

## **Hausarbeit im Rahmen der 23. Peer Counseling Weiterbildung von Februar bis November 2022**

### **Thema:**

**Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen beim Zugang ins allgemeine Gesundheitssystem – Erfahrungsbericht einer Rollstuhlfahrerin bei der Inanspruchnahme einer onkologischen Rehabilitationsmaßnahme**

Vorgelegt von: Nicole Romanus am 18.10.2022

### **Ziel und Inhalt der Hausarbeit**

In dieser Hausarbeit möchte ich von meinen Erfahrungen im Vorfeld und in der Durchführung meiner medizinischen onkologischen Rehabilitationsmaßnahme in einer Rehaklinik an der Ostseeküste im Frühjahr/ Sommer 2022 berichten. Außerdem möchte ich Erfahrungen aus meiner Tätigkeit als Peer-Beraterin in der EUTB mit euch teilen, die widerspiegeln, wie behinderte oder chronisch kranke Menschen in ihrem Zugang zu regulären Leistungen des allgemeinen Gesundheitssystems ausgeschlossen und damit diskriminiert werden. Als meine Kollegin in der EUTB und ich uns zu dieser Thematik Gedanken machten, fielen uns spontan zahlreiche Fallgeschichten mit diesem Hintergrund ein. Es gibt hier also offenbar ein strukturelles Problem und meine Erfahrungen können von daher kein Einzelfall sein. Von daher möchte ich diese Thematik aufgreifen, sie einem größeren Publikum bekannt machen und dadurch zur Bewusstseinsbildung für die gesundheitlichen Belange von Menschen mit Behinderungen beitragen.

## **Zu meiner Vorgeschichte**

Ich lebe seit 2009 mit einer fortschreitenden unklaren Myopathie und bin dadurch für alle Wege, die länger als 30 Meter sind, auf den Rollstuhl angewiesen. Dazu habe ich chronische Muskelschmerzen im gesamten Körper, meine Rumpfstabilität hat in den letzten beiden Jahren sehr nachgelassen und ich habe schmerzhafte Spastiken in den Beinen. Im Sommer 2020 wurde ein Schilddrüsenkarzinom diagnostiziert und durch operative Entfernung der Schilddrüse und Hals-Lymphknoten und anschließende Radiojodtherapie behandelt. In Folge der OP hatte ich eine circa vier Monate andauernde Unterfunktion, was sich durch noch weniger Muskelkraft und mangelnden Antrieb sehr negativ auf meine ohnehin schon schwache Muskulatur auswirkte. In kurzer Zeit nahm meine Selbstständigkeit ab und ich bekam Pflegegrad 3 zuerkannt.

Durch Dosissteigerung des Schilddrüsenhormons L-Thyroxins bin ich aber dann Anfang 2021 in eine massive Überfunktion geraten mit Symptomen, die meine Lebensqualität bis heute stark beeinträchtigen, wie Herzrasen, Schlafstörungen, Unruhe, Unkonzentriertheit, kognitive Defizite, Gedächtnislücken, Depression, unfreiwillige Gewichtsabnahme und viel zu hoher Blutdruck. Dazu kam die massive psychische Belastung durch die Krebsdiagnose an sich, ich war da erst 46 Jahre alt und unsere zwei jüngsten Kinder lebten noch zu Hause. Eigentlich wollte ich im Sommer 2020 mein Studium der Sozialen Arbeit abschließen, war mitten in meiner Bachelorarbeit – diese ist bis heute nicht fertig geschrieben, weil ich einfach nicht wieder zu meiner alten Form zurückfinde, sondern die obengenannten Symptome der Überfunktion weiterhin bestehen, obwohl ich inzwischen die L-Thyroxin-Dosis deutlich reduzieren konnte.

## **Beantragung einer onkologischen Reha**

Auf Grund dieser andauernden Symptome, die meine Lebensqualität und vor allem auch meine Arbeitsfähigkeit stark beeinträchtigen, wollte ich eine onkologische Reha machen, die ich im Sommer 2021 beantragte und auch von der Deutschen Rentenversicherung rasch genehmigt bekam. Außerdem war die Zeit seit Sommer 2020 von zahlreichen Kämpfen um eine gute medizinische Behandlung, um nötige Hilfsmittel und vieles andere mehr geprägt, ich war daher am Ende meiner Kraft und mein Stresslevel entsprechend hoch. Von einer Reha habe ich mir Entspannung und Runterkommen versprochen, neben intensiver Behandlung meiner Krebsfolgen. Im November 2021 bekam ich von der Rehaklinik einen Starttermin für Ende Juni 2022 mitgeteilt. So

weit, so gut. Anfang Mai 2022 schickte ich den ausgefüllten Patientenfragebogen an die Klinik und nahm telefonisch Kontakt auf, um noch einige Fragen wegen meines Unterstützungsbedarfs zu klären. Ab da begann es, kompliziert zu werden.

## **Nicht rehafähig??**

Plötzlich hieß es aus dem Chefarztsekretariat: „Wir nehmen keine Menschen mit Pflegegrad auf.“ Und ich bekam einen Stempel als „nicht rehafähig“ aufgedrückt. Ich war zunächst sprachlos, dann wollte ich die Chefärztin sprechen, die ja anscheinend dieses Urteil auf Grundlage meines Fragebogens und/oder meiner telefonischen Nachfrage über mich gefällt hatte. Da ich seit März 2021 bereits wieder in Teilzeit meiner Arbeit als Teilhabeberaterin in der EUTB nachgehe, also arbeitsfähig bin, bin ich logischerweise auch leistungs- und rehafähig. Natürlich lebe ich mit engeren körperlichen Grenzen durch die Folgen und Wechselwirkungen der beiden Erkrankungen. Mein seit einem halben Jahr feststehender Rehaterrmin, auf den ich lange gewartet und auf den ich mich in Sachen Arbeits- und Urlaubsplanung eingestellt hatte, sollte nun plötzlich gecancelt werden. Meine Hausärztin setzte sich sofort für mich ein und bescheinigte mir in einem Attest, dass ich reha- und leistungsfähig bin und dass die lang geplante Reha endlich stattfinden müsse. Außerdem stellte sie dar, dass eine Begleitperson für mich meinen Unterstützungsbedarf decken würde, wenn die Personalsituation der Klinik so sei, dass ich die nötige Unterstützung bei der Körperpflege von dort nicht bekommen könne. Diese unklare Situation zog sich über eine Woche lang hin und hat mich seelisch stark belastet, bis es endlich zu einer direkten telefonischen Kommunikation mit der Chefärztin kam. Dieses Gespräch hätte ich mir gewünscht, **bevor** Urteile über meine Fähigkeiten und Leistungsfähigkeit gefällt wurden, die vermutlich stark von unbewussten Vorurteilen und Stereotypen über Rollstuhlnutzer\*innen bzw. Menschen mit Pflegegrad beeinflusst sind. Die Erfahrung, dass mir einfach der Zugang zu einer onkologischen Reha auf Grund meiner Behinderung (obwohl die Klinik baulich barrierefrei ist und man ein Recht auf eine onkologische Reha hat) verwehrt werden soll, ist diskriminierend, ebenso die Aussage, „dass Menschen mit Pflegegrad hier keine Aufnahme finden“. Ich dachte, dass ich doch nicht die einzige Rollifahrerin mit einer zusätzlichen Krebserkrankung sein könne, die ihr Recht auf eine onkologische Reha wahrnehmen will, bei circa 1,5 Millionen Rollinutzer\*innen in Deutschland.

## **Barrierefreie Rehakliniken?**

Wobei es im Vorfeld schon schwierig genug war, überhaupt eine barrierefreie onkologische Rehaklinik ausfindig zu machen, die ein Schilddrüsenkarzinom behandelt, denn diese Erkrankung ist relativ selten. Da ich als Rollifahrerin gerne an die Küste wollte wegen der ebenen Landschaft und meistens guten barrierefreien Infrastruktur in Kurorten am Meer, fand ich letztlich nur drei in Frage kommende Kliniken. Davon gaben mir aber zwei die telefonische Auskunft, dass sie keine Rollstuhlnutzer\*innen aufnehmen können, weil sie nicht barrierefrei sind. Also hatte ich in dem Sinne auch keine freie Wahl einer geeigneten Rehaklinik, sondern konnte nur die eine bestehende barrierefreie Klinik für meine Reha ansteuern. Auch diese Tatsache, nämlich dass überhaupt noch nicht barrierefreie Rehakliniken im Jahr 2022 existieren, ist als strukturelle Diskriminierung gegenüber mobilitätseingeschränkten Menschen zu werten.

Dann folgte für mich unter Zeitdruck, inzwischen war es Mitte Mai 2022 und eigentlich war mein Rehastrart für Ende Juni geplant, eine stressige Suche nach Begleitpersonen, die Beantragung der Kostenübernahme für die Begleitung bei der Rentenversicherung und noch viele Telefonate mit der Klinik, um den Termin noch um zwei Wochen nach hinten zu schieben, weil ich für Ende Juni einfach keine Begleitung finden konnte.

## **Der Reha-Verlauf**

Endlich konnte die Reha am 12.7.22 starten. Das Aufnahmegespräch war zeitlich sehr kurz und inhaltlich oberflächlich, deshalb der Assistenzarzt wahrscheinlich auch mein Anliegen und meine Ziele für die Reha nicht verstand, nämlich dass nicht die Muskelerkrankung mein eigentliches Problem ist, sondern dass es mir körperlich und seelisch erst in der Kombination mit den Folgen des Schilddrüsenkarzinoms schlecht ging und geht. Mit den Folgen der Muskelerkrankung alleine hatte ich ja bereits viele Jahre gelebt und meinen Alltag selbstbestimmt gestalten können. Erst die Krebsdiagnose und die Folgen vom Leben ohne Schilddrüse brachten „das Fass zum Überlaufen“.

## **Die erste Woche**

Die erste Reha-Woche war davon geprägt, dass ich um die für mich lebenswichtige Einzelphysiotherapie und Lymphdrainage der Beine kämpfen musste. Im Aufnahmegespräch hieß es, dass ich Physiotherapie ja nicht bräuchte, weil ich direkt von der Krebs-OP her ja keine körperlichen Einschränkungen hätte. Ich musste dann sehr darum kämpfen, denn ich merke bereits starke Folgen (höheres Schmerzlevel und mehr

Einschränkungen beim Laufen und Stehen), wenn nur mal eine Woche lang die Physiotherapie ausfällt. Drei Wochen ohne notwendige Therapie hätten meinen Körper nachhaltig geschädigt, was ich in mehreren Arztgesprächen mit recht drastischen Worten schildern musste. Die nötigen Diskussionen senkten meinen Stresspegel natürlich nicht.

Von der Teilnahme an einer Walkinggruppe, an der ich im Rollstuhl oder mit meinem elektrischen Liegedreirad hätte teilnehmen wollen, wurde ich ausgeschlossen. Für mich wäre es wichtig gewesen, nicht allein wegen der Bewegung, sondern um locker Kontakte zu Mit-Patient\*innen knüpfen zu können (was für mich schwierig war, weil ich ja offensichtlich in Begleitung war und Rollifahrer\*innen auf Grund weitverbreiteter Unsicherheiten eher nicht angesprochen werden). Mir wurden keine sachlichen Gründe genannt, warum eine Teilnahme für mich nicht möglich sein soll. Nach Auskunft der Physiotherapeutinnen wäre der Weg in jedem Fall mit dem Rolli oder Dreirad zu befahren. In einem Gespräch mit der Chefärztin in der zweiten Reha-Woche wurde mein Rollstuhl als gefährlich und als Unfallgefahr für die anderen Teilnehmenden dargestellt und mit der Nutzung von Nordic-Walking-Stöcken verglichen (die in der Walkinggruppe verboten sind, was ebenfalls eine Diskriminierung gegenüber mobilitätseingeschränkten Menschen darstellt). Ein Rollstuhl ersetzt aber nur meine schwachen Muskeln und gleicht meine stark eingeschränkte Gehfähigkeit aus und hat absolut nichts mit Nordic-Walking-Stöcken zu tun! Auch in dieser Situation scheinen einstellungsbedingte Barrieren dominiert zu haben.

## **Die zweite Woche**

Die zweite Reha-Woche war davon geprägt, dass die Chefärztin den Impfstatus meiner Freundin, die ab 24.7. meine erste Begleitperson ablösen sollte, diskutierte. Begleitpersonen mussten mit dem Status „vollständig geimpft“ und mit einem negativen PCR-Test anreisen. Meine Freundin ist zweifach geimpft und Ende Mai 22 von einer Corona-Infektion genesen. Meine Recherche hat mir in drei Minuten die Antwort des Bundesgesundheitsministeriums geliefert, dass sie mit diesen Bedingungen als vollständig geimpft gilt. Für diese Erkenntnis hat sich die Chefärztin von Montagmorgen bis Freitagvormittag Zeit gelassen, was auf meinen Stresslevel eine ordentliche Schippe drauflegte. Ergebnis war, dass meine bestehenden Schlafstörungen sich nochmals verschlechterten.

Gleichzeitig versuchte ich im Hintergrund, noch sehr kurzfristig eine andere Begleitperson ausfindig zu machen, falls meiner Freundin doch die Anreise von Seiten der Chefärztin her in letzter Minute verboten worden wäre. Ohne Begleitperson hätte ich die Reha abbrechen müssen und wäre zur Heimreise gezwungen worden nach Auskunft der Chefärztin. Meine in der ersten Reha-Woche gewonnene Erfahrung, dass ich auf Grund der baulichen Barrierefreiheit und der Einrichtung und Ausstattung des Zimmers und des Bads auch völlig selbstständig ohne Begleitperson klarkommen würde, wurde mir abgesprochen. Wieder wurde ein Urteil über meine Fähigkeiten gefällt, das nicht mit meiner Realität und meinem Können übereinstimmt, sondern von nicht kommunizierten, wahrscheinlich gar nicht bewussten Vorannahmen über meinen Unterstützungsbedarf ausging.

Die Rehazielen, die für mich zunächst auf dem Therapieplan standen, waren überhaupt nicht an den Problemen orientiert, die ich im Vorfeld der Reha im Fragebogen notiert und im Aufnahmegespräch angesprochen hatte. Stattdessen tauchte (das auf Grund meiner Muskelerkrankung gar nicht zu realisierende Ziel) von „10 % Leistungssteigerung beim Ergometertraining“ auf. In der zweiten Woche konnte ich dann noch erreichen, dass meine eigentlichen Ziele (Besserung der Schlafstörung, kognitive Defizite und Konzentration bessern und Stresslevel runterkriegen) auf dem Therapieplan erschienen. Leider konnte ich dann nicht mehr erleben, dass diese Ziele wirklich angegangen wurden, denn eine zeitliche Verlängerung der Rehamaßnahme lehnte die Chefärztin ab, obwohl sehr viele Patient\*innen, mit denen ich dann doch noch in Kontakt kam, eine Verlängerung der Reha bereits im Aufnahmegespräch angeboten bekommen. Hier fand also ebenfalls eine Ungleichbehandlung statt.

### **Die dritte Woche**

In der dritten Reha-Woche lief dann vieles sehr gut, ich konnte an verschiedenen Bewegungs- und Gesprächsgruppen teilnehmen und habe ausgiebig täglich das Schwimmbad für mich nutzen können. Mit den Physiotherapeutinnen konnte ich neue Übungen für Beine und Rücken erarbeiten und wurde ansonsten nicht auf meine Behinderung reduziert, das waren wirklich gute Erfahrungen. Wenn es mit diesem Programm noch ein oder zwei Wochen in gleicher Weise weitergegangen wäre, wäre ich sicherlich meinen Zielen nähergekommen. So bin ich nach drei Wochen „anbehandelt“ und durch den hausgemachten Stress durch Diskriminierungserfahrungen im Vorfeld

und in den ersten beiden Wochen mit höherem Stresslevel als vorher nach Hause gefahren.

## **Zum Schwimmbad in der Klinik**

Hier werden ebenfalls Menschen mit Mobilitätseinschränkungen systematisch von einer gleichberechtigten Teilhabe an einer Therapieform ausgeschlossen, von der sie eigentlich sehr profitieren könnten. Aus „hygienischen Gründen“ war das Befahren des Bads mit dem eigenen Rolli verboten, was ich so als erste Auskunft völlig nachvollziehen kann. Dann frage ich mich aber, warum gibt es dort vor Ort keine Hilfsmittel wie einen Duschrolli bzw. einen Rollator, die nur im Bad genutzt werden und die desinfizierbar sind? So könnten wirklich alle Patient\*innen von der therapeutisch wirksamen Bewegung im warmen Wasser profitieren! Zur Hygiene im Schwimmbad: Ich nutzte das Bad tatsächlich jeden einzelnen Rehatag, habe mich aber gefragt, wie oft es eigentlich gründlich gereinigt wird, denn in der Ablaufrinne lag über eine Woche lang ein altes Pflaster, was ich dann entsorgt habe. Außerdem sind die Treppengeländer ins Becken untenherum verrostet und die Fliesen und Fugen sehen ziemlich pflegebedürftig aus. Nachdem ich diese Hygienedefizite im Bad gesehen hatte, empfinde ich das „Hygieneargument“ gegen eine Rollinutzung im Bad einfach nur noch als vorgeschoben.

## **Versuch, meine Erfahrungen mit dem Qualitätsmanagement der Klinik zu teilen**

Anfang September 2022 schrieb ich meine Reha-Erfahrungen nieder und schickte sie ans Qualitätsmanagement der Klinik. Eine Antwort habe ich bis heute nicht erhalten. Nach deren Philosophie soll „der Mensch im Mittelpunkt stehen“. Leider spiegeln meine Erfahrungen das ganz und gar nicht wider, denn scheinbar war es nicht von vorneherein möglich, meinen Bedarf als Mensch mit Behinderung, der eben zwei schwerwiegende, dazu recht seltene und sich wechselseitig negativ beeinflussende Erkrankungen im Gepäck hat, als ganze Person zu sehen. Gespräche mit anderen, ähnlich von zwei oder mehreren Erkrankungen/Behinderungen betroffenen Patient\*innen zeigten, dass sie meine Erfahrungen genauso oder ähnlich machen mussten, ich bin also kein Einzelfall. Eine individuelle Behandlung fand erst durch großen Energieeinsatz und darum Kämpfen-Müssen meinerseits ab der dritten Reha-Woche statt. Eigentlich hatte ich gehofft, dass ich in der Reha endlich mal „meine Ritterrüstung

ablegen könne“, die ich mir in den vergangenen zwei Jahren zwangsläufig zulegen musste, um meine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erkämpfen.

## **Strukturelle und einstellungsbedingte Barrieren**

Ungleichbehandlung von Menschen mit Behinderungen im Zugang zum allgemeinen Gesundheitssystem ist in Deutschland ein strukturelles Problem, z.B. sind nur ein Drittel aller Arztpraxen mit dem Rollstuhl oder Rollator überhaupt zugänglich. Bei der Suche nach einer Rehaklinik am Meer, die sich mit Schilddrüsenkarzinom auskennt, machte ich genau diese Erfahrung, dass mir von zwei Kliniken gemeldet wurde, dass sie nicht barrierefrei sind. Wie kann eine Rehaklinik im Jahr 2022 nicht barrierefrei sein?? Das ist strukturelle Diskriminierung gegenüber mobilitätseingeschränkten Menschen! Dazu kommen die weitverbreiteten „Barrieren im Kopf“, Vorurteile und stereotype Denkweisen über die angeblichen (Un-)Fähigkeiten von Menschen mit Behinderung herrschen, häufig ganz unbewusst, immer noch in vielen Köpfen und üben damit eine diskriminierende Wirkung aus.

## **Umsetzung von Artikel 25 der UN-BRK**

Nach der UN-Behindertenrechtskonvention Artikel 25, die in Deutschland immerhin seit 13 Jahren geltendes Recht ist, haben die Vertragsstaaten den Auftrag „alle geeigneten Maßnahmen zu treffen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu gender-sensiblen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation haben“. Dabei sollen „Menschen mit Behinderungen das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung genießen“. Leider sind wir gesellschaftlich, rechtlich und politisch noch nicht an dem Punkt, an dem dieses Menschenrecht tatsächlich umgesetzt wird. Es gibt kein Gesetz, das die räumliche Barrierefreiheit für alle Einrichtungen im Sozial- und Gesundheitswesen zwingend vorschreibt (von der Privatwirtschaft mal ganz abgesehen), so dass mobilitätseingeschränkte Menschen (von denen es auf Grund des demografischen Wandels in Zukunft immer mehr geben wird) keine freie Arzt/Ärztinnen- und Therapeut\*innenwahl haben, sondern auf die wenigen Praxen angewiesen sind, die für sie überhaupt zugänglich sind. Besonders kritisch ist die psychotherapeutische Versorgung von mobilitätseingeschränkten Menschen, hier sind noch weniger als ein Drittel der Praxen barrierefrei zugänglich. Nach Auskunft einer Person in meiner PCW-Gruppe, werden Menschen mit fortschreitenden, eventuell lebenszeitverkürzenden



Erkrankungen von der Teilhabe an psychotherapeutischer Behandlung ausgeschlossen, weil sich Therapeut\*innen der Thematik nicht gewachsen fühlen.

## **Besonders benachteiligte Menschen mit Behinderungen**

In unserer täglichen Beratungspraxis in der EUTB berichten Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen von wiederholten Diskriminierungserfahrungen und einem erschwerten bis verunmöglichten Zugang zu Angeboten des Gesundheitssystems – Angebote, die Menschen ohne Behinderung vollkommen problemlos nutzen können, wie z.B. eine RehaMaßnahme nach einer Krebserkrankung, eine Mutter/Vater-Kind-Kur oder eine schmerztherapeutische Versorgung. Besonders benachteiligt werden hier Menschen mit Mehrfachbehinderungen, mit Autismus-Spektrum- Störungen, mit Lernschwierigkeiten oder auch intensivpflegepflichtige Kinder und Jugendliche. Konkrete Beispiele dafür sind:

- Eltern von jungen Erwachsenen mit Autismus-Spektrum-Störung, die in besonderen Wohnformen leben, berichten uns von nicht adäquater medizinischer Betreuung und Behandlung von auftretenden Schmerzzuständen wie Zahnschmerzen oder Migräne. Das durch Schmerzen ausgelöste, z.T. (auto-)aggressive Verhalten wird hier nicht als Kommunikation von Schmerzen gedeutet, verstanden und entsprechend behandelt, sondern als Verhaltensproblematik interpretiert
- Eltern von intensivpflegepflichtigen Kindern kündigt der einzige in der Gegend verfügbare Kinderpflegedienst und sie stehen plötzlich allein da mit der 24-Stunden-Pflege ihres Kindes
- Hochspezialisierte stationäre Fachpflegeeinrichtungen für mehrfachbehinderte, intensivpflegebedürftige Kinder und Jugendliche werden aus finanziellen Gründen geschlossen
- Medizinische Informationen liegen nicht in einfacher oder leichter Sprache vor, was für viele Menschen auch abseits des Vorliegens einer Behinderung, eine sprachliche Zugangsbarriere darstellt
- Aufklärungsbögen vor operativen Eingriffen und medizinische Informationen liegen oft nicht in digitaler Form vor, so dass Menschen mit starken Sehbeeinträchtigungen oder Blindheit diese nicht selbstständig nutzen können
- Komplexe gesundheitliche Problemlagen bei gleichzeitigem Vorliegen von mehreren chronischen Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit und/oder

Behinderungen finden keine Berücksichtigung bei Planung und Inanspruchnahme einer medizinischen RehaMaßnahme, stattdessen werden Betroffene als „nicht rehafähig“ ausgeschlossen

- Menschen, die in besonderen Wohnformen leben, haben häufig keinen regelmäßigen und bedarfsgerechten Zugang zu fachärztlicher und (physio-) therapeutischer Versorgung, weil das Personal, z.T. auch die Fahrzeuge fehlen, um eine individuell angemessene medizinische Versorgung zu gewährleisten.

### **Zusammenhang zur Peer-Beratung**

Das sind nur einige Fallbeispiele aus der Beratungspraxis der Peer Beratung in unserer EUTB. Häufig fehlt außerdem eine angemessene multimodale schmerztherapeutische und regelmäßige physiotherapeutische Versorgung bei Menschen mit chronischen Schmerzen, dabei ist mindestens jeder fünfte Ratsuchende nach unserer Beratungsstatistik von dauernden oder wiederkehrenden Schmerzen betroffen, die Dunkelziffer ist sicherlich noch höher. Ich halte es für sehr wichtig, die Ratsuchenden in der Hinsicht zu ermutigen, dass sie über die für sie jeweils nötigen und hilfreichen medizinischen Behandlungen, Therapien und Hilfsmittel gut informiert werden, damit sie ihr Menschenrecht auf „das höchstmögliche Maß an Gesundheit“ tatsächlich auch wahrnehmen und durchsetzen können.

Wenn meine Hausarbeit dazu beiträgt, hier konkrete Verbesserungen für einzelne Ratsuchende und mehr Bewusstsein unter uns Peer-Berater\*innen zu erreichen, dann haben meine Diskriminierungserfahrungen während der diesjährigen Reha wenigstens im Nachhinein einen Sinn.