehr Menschen benötigen Unterstützung vom Staat, um die Prämien bezahlen zu können. Zum Beispiel beziehen im Kanton Waadt rund 30 Prozent der Bevölkerung Prämienverbilligungen.² Des Weiteren hören wir von Spitalschliessungen auch innerhalb grosser Spitalgruppen³ und davon, dass das Gesundheitswesen bald zusammenbrechen werde, weil es nicht mehr finanzierbar sei.

Die Situation ist noch gravierender für Menschen mit Behinderungen, wenn sie medizinische Leistungen in Anspruch nehmen. Es gibt zum Beispiel nicht nur separate Klassifikationssysteme für Krankheit und Behinderung (ICD⁴ beziehungsweise ICF⁵), sondern auch separate Kostenträger – die Krankenkassen und die Invalidenversicherung (IV). Dabei arbeitet die IV mit dem Invaliditätsbegriff, der sich nur auf die Arbeitsfähigkeit bezieht (ATSG, Art. 8). Dieser Begriff unterscheidet sich stark vom Behinderungsbegriff des *Behindertengleichstellungsgesetzes* (BehiG) oder der *Behindertenrechtskonvention* (BRK), der alle Lebensbereiche berücksichtigt (BehiG, Art. 2, Abs. 1; BRK, Art. 1, Abs. 1).

¹ Das Thema ist in den Sorgenbarometern der Bevölkerung weit oben. <https://www.moneyland.ch/de/sorgen-studie-schweiz-2023> [Zugriff: 10.12.2023].

² Vgl. z. B. den Beitrag des Kantons Waadt zum Thema: <https://youtu.be/fl8iS7HSGeo> [Zugriff: 10.12.2023].

³ <https://www.inselgruppe.ch/de/aktuell/details/news/spital-tiefenau-schliesst-per-15-dezember-2023> und <https://www.inselgruppe.ch/de/aktuell/details/news/spital-muensingen-schliesst-per-30-juni-2023> [Zugriff 10.12.2023].

⁴ ICD (*International Classification of Diseases and Related Health Problems*) ist das Kodierungssystem für medizinische Diagnosen. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/_node.html [Zugriff: 10.12.2023].

⁵ ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) wird fachübergreifend für die Beschreibung einer Situation von Behinderung verwendet. Mit der ICF werden die bio-psycho-sozialen Aspekte von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren systematisch erfasst.

https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/_node.html [Zugriff: 10.12.2023].

Alle diese schwerwiegenden Herausforderungen betreffen und belasten die Gesellschaft als Ganzes. Wie zeigen sie sich aus der Perspektive von Menschen mit Behinderungen? Wie kann der Zugang der Betroffenen zur Gesundheitsversorgung verbessert werden? Diesen Fragen gehen wir in diesem Artikel anhand des Zugangsmodells nach.

Ein multidimensionales Konzept von Zugang

Der Zugang ist ein zentraler Begriff sowohl für die Menschenrechte und die Gleichstellungspolitik als auch für die Gesundheitspolitik und die Versorgungsforschung (Brown, 2003; Carroll et al., 2022). Die hier verwendete Definition beruht auf dem Konzept über den Zugang zur Gesundheitsversorgung (*access to health*) der Mediziner Penchansky und Thomas (1981). Die beiden Mediziner definieren den Zugang als Grad der Passung zwischen der Klientel und dem System (*degree of fit between the clients and the system*). In diesem Sinne ist der Zugang weder ein Zustand noch eine Handlung, sondern das Ergebnis der Interaktion zwischen dem Individuum und der Umwelt.

Angesichts der ebenfalls relationalen Definitionen von Behinderung im BehiG (Art. 2., Abs. 1) und in der BRK (Art. 1, Abs. 2) lässt sich feststellen, dass die Begriffe *Behinderung* und *Zugang* Spiegelbilder sind. Beide entstehen aus der Interaktion Mensch-Umwelt und sind damit kontextabhängig.

Abbildung 1: Behinderung und Zugang als Ergebnisse der Interaktion Mensch-Umwelt



Penchansky und Thomas (1981) stellen den Zugang als ein allgemeines Konzept dar. Die folgenden fünf spezifischen, miteinander verknüpften Dimensionen beschreiben die Passung zwischen den Patient:innen und dem Gesundheitssystem: Verfügbarkeit (*Availability*), Zugänglichkeit (*Accessibility*), Anpassung (*Accommodation*), Erschwinglichkeit (*Affordability*) und Akzeptanz (*Acceptability*). Diese Dimensionen sind als die «5 A» bekannt (vgl. die englischen Bezeichnungen). Sie können verwendet werden, um sowohl eine Situation zu analysieren als auch um Massnahmen zu planen.

Die Bedeutung des Zugangs für die Verwirklichung von Menschenrechten wird auch in der nachfolgenden Definition ersichtlich. Den Begriff des Zugangs definieren wir als die

Wahlfreiheit eines Individuums in Bezug auf sein Verhalten in einer bestimmten Situation. Gemeint ist die Freiheit, auf die anderen zuzugehen, sich auf etwas einzulassen, zu kommunizieren, etwas aus der Situation zu machen. Dazu gehört das Recht auf Selbstbestimmung im Sinne einer Nicht-Einschränkung der Wahlmöglichkeiten aufgrund einer Behinderung. (UN, 2003, übersetzt in Meier-Popa, 2012, S. 174)

Der Zugangsbegriff hat dementsprechend eine zentrale Rolle in der Entwicklung der BRK gespielt (UN, 2003). Seine fünf Dimensionen sind sowohl in den Artikeln der BRK wiederzufinden als auch in den Dokumenten anlässlich der Prüfung, wie die BRK umgesetzt wird.

Stand der Umsetzung des Artikels 25

Das Thema Gesundheit in der Behindertenrechtskonvention

Im ratifizierten Text des Artikels 25, der sich mit Gesundheit befasst, wird die Bedeutung von hochwertigen Gesundheitsleistungen für Menschen mit Behinderung betont. Der Artikel fordert für die Betroffenen eine diskriminierungsfreie, flächendeckend zur Verfügung stehende und

«unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard» (BRK, Art. 25 lit. a) wie für Menschen ohne Behinderungen.

Die besondere Vulnerabilität vieler Betroffenen bedingt spezifische Massnahmen. Die Vertragsstaaten müssen Gesundheitsleistungen anbieten,

die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden, einschliesslich Früherkennung und Frühintervention sowie Leistungen, durch welche auch bei Kindern und älteren Menschen weitere Behinderungen möglichst geringgehalten oder vermieden werden sollen. (BRK, Art. 25 lit. b)

Der Text der BRK beschreibt einen Idealzustand. Um diesen zu erreichen, ist der Einsatz mehrerer Generationen erforderlich. Wie weit ist die Schweiz in der Umsetzung?

Das Staatenberichtsverfahren

Der Behindertenrechtsausschuss der UN prüft üblicherweise alle vier Jahre, welche Fortschritte die Vertragsstaaten bei der Erfüllung ihrer Verpflichtungen aus der BRK erzielt haben. Dieses sogenannte Staatenberichtsverfahren⁶ umfasst die Berichterstattung seitens der zuständigen Behörden sowie der Zivilgesellschaft und die Beantwortung von Rückfragen des Ausschusses. Es schliesst mit einer Anhörung und der Verabschiedung von Handlungsempfehlungen (*Concluding Observations*⁷) zu Händen des geprüften Staates.

Erste Prüfung: schlechte Note für die Schweiz

Die erste Prüfung der Umsetzung der BRK in der Schweiz wurde im April 2022 abgeschlossen. In seinen *Concluding Observations* (UN, 2022) äussert der UN-Behindertenrechtsausschuss Besorgnis bezüglich der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen. Er erwähnt unter anderem

die Hindernisse, mit denen Menschen mit Behinderungen beim Zugang zu einer geschlechtersensiblen, zugänglichen Gesundheitsversorgung konfrontiert sind, einschliesslich der Zugänglichkeit von primären und spezialisierten Gesundheitsdiensten, des Fehlens angemessener Vorkehrungen, der Vorurteile gegenüber Menschen mit Behinderungen in allen medizinischen Fachbereichen und der Gebührenbeschränkungen, die einen Ausgleich für zusätzliche behinderungsbedingte Ausgaben verhindern. (UN, 2022, S. 13, 49a)

Weiter bemängelt der Ausschuss «den Mangel an ausreichenden, gemeindenahen, zwangsfreien psychiatrischen Diensten und Hilfen und die Tatsache, dass 400 neue Plätze in psychiatrischen Einrichtungen geschaffen werden» (UN, 2022, S. 13, 49b).

Schliesslich kritisiert er

unzureichende Massnahmen zur Gewährleistung eines gleichberechtigten Zugangs zu qualitativ hochwertigen, altersgerechten sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdiensten und Sexualerziehung für alle Menschen mit Behinderungen, insbesondere für Frauen und Mädchen mit Behinderungen. (UN, 2022, S. 13, 49c)

Wir halten also fest: Der Ausschuss verortet weitverbreitete Barrieren sowohl in der Umwelt als auch bei den Einstellungen des medizinischen Fachpersonals gegenüber Menschen mit Behinderungen. Diese drei eher zufällig ausgewählten Beobachtungen zu Artikel 25 der BRK lassen schon erahnen,

⁶<https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/fachstellen/ebgb/recht/international0/uebereinkommen-der-uno-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinde/staatenbericht.html> [Zugriff: 10.12.2023].

⁷ Die Empfehlungen des Ausschusses werden unter den Namen *Concluding observations* auf Englisch (offizielle Sprache der UN) publiziert. In der deutschen Übersetzung heissen sie *Abschliessende Bemerkungen*.

dass noch viel Verbesserungspotenzial vorhanden ist bei der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz.

Der Schattenbericht von «Inclusion Handicap»

Eine fundierte und detailreiche Übersicht über den Stand der Umsetzung der BRK in der Schweiz liefert der Bericht der Zivilgesellschaft zu Händen des UN-Behindertenrechtsausschusses. Den Schattenbericht verfasste *Inclusion Handicap*, der politische Dachverband der Behindertenorganisationen.

Zu Artikel 25 hält der Schattenbericht unter anderem fest, dass die Aufgabenverteilung zwischen Bund und Kantonen eine diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen beeinträchtigt – trotz der interkantonalen Zusammenarbeit.

In der Schweiz verfügt **jeder Kanton** über ein eigenes Gesundheitsgesetz und stellt die Versorgung seiner Bevölkerung sicher. Der Zugang zu Leistungen wird über die bundesrechtlich geregelte obligatorische **Krankenpflegeversicherung (OKP)** sichergestellt. Sie deckt die meisten ärztlich angebotenen/verordneten Leistungen und Arzneimittel ab, für weitergehende Leistungen sind Zusatzversicherungen erforderlich. Der Bund regelt zudem die Aus-/Weiterbildung für Gesundheitspersonal und Aspekte der öffentlichen Gesundheit. (Hess-Klein & Scheibler, 2022, S. 81, Hervorhebungen im Original)

Die kantonalen Unterschiede bei den Leistungstarifen, die in der Regel «zwischen den Verbänden der Versicherer und Leistungserbringer vereinbart und behördlich genehmigt» (ebd.) werden, führen zu Benachteiligungen für Menschen mit Behinderungen. *Inclusion Handicap* belegt teilweise mit drastischen Beispielen, dass die Gesundheit von Menschen mit Behinderungen zum Teil deutlich schlechter ist als jene von Menschen ohne Behinderung (ebd., S. 82). Zu einem ähnlichen Befund kommt das *Bundesamt für Statistik* (BFS): Menschen mit Behinderungen geben öfter an, auf medizinische Behandlungen verzichtet zu haben, obwohl sie ihren allgemeinen Gesundheitszustand weniger gut einschätzen als Personen ohne Behinderung (BFS, 2023).

Bemängelt wird auch das Fehlen einer nationalen Strategie. Die «ungleichen Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderungen» (Hess Klein & Scheibler, 2022, S. 81) werden zwar in der Strategie «Gesundheit 2030» (ebd.) erwähnt. Das Dokument sieht aber bedauerlicherweise «keinerlei Massnahmen zur Reduktion struktureller Benachteiligungen vor» (ebd.).

Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung birgt ebenfalls Diskriminierungspotenzial für Menschen mit Behinderungen. Wichtige Leistungen für die Betroffenen werden nur von Zusatzversicherungen übernommen, nicht aber von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Es ist dringend notwendig, das Tarifsysteem anzupassen. Der «Mehraufwand, der sich bei einer gleichwertigen medizinischen Behandlung von Menschen mit Behinderungen häufig ergibt» (ebd., S. 84), sollte entsprechend berücksichtigt werden.

Eine Resolution mit zehn Forderungen

Diese Einschätzungen werden weiter gestützt durch die Resolution des *Vereins Bedürfnisgerechte medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung* (VBMB), die im Frühling 2022 publiziert wurde. Die Resolution umfasst zehn Forderungen an die Verwaltung und Politik für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung entlang der fünf Zugangsdimensionen (VBMB, 2022). Bei der Analyse dieser Situation und der Formulierung der Resolution mitgewirkt haben Menschen mit Behinderungen, Angehörige, Fachpersonen aus Institutionen und dem Sozialbereich, Ärzt:innen sowie Pflege- und Therapiepersonal.

Wir ziehen Bilanz: Es bleibt noch sehr viel zu tun. Gibt es schon gute Ansätze?

Good Practice-Beispiele

Führen wir uns alle diese Herausforderungen vor Augen: der eingeschränkte Zugang zur Gesundheitsversorgung, die Vorurteile oder der offensichtlich schlechtere Gesundheitszustand von Menschen mit Behinderungen im Vergleich zu Menschen ohne Behinderungen. Es könnte der Eindruck entstehen, die Schweiz habe in Bezug auf die Umsetzung des Artikels 25 noch kaum etwas erreicht. Dem ist trotz grosser Defizite glücklicherweise nicht so. Einige Gesundheitsdienstleistende und Organisationen von Menschen mit Behinderungen haben sinnvolle Ansätze entwickelt, wie die folgenden Beispiele zeigen:

- An den Universitätsspitalern des Kantons Genf existiert das *Programme handicap*. Menschen mit Behinderungen profitieren von einem vereinfachten Aufnahmeverfahren in der Notaufnahme und von einer Betreuung, die auf ihre individuellen, behinderungsbezogenen Bedürfnisse zugeschnitten ist.⁸
- Das Universitätsspital Basel hat seit 2016 eine Behindertenbeauftragte eingesetzt, die als Vermittlerin zwischen Patient:innen mit Behinderungen und dem Gesundheitspersonal fungiert. Das Ziel ist, eine der Behinderung angepasste Behandlung zu ermöglichen. Nebst der Einzelfallberatung werden auch strategische Massnahmen durchgeführt, wie zum Beispiel das spezielle Eintrittsformular für Menschen mit einer Behinderung.⁹
- Die ambulante Praxis *Handiconsult* in Carouge (GE) bietet spezialisierte, medizinische und zahnmedizinische Dienstleistungen für Menschen mit kognitiven Behinderungen an.¹⁰
- Die Informationsplattform *ZaZa Care* befasst sich mit dem Thema Zahnpflege und Gesundheitsvorsorge bei Kindern mit und ohne Behinderungen im Alter von zwei bis sieben Jahren. *ZaZa Care* unterstützt damit nicht nur Kinder und ihre Eltern, sondern auch das Gesundheits- und Betreuungspersonal.¹¹
- Wichtige Impulse gehen von den sogenannten «Registern» zu Multiple Sklerose¹² oder Cerebralparese¹³ aus. Die Register sammeln Forschungsdaten zu den Lebensumständen betroffener Patient:innen und deren Angehörigen. Zudem vernetzen sie schweizweit Kliniken. Dadurch unterstützen sie die medizinische Forschung und leisten wertvolle Öffentlichkeitsarbeit.

Verschiedene, teilweise interdisziplinäre beziehungsweise interkantonale Projekte zeigen den zunehmenden Stellenwert der Thematik Gesundheitsversorgung in der Schweiz – auch für Menschen mit Behinderungen. Aktuelle Beispiele dafür sind das Projekt *Inklusive Medizin*¹⁴, die *Interkantonale Spitalschulvereinbarung*¹⁵ und das Projekt *Frühinterventionen bei Autismus*¹⁶.

⁸ <https://www.hug.ch/programme-handicap> [Zugriff: 10.12.2023].

⁹ <https://www.unispital-basel.ch/zuweisende/services-zuweisende> [Zugriff: 10.12.2023], <https://doi.org/10.57161/z2024-01-03>.

¹⁰ <https://handiconsult.ch/> [Zugriff: 10.12.2023].

¹¹ <https://zaza.care/> [Zugriff: 10.12.2023].

¹² <https://www.multiplesklerose.ch/de/ms-im-kindesalter/forschung-projekte/register/> [Zugriff: 10.12.2023].

¹³ <https://www.swiss-cp-reg.ch/information/> [Zugriff: 10.12.2023].

¹⁴ <https://www.dialog-ethik.ch/medien/alle-downloads/projekt-inklusive-medizin/580-projektbericht-inklusive-medizin/file> [Zugriff: 10.12.2023].

¹⁵ <https://www.edk.ch/de/themen/bildungsfinanzierung/spitalschulen> [Zugriff: 10.12.2023].

¹⁶ https://www.szh.ch/de/weiteres/news?newsid=192909&newsrefid=33883&row=0&newsrefaddcoid=&nafrom=&nato=&n_stern= [Zugriff: 10.12.2023].

Auch der Schattenbericht erwähnt Good Practice-Beispiele in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen. Allerdings sind «spezialisierte und integrierte Angebote» (Klein-Hess & Scheibler, 2022, S. 84) nur «vereinzelt vorhanden» (ebd.), es fehle eine systematische Multiplizierung. Besorgniserregend bleiben die grossen Defizite des Gesundheitspersonals punkto «**behinderungsspezifischen** und (für Mehrfachbehinderungen) **fachbereichsübergreifenden** Kenntnissen. Auch Peer-Support ist noch nicht breit genug etabliert» (ebd., Hervorhebungen im Original).

Vor dem Hintergrund der umfassenden Bestandesaufnahme zum Stand der Umsetzung von Artikel 25 stellt sich nun die Frage: Wie geht es jetzt weiter?

Folgerung: So könnte die Situation verbessert werden

Die Empfehlungen des UN-Behindertenrechtsausschusses, die Vorschläge im Schattenbericht und die Forderungen des Vereins VBMB haben viele Gemeinsamkeiten. Sie stimmen mehrheitlich mit den fünf Dimensionen des Zugangs überein. Die Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen kann demnach verbessert werden durch:

- **geeignete Ressourcen (*Availability*):** Zu diesem Thema gehören unter anderem entsprechend ausgebildetes Personal sowie spezielle Diagnoseinstrumente und -methoden. Ebenfalls erforderlich sind Wissen und Erfahrungen bezüglich Behinderungen im Zusammenhang mit verschiedenen Krankheitsbildern, Multimorbidität (gleichzeitiges Auftreten von mehreren chronischen Krankheiten) sowie Massnahmen zur Barrierefreiheit.
- **eine diskriminierungsfreie Leistungsvergütung (*Affordability*):** Medizinische Leistungen für Menschen mit Behinderungen sind oft mit einem Mehraufwand verbunden und dadurch teuer. Hohe Kosten entstehen nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die Angehörigen, für medizinische Dienstleistende und Institutionen. Das Tarifsysteem muss dringend angepasst werden.
- **eine zugängliche Infrastruktur und eine adressat:innengerechte Kommunikation (*Accessibility*):** Dieser Bereich betrifft sowohl die öffentlichen als auch die privaten Dienstleistungen. Die Zugänglichkeit der Umwelt ist ein zentraler Grundsatz und zugleich ein Instrument zur Umsetzung, damit die Teilhabe aller Menschen möglich ist (BRK, Art. 3 lit. f und Art. 9).
- **die Bereitstellung (individueller) angemessener Vorkehrungen (*Accommodation*):** Damit gemeint ist die Anpassungsfähigkeit der medizinischen Leistungen an die individuellen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen (BRK, Art. 2).
- **der respektvolle und vorurteilsfreie Umgang mit Patient:innen mit Behinderungen (*Acceptability*):** Der Mediziner Brem (2015) plädiert für ein Umdenken und Abschiednehmen von Klischees, vor allem betreffend Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die anders kommunizieren oder sich anders als erwartet verhalten.

Der UN-Behindertenrechtsausschuss empfiehlt auch spezielle Massnahmen, die besonders vulnerable Personengruppen betreffen, wie zum Beispiel Menschen mit psychischen Erkrankungen, Frauen und Mädchen mit Behinderungen oder Menschen mit Behinderungen in Institutionen (UN, 2022, S. 13, 50e).

Wir hoffen, dass der Bund und die Kantone – mit der aktiven Partizipation von Menschen mit Behinderungen – koordinierte Massnahmen umsetzen werden, um die Gesundheitsversorgung zu

verbessern. Der nächste Staatenbericht der Schweiz wird unter anderem die Umsetzung der *Concluding observations* von 2022 zum Gegenstand haben.¹⁷ Er soll im Jahr 2028 vorliegen.

Literatur

Brem, F. (2015). Medizin und ihr Umgang mit Behinderung. Plädoyer für eine besondere Form des Mensch-Seins. In A. Paltzer, B. Liebster & H. Wyss (Hrsg.), *Danke, ich esse keine Suppe* (S. 87–105). Witschi Stephan.

Brotschi, M. (2023). «Wir werden Patienten mit leichteren Erkrankungen abweisen müssen» <https://www.tagesanzeiger.ch/wir-werden-patienten-mit-leichteren-erkrankungen-abweisen-muessen-249871984283> [Zugriff: 10.12.2023].

Brown, S. C. (2003). *Towards a human rights disability taxonomy*. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/contrib-scbrown.htm> [Zugriff: 10.12.2023].

Bundesamt für Statistik (BFS) (2023). *2021 war nahezu jede sechste Person mit einer Behinderung armutsgefährdet*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.29105463.html> [Zugriff: 10.12.2023].

Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Versicherungsrechtes (ATSG) vom 6. Oktober 2000, SR 830.1.

Bundesgesetz über die Beseitigung von Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen (Behindertengleichstellungsgesetz, BehiG) vom 13. Dezember 2002, SR 151.3.

Carroll, C., Sworn, K., Booth, A., Tsuchiya, A., Maden, M. & Rosenberg, M. (2022). Equity in healthcare access and service coverage for older people: a scoping review of the conceptual literature. *Integrated Healthcare Journal* 4 (1). <http://dx.doi.org/10.1136/ihj-2021-000092>

Hess-Klein, C. & Scheibler, E. (2022). *Aktualisierter Schattenbericht. Bericht der Zivilgesellschaft anlässlich des ersten Staatenberichtsverfahrens vor dem UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Editions Weblaws. [https://www.inclusion-handicap.ch/admin/data/files/asset/file_de/699/schattenbericht_de_mit-barrierefreiheit-\(1\).pdf?lm=1646212633](https://www.inclusion-handicap.ch/admin/data/files/asset/file_de/699/schattenbericht_de_mit-barrierefreiheit-(1).pdf?lm=1646212633)

Meier-Popa, O. (2012). *Studieren mit Behinderung. Theoriebildung und Praxis des Zugangs (Access) zum Hochschulstudium für Menschen mit Behinderung*. Lang.

Penchansky, R. & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care* 19 (2), 127–140. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7206846/>

Statista (2023). *Lebenserwartung bei der Geburt in der Schweiz nach Geschlecht von 2011 bis 2021*. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/18667/umfrage/lebenserwartung-in-der-schweiz/> [Zugriff: 10.12.2023].

Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention, BRK), vom 13. Dezember 2006, in Kraft für die Schweiz seit dem 15. Mai 2014, SR 0.109.

¹⁷ <https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/fachstellen/ebgb/recht/international0/uebereinkommen-der-uno-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinde/staatenbericht.htm> [Zugriff: 10.12.2023].

United Nations (UN) (2003). *Issues and emerging trends related to advancement of persons with disabilities*. https://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/a_ac265_2003_1e.htm [Zugriff: 10.12.2023].

United Nations (UN) (2022). *Abschliessende Bemerkungen zum Initialstaatenbericht der Schweiz*. https://www.edi.admin.ch/dam/edi/de/dokumente/gleichstellung/amtliches/crpd_abschliessende_bemerkungen_uebersetzungen.pdf.download.pdf/CRPD%20Abschliessende%20Bemerkungen%20%20zum%20Initialstaatenbericht%20der%20Schweiz.pdf

Verein bedürfnisgerechte medizinische Versorgung für Menschen mit Behinderung (VBMB) (2023). *Resolution: 10 Forderungen für eine angemessene Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen – jetzt!*
https://www.vbmb.ch/userfiles/downloads/dokumente/Resolution_D_final_V3a.pdf

Olga Meier-Popa ist Sonderpädagogin (Dr. phil.). Sie hat sich in verschiedenen Funktionen für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen eingesetzt. Seit 2016 ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin beim SZH/CSPS tätig und verantwortet mehrere Themenbereiche, u. a. Barrierefreiheit und Nachteilsausgleich.

Konrad Stokar ist Historiker (lic. phil.). Er lebt seit Geburt mit einer Cerebralparese und ist tätig als Co-Geschäftsleiter Kommunikation und Interessensvertretung bei der *Vereinigung Cerebral Schweiz* in Solothurn. Dabei handelt es sich um die Dachorganisation der Menschen mit einer Cerebralparese.