

# Handlungsfeld I: Barrierefreie und inklusive Gesundheitsversorgung

## I.1. Barrierefreie Arztpraxen

### Ziele:

*Detaillierte Anforderungen an ein umfassend barrierefreies Gesundheitssystem erarbeiten und als Kriterium für das Eröffnen und Betreiben von Arztpraxen festschreiben.*

### Maßnahmen:

- Erarbeitung der Anforderungen mit den betroffenen Verbänden
- Grundlage sollten die Kriterien sein, die im Zuge der notwendigen Überarbeitung der Richtlinie nach § 75 Abs. 7 SGB V zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem DBR in 2022 und 2023 verhandelt und vereinbart wurden.
- Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) sollte so geändert werden, dass die Zulassungsausschüsse vorrangig barrierefreie Praxen zulassen.
- Mindestens in überversorgten Gebieten im Sinne des § 103 Abs. 4 SGB V sollten Kassensitze nur mit barrierefreien Praxen neubesetzt werden dürfen.
- Grundsätzlich sollte eine Frist gesetzt werden, bis zu dem Zeitpunkt alle Arztpraxen barrierefrei sind.
- Fördermittel des Bundes sollten bei der Erfüllung dieser Pflicht herangezogen werden können (insbesondere in unterversorgten Gebieten)

### Umsetzungsform:

- Fachgruppe zur Erarbeitung der Kriterien
- Berücksichtigung der entsprechenden DIN-Normen
- Änderung der Verordnung
- Änderung der Zulassungspraxis

### Status:

Vorarbeit durch die Kriterienliste getan

### Zeitraumen:

Diese Legislaturperiode

### Ziele:

*Auskunftssystem zur Barrierefreiheit von Arztpraxen flächendeckend umsetzen.*

### Maßnahmen:

Neben der Klarstellung sollte ermöglicht werden, bzw. Unsicherheiten ausgeräumt werden, ob Mittel des Strukturfonds zur Förderung der Barrierefreiheit verwendet werden dürfen. Zusätzlich sollte vorgeschrieben werden, dass die KVen einen festzulegenden Prozentsatz des Fördervolumens aus dem Strukturfonds für die Förderung von Barrierefreiheit in Arztpraxen aufwenden muss. Damit dies wirksam wird, sollte das Fördervolumen des Strukturfonds erheblich erhöht und durch spezifische Förderungen zur Schaffung von mehr Barrierefreiheit ergänzt werden.

- Es muss ein verlässliches und detailliertes Auskunftssystem zur Barrierefreiheit aller Arztpraxen deutschlandweit geben.

- Die Kriterien, die im Zuge der Überarbeitung der Richtlinie nach § 75 Abs. 7 SGB V zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem DBR in 2022 und 2023 verhandelt und vereinbart wurden sollen maßgeblich sein.
- Alle Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind für die niedergelassenen Ärzte in der Pflicht, dieses Auskunftssystem umzusetzen.

#### Umsetzungsform:

Vorschrift des § 105 Abs. 1a Satz 3 SGB V um eine Nummer 9 „Förderung der Barrierefreiheit“ zu ergänzen.

#### Status:

Unbearbeitet

#### Zeitraumen:

Diese Legislaturperiode

#### Ziel:

*Klarstellung, dass die Schaffung gleichberechtigter Zugangsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung zum Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung (KVen) gehört.*

#### Maßnahmen:

Neben der Klarstellung sollte ermöglicht werden, bzw. Unsicherheiten ausgeräumt werden, ob Mittel des Strukturfonds zur

Förderung der Barrierefreiheit verwendet werden dürfen. Zusätzlich sollte vorgeschrieben werden, dass die KVen einen festzulegenden Prozentsatz des Fördervolumens aus dem Strukturfonds für die Förderung von Barrierefreiheit in Arztpraxen aufwenden muss. Damit dies wirksam wird, sollte das Fördervolumen des Strukturfonds erheblich erhöht und durch spezifische Förderungen zur Schaffung von mehr Barrierefreiheit ergänzt werden.

#### Umsetzungsform:

Vorschrift des § 105 Abs. 1a Satz 3 SGB V um eine Nummer 9 „Förderung der Barrierefreiheit“ zu ergänzen.

#### Status:

Unbearbeitet

#### Zeitraumen:

Diese Legislaturperiode

#### Ziel:

*Menschen mit Behinderungen werden häufig nicht oder nicht adäquat behandelt, da hierzu die Behandlungszeiten zu kurz sind. Komplexere Diagnosen, mögliche Wechselwirkungen und herausfordernde Kommunikation können Gründe sein. Deswegen sollten Vergütungsanreize für die Behandlung von Menschen mit Behinderung geschaffen werden.*

#### Maßnahmen:

Die Selbstverwaltungspartner sind gemäß § 87 Abs. 2b bzw. 2c SGB V verpflichtet, im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen vorzusehen, dass Zuschläge zur Grundpauschale gezahlt werden, wenn Haus- bzw.

Fachärzt\*innen die Behandlung in einem bestimmten Zeitraum nach Vermittlung des Termins durch die Terminservicestellen beginnen. Ähnliches muss für die Behandlung von Menschen mit Behinderung vorgesehen werden.

**Umsetzungsform:**

Ergänzung von § 87 Abs. 2b bzw. 2c SGB V.

**Status:**

Unbearbeitet

**Zeitraumen:**

Diese Legislaturperiode

**Ziel:**

*Ausbildung und Qualifizierung des Personals im Umgang und Kommunikation mit Menschen mit Behinderung*

**Maßnahmen:**

Das Personal in Arztpraxen muss im Umgang mit Menschen mit Behinderungen geschult sein.

- Hierzu braucht es eine Aufnahme entsprechender Module in die Curricula der Studien- und Ausbildungsgänge.
- Verpflichtende Fort- und Weiterbildungen müssen das bestehende Personal im Umgang mit Menschen mit Behinderungen schulen.

Die Verwendung von Leichter Sprache und Gebärdensprache in Arztpraxen muss ermöglicht werden. Unter Umständen müssen Verträge mit Anbietern digitaler Übersetzungsdienstleistungen geschlossen werden.

**Umsetzungsform:**

Aufnahme des Themas in Gespräche mit der Kultusministerkonferenz und Erarbeitung von Mustern landesrechtlicher Rechtsvorschriften sowie entsprechender Curricula und Modulbeschreibungen durch das BMG in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Menschen mit Behinderungen.

**Status:**

Unbearbeitet

**Zeitraumen:**

Schnellstmöglicher Beginn

## **I. 2. Barrierefreie Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen**

**Ziel:**

*Informationslage zur Barrierefreiheit in deutschen Krankenhäusern verbessern.*

**Maßnahmen:**

Evaluierung und Publikation der Evaluation in aufbereiteter Form über den Stand der Barrierefreiheit in Krankenhäusern in Deutschland.

Derzeit entstehen vereinzelt spezialisierte Angebote im stationären Bereich zur Unterstützung der stationären Regelversorgung für Personen mit besonders komplexen

Gesundheitsstörungen bzw. schwerer kognitiver und/oder körperlicher Mehrfachbehinderung. In diesen spezialisierten Angeboten arbeiten Ärzt\*innen, Pflegende und therapeutische Fachkräfte mit entsprechender Erfahrung und Kompetenz in der Diagnostik, Behandlung und Pflege dieses Personenkreises. Diese neuen Strukturen sollen evaluiert werden, um zu klären, ob sie eine bessere Gesundheitsversorgung ermöglichen. In parallelen Modellversuchen soll erprobt und evaluiert werden, ob und wie die Hinzuziehung von Spezialist\*innen für die jeweiligen Grunderkrankungen im Einzelfall funktioniert. Auf Basis dieser Erkenntnisse sollten Maßnahmen ergriffen werden, um entsprechende Angebote weiter zu etablieren

#### Umsetzungsform:

- Auftrag zur Erarbeitung eines Kriterienkatalogs unter Einbezug der Verbände von Menschen mit Behinderungen
- Vergabe der Evaluation

#### Status:

Unbearbeitet

#### Zeitraumen:

Unmittelbarer Start und dann mittelfristige Umsetzung

#### Ziel:

*Ausweitung der Regelungen zur Mitnahme einer Begleitperson.*

#### Maßnahmen:

Der Anspruch aus § 44b SGB V darf nicht auf Fälle der Mitaufnahme der Begleitperson oder der ganztägigen Begleitung beschränkt werden, sondern muss auch für eine Begleitung von weniger Stunden gelten, wenn diese nicht

mit den Arbeitszeiten vereinbar ist. Die Beschränkung der Regelung des § 44b SGB V auf die Begleitung von Menschen, die Eingliederungshilfe beziehen, ist zu streichen, da sie Personen mit hohem Unterstützungs- und damit Begleitungsbedarf, die keine Eingliederungshilfe beziehen, unangemessen benachteiligt. In § 44b SGB V ist vorzusehen, dass Begleitpersonen in spezifischen, eng umgrenzten Ausnahmefällen auch grundpflegerische Leistungen übernehmen können. Eine Übernahme von Pflegeleistungen durch die Begleitperson wäre etwa denkbar, wenn hochspezifische Pflege benötigt wird, die vom krankenhausinternen Personal nicht geleistet werden kann, wenn die Pflegeleistung behinderungsbedingt nur von Bezugspersonen geduldet wird oder ohne die Übernahme der Tätigkeit durch die Bezugsperson die Behandlung nicht sichergestellt werden kann bzw. der Krankenhausaufenthalt zu erheblichen Beeinträchtigungen führt. In diesen Fällen sollte auch die Begleitung von Pflegepersonen eines ambulanten Pflegedienstes, der bereits im Alltag Unterstützung leistet, finanziert werden.

#### Umsetzungsform:

Änderung von § 44b SGB V

#### Status:

Unbearbeitet

#### Zeitraumen:

Diese Legislaturperiode

## Ziel:

*Zugang zur Rehabilitation für Menschen mit Behinderungen verbessern*

## Maßnahmen:

- Vorhandene Versorgungslücken für Menschen mit Sehverlust, hörbehinderte/gehörlose oder kognitiv beeinträchtigte Menschen sind zu schließen: unter Berücksichtigung des Sicherstellungsauftrages sind entsprechende barrierefreie Angebote zu entwickeln und zu etablieren.
- Für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf, ältere Menschen und Pflegebedürftige müssen passgenaue Angebote der Rehabilitation entwickelt und bereitgestellt werden, insbesondere durch ein flächendeckendes Angebot an aufsuchender (mobiler) Rehabilitation. Es müssen zudem genügend stationäre und ambulante Rehabilitationsplätze, die auch von Pflegebedürftigen oder Menschen mit hohem Unterstützungs- bzw. Betreuungsbedarf genutzt werden können, geschaffen werden. Dies erfordert eine entsprechende personelle Ausstattung (Pflege, Therapie, Ärzt\*innen) und eine adäquate Vergütung des Betreuungsaufwandes.
- Auch für Kinder und Jugendliche mit schweren Erkrankungen oder hohem Unterstützungsbedarf ist eine bedarfsgerechte Versorgung durch spezialisierte Rehabilitationsangebote und ausreichend Rehabilitationsplätze vorzusehen. Diese müssen altersgerecht sein und fachspezifische Kompetenz einbeziehen.
- Die Vorschriften des SGB V und SGB VI sind für den Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation anzugleichen, um eine Benachteiligung von Kindern mit kognitiver Behinderung zu verhindern.
- Medizinische Rehabilitation muss sich stärker als bisher an Teilhabezielen und der Verhinderung der Pflegebedürftigkeit ausrichten. Medizinische Rehabilitation primär zur Kuration anzuwenden, ist unzureichend.
- Starre Abläufe der Rehabilitationsmaßnahmen sind durch flexible und individuelle Angebote für Rehabilitand\*innen zu ersetzen, um dem biopsychosozialen Verständnis Rechnung zu tragen.
- Verfahrenshürden, die zusätzliche Barrieren im Zugang von Reha-Leistungen bedeuten, müssen abgebaut werden, z. B. durch die gesetzliche Stärkung der Patient\*innenrechte.
- Altersdiskriminierung muss verhindert werden. Ältere Menschen müssen bei akuten Erkrankungen bedarfsgerechte, ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung entsprechende Reha-Angebote erhalten und dürfen nicht in die geriatrische Reha abgeschoben werden

## Umsetzungsform:

- Anreize zur Schaffung von adäquaten Angeboten setzen.
- Anpassung von SGB V und SGB VI
- Anpassung der Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Reha-RL)

## Status:

Unbearbeitet

## Zeitraumen:

In dieser Legislaturperiode

### **I. 3. Barrierefreiheit in sonstigen Gesundheitseinrichtungen**

### **I. 4. Barrierefreie Medizinprodukte**

Ziel:

*Hilfsmittelversorgung vereinfachen und verbessern*

Maßnahmen:

- Zur Vermeidung von langwierigen, mitunter Jahre dauernden Kämpfen um medizinisch notwendige Hilfsmittel, muss der Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen gem. § 33 Abs. 5b SGB V für Hilfsmittel, die durch SPZ und MEZB verordnet werden, entfallen. In den Zentren arbeitet das medizinische Personal eng mit den Betroffenen zusammen und ist daher wesentlich näher an den entsprechenden Bedarfen der Betroffenen dran, als Mitarbeiter\*innen der Krankenkassen oder des Medizinischen Dienstes (MD). Wenn Ärzt\*innen eines SPZ oder eines MZEB ein Hilfsmittel verordnen, wissen sie, was sie tun – die medizinische Erforderlichkeit ist gegeben.
- Es muss eingehend geprüft werden, ob an dem in der Hilfsmittelversorgung bestehenden wettbewerbsbasierten Vertragsmodell noch festgehalten werden kann oder ob die strukturell bedingten Defizite in der Hilfsmittelversorgung durch die Einführung anderer Strukturen beseitigt werden müssen. Lösungsmöglichkeiten sind in einem partizipativen Prozess unter Beteiligung der Interessenvertretungen von Menschen mit Behinderung zu erarbeiten. Denkbar wäre die Zulassung von Hilfsmittelerbringern durch Verwaltungsakt und die Regelung von auskömmlichen Vergütungen in einheitlichen Verträgen.
- Hilfsmittel müssen barrierefrei bedienbar sein.
- Der Gesetzgeber muss die Ermächtigung des GKV-Spitzenverbandes, Festbeträge festzulegen, zumindest für den Bereich der Hilfsmittel abschaffen und durch geeignetere Instrumente der Preisregulierung ersetzen. In jedem Fall sollte Leistungserbringern und Patientenvertretungen bei der Bestimmung von Festbeträgen ein Mitbestimmungsrecht eingeräumt werden

Umsetzungsform:

- Anpassung von § 33 Abs. 5b SGB V
- Anpassung der Richtlinie über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HilfsM-RL) dahingehend, dass die Barrierefreiheit bei der Zulassung der Hilfsmittel berücksichtigt wird.
- Anpassung der Ermächtigung des GKV-Spitzenverbandes, Festbeträge festlegen zu können.

Status:

Unbearbeitet

Zeitraumen:

In dieser Legislaturperiode

Ziel:

*Wahlfreiheit zulassen.*

Maßnahmen:

Die Wahlfreiheit zwischen den Leistungserbringern bei Hilfsmitteln mit einem hohen Dienstleistungsanteil, wie der Stoma-Versorgung, ist zuzulassen.

### Umsetzungsform:

Die Hilfsmittelversorgung, wie zum Beispiel die Stoma-Versorgung, hat einen hohen Anteil von einer körpernahen und besonders intimen Dienstleistung. Solch eine intime Dienstleistung kann nicht durch die Krankenkasse vorgegeben und nach Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten vergeben werden, so dass die Vertrauensperson beim Dienstleister ständig wechselt. Auch bei der Inkontinenzversorgung ist ein Vertrauensverhältnis wichtig, das von zentralen Verteilerdepots nicht geschaffen werden kann. Dienstleistung und Produkt könnten getrennt werden. Auch nach dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz von 2017 (HHVG) haben zwar nicht nur wirtschaftliche Aspekte bei der Ausschreibung von Versorgungsverträgen eine Rolle zu spielen, sondern auch Kriterien wie die Erfahrung des beauftragten Personals. Weiterhin haben Patienten die Wahl zwischen mehreren mehrkostenfreien Hilfsmitteln. Aber ein umfassendes Wahlrecht der Patienten ist damit nicht verbunden. Dies muss geändert werden.

### Status:

Unbearbeitet

### Zeitraumen:

In dieser Legislaturperiode

### Ziel:

*Unabhängige Hilfsmittelberatung*

### Maßnahmen:

Die Hilfsmittelberatung muss unabhängig und frei von wirtschaftlichen Interessen erfolgen. Es ist sicherzustellen, dass Kranken- und Pflegekassen sowie die öffentliche Hand unabhängige Hilfsmittelberatungsstellen finanzieren. Sie können bei gemeinnützig tätigen Organisationen, bei öffentlichen Körperschaften oder auch bei privatwirtschaftlich tätigen Institutionen angesiedelt sein.

### Umsetzungsform:

Eine individuelle, passgenaue Hilfsmittelversorgung setzt eine qualifizierte Beratung voraus. Vor allem für angepasste Hilfsmittel wie Prothesen, Rollstühle oder Beatmungsmasken, braucht es Spezialwissen. Für seltene und individuell anzupassende Hilfsmittel sollten spezielle Berater aufsuchende Beratung anbieten. Für häufige, nicht angepasste Hilfsmittel, wie Windeln und Rollatoren, muss die Beratung wohnortnah und niedrigschwellig erfolgen. Die Beratung darf nicht von finanziellen Interessen beeinflusst werden, wie es bei den Krankenkassen aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots und bei Sanitätshäusern aufgrund der Gewinnerorientierung der Fall ist. Auch hier brächte das HHVG Verbesserungen wie die Verpflichtung, Versicherte danach zu beraten, welche Sachleistung innerhalb des Sachleistungssystems geeignet und medizinisch notwendig ist. Aber immer noch beklagen sich VdK-Mitglieder über teure Hilfsmittel mit hohen Aufzahlungen. Aus diesem Grunde braucht es hier eine Anpassung des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung.

### Status:

Unbearbeitet

### Zeitraumen:

In dieser Legislaturperiode

## Ziel:

*Bewilligung an der Gesundheit ausrichten*

## Maßnahmen:

Bei der Bewilligung von Hilfsmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung muss die Gesundheit und Entwicklung, insbesondere von Kindern und Jugendlichen immer über der Wirtschaftlichkeit stehen. Außerdem muss sich die Bewilligung der Hilfsmittel durch die Krankenkasse an der Verordnung des behandelnden Facharztes oder der behandelnden Fachärztin ausrichten.

## Umsetzungsform:

Viele Familien mit Kindern mit Behinderungen kämpfen mit der gesetzlichen Krankenkasse um passende Hilfsmittel für ihr Kind. Trotz ärztlicher Verordnung werden Hilfsmittel von Krankenkassen abgelehnt. Schalten Krankenkassen den Medizinischen Dienst ein, entscheidet dieser oft rein auf Aktenlage, ohne das Kind je zu Gesicht bekommen zu haben. Solch einem Gutachten des Medizinischen Dienstes wird von den Krankenkassen eine größere Bedeutung beigemessen als der Verordnung des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin. Dieser Arzt oder die Ärztin haben jedoch aufgrund ihres direkten und oft langjährigen Kontaktes zum Kind die nötige Expertise, um eine adäquate und an den Bedürfnissen des Kindes orientierte Hilfsmittel-Verordnung auszustellen.

Eltern müssen sich bei einer Ablehnung der von ihnen beantragten Hilfsmittel teilweise auf einen jahrelangen Kampf einstellen. Bis ihnen ein Gericht ein Hilfsmittel zuspricht, müssen die Familien ohne das benötigte Hilfsmittel auskommen oder das Kind hat schon Bedarf an einem anderen Hilfsmittel. Viele Eltern müssen außerdem um mehrere Hilfsmittel gleichzeitig kämpfen. Dadurch fehlt den Familien wertvolle Zeit für die Pflege ihres Kindes und gegebenenfalls für die Betreuung von Geschwisterkindern.

Die derzeitigen Regelungen zu den Hilfsmitteln der gesetzlichen Krankenkasse und das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V gehen somit in vielen Fällen auf Kosten der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen und müssen entsprechend angepasst werden.

## Status:

Unbearbeitet

## Zeitraumen:

Diese Legislaturperiode

## Ziel:

*Heilmittelversorgung reformieren*

## Maßnahmen:

- Die Heilmittelrichtgrößen sind abzuschaffen. Gleichzeitig muss die Heilmittelerbringung weiterentwickelt werden. Ziel ist eine möglichst breite Möglichkeit der Inanspruchnahme von Heilmitteln.
- Neben der Zuzahlungsfreiheit von Heilmittelverordnungen müssen auch Verordnungen für einen längeren Zeitraum unabhängig von der Indikation in einem vereinfachten Verfahren möglich sein.

## Umsetzungsform:

Heilmittel wie Physiotherapie oder Podologie können die Gesundheit wiederherstellen oder bewahren und damit Operationen wie Gelenkersatz oder Amputationen überflüssig machen.

Bewegung kann den Schmerzmitteleinsatz reduzieren helfen. In einer alternden Gesellschaft müssen daher zukünftig mehr Heilmittel erbracht werden.

Bei der Versorgung mit Heilmitteln besteht allerdings bei manchen Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen eines vorgegebenen Richtgrößenvolumens für den behandelnden Arzt eine Ausgabenobergrenze. Diese berücksichtigt nicht die Empfehlungen des Heilmittelkatalogs, sondern orientiert sich vor allen Dingen an den Ausgaben des Vorjahres. Diese Grenze ist nicht zwingend, jedoch verordnen Ärzte aus Angst vor einem Regress der Krankenkasse nicht alle benötigten Heilmittel. Der Heilmittelkatalog orientiert sich am Bedarf. Hier wird beschrieben, welche und wie viele Heilmittel verordnet werden sollten, um im Regelfall eine medizinisch angemessene und wirtschaftlich sinnvolle Versorgung zu erreichen. Mit der langfristigen Genehmigung und den Praxisbesonderheiten wurden Heilmittel für Menschen mit Behinderung und besonders schweren Erkrankungen aus diesen Budgets herausgenommen. Noch immer erhalten aber auch diese Personengruppen nicht alle notwendigen Therapien.

Durch eine Änderung der Heilmittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses wurde die Regelfallsystematik bestehend aus Erstverordnung, Folgeverordnung und „Verordnung außerhalb des Regelfalls“ abgelöst durch einen Verordnungsfall und eine daran geknüpfte orientierende Behandlungsmenge. Bei der Festlegung der Behandlungsmenge je Verordnung wurden die Regelungen für Indikationen mit einem besonderen Verordnungsbedarf und für Indikationen mit einem langfristigen Heilmittelbedarf vereinheitlicht. Für diese Indikationen können notwendige Heilmittel je Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu zwölf Wochen verordnet werden. Da jedoch die noch weitreichendere Verordnung „außerhalb des Regelfalls“ abgeschafft wurde, bedeutet dies für manche Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen und einem dauerhaften Heilmittelbedarf mehr Aufwand und mehr Zuzahlungen durch Ausstellung mehrerer Rezepte. Dieser Missstand sollte behoben werden.

**Status:**

Unbearbeitet

**Zeitraumen:**

In dieser Legislaturperiode

## **I. 5. Barrierefreiheit im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes**

**Ziel:**

*Kommunikation und Information von allen Menschen ermöglichen*

**Maßnahmen:**

Der öffentliche Gesundheitsdienst muss seine Information und Kommunikation in Leichter Sprache, Einfacher Sprache und Gebärdensprache bereitstellen.

**Umsetzungsform:**

Umsetzung bzw. Klarstellung des Behindertengleichstellungsgesetzes (BGG) bzw. der Landesbehindertengleichstellungsgesetze.

**Status:**

Unbearbeitet

**Zeitraumen:**

In dieser Legislaturperiode

Ziel:

*Sensibilisierung des Personals*

Maßnahmen:

Das Personal des öffentlichen Gesundheitsdienstes muss im Umgang mit Menschen mit Behinderungen geschult sein. Hierzu braucht es die Aufnahme verpflichtender Module in Studium und Ausbildung sowie verpflichtende Fort- und Weiterbildungen für das bestehende Personal.

Umsetzungsform:

Anpassung der Curricula für die Facharzt-Weiterbildung Öffentliches Gesundheitswesen sowie Einrichtung verpflichtender Fort- und Weiterbildungen.

Status:

Unbearbeitet

Zeitraumen:

In dieser Legislaturperiode

## **I. 6. Weitere Maßnahmen in der Gesundheitsversorgung**

Ziel:

*Aufbau der medizinischen Behandlungszentren vorantreiben.*

Maßnahmen:

- Die Versorgung mit MZEB muss in der Bedarfsplanung gem. § 99 SGB V berücksichtigt werden, um einen flächendeckenden Ausbau der MZEB zu gewährleisten. Soweit die Versorgung durch MZEB derzeit nicht unter die vertragsärztliche Versorgung im Sinne des § 99 SGB V fällt, ist die Vorschrift durch den Gesetzgeber entsprechend zu erweitern.
- Der Gesetzgeber sollte klarstellen, dass MZEB neben ihrer Funktion als Lotse auch einen Behandlungsauftrag haben. Dies wird trotz der derzeitigen gesetzlichen Formulierung immer wieder von den Krankenkassen in den Vergütungsverhandlungen bestritten und erschwert die Einigung auf auskömmliche Pauschalen erheblich.
- Gründungswillige Träger müssen bei den Erstinvestitionskosten unterstützt werden. Hierfür sind finanzielle Hilfen, bspw. durch die Auflage von KfW-Förderprogrammen seitens der Bundesregierung oder durch die Zahlung von Zuschüssen bspw. in Höhe eines noch gesetzlich festzulegenden Betrages aus dem Strukturfonds zur Verfügung zu stellen. Soweit die Versorgung durch MZEB derzeit nicht unter die vertragsärztliche Versorgung im Sinne des § 105 SGB V fällt, deren Sicherstellung gem. § 105 Abs. 2 SGB V mit Mitteln aus dem Strukturfonds gefördert werden soll, ist § 105 SGB V durch den Gesetzgeber entsprechend zu erweitern.

Umsetzungsform:

- Anpassung von § 99 SGB V
- Klarstellung zur Verwendung bei Vergütungsverhandlungen
- KfW-Programm
- Anpassung von § 105 SGB V

Status:

Teilweise bearbeitet

### Zeitraumen:

In dieser Legislaturperiode

### Ziel:

*Erreichbarkeit der Gesundheitsversorgung*

### Maßnahmen:

Einrichtungen der Gesundheitsversorgung müssen nicht nur in einem Umkreis vorgehalten werden, dass sie innerhalb von 30 Min mit dem PKW erreichbar sind, sondern innerhalb von 30 Minuten mit dem ÖPNV zu erreichen sind.

Solange dieser Zustand nicht erreicht ist, müssen Fahrtkosten in (barrierefreien) Taxen übernommen werden.

Der Bestand an barrierefreien Taxen ist demnach auszuweiten. Hierzu fordert der VdK ein bundesweites Förderprogramm für die Beschaffung barrierefreier Fahrzeuge kleinerer Taxiunternehmen insbesondere in ländlichen Gebieten und anderen peripheren Regionen.

Grundsätzlich sollte gelten, dass in jedem Taxi-Unternehmen das erste angeschaffte Fahrzeug barrierefrei sein muss. Die bisherigen Regelungen von und Quotierungen reichen nicht aus bzw. kommen häufig gar nicht erst zur Anwendung.

### Umsetzungsform:

- Aufnahme der 30 Minuten-ÖPNV-Regel in die laufenden Vorgänge zur Krankenhausreform.
- Aufnahme der Fahrtkosten in den Katalog der Krankenversicherungen (insb. für Menschen mit Behinderung)
- Einrichtung eines Förderprogramms für barrierefreie Taxen und Anpassung des §64c des Personenbeförderungsgesetzes dahingehend, dass jeweils das erste Fahrzeug eines entsprechenden Unternehmens barrierefrei zu sein hat.

### Status:

Unbearbeitet

### Zeitraumen:

In dieser Legislaturperiode

### Ziel:

*Apotheken aufnehmen*

### Maßnahmen:

- Die Vorgaben zur Information über die Barrierefreiheit von Arztpraxen sollten auf das Netz der Apotheken übertragen werden.
- Ebenfalls sollte eine Erarbeitung der Anforderungen an barrierefreie Apotheken mit den betroffenen Verbänden stattfinden.
- Die Verordnung über den Betrieb von Apotheken (Apothekenbetriebsordnung - ApBetrO) sollte so geändert werden, dass vorrangig barrierefreie Apotheken zugelassen werden.
- Grundsätzlich sollte eine Frist gesetzt werden, bis zu dem Zeitpunkt alle Apotheken barrierefrei sind.

- Fördermittel des Bundes sollten bei der Erfüllung dieser Pflicht herangezogen werden können (insbesondere in unterversorgten Gebieten)

#### Umsetzungsform:

Initiierung eines entsprechenden Verfahrens zwischen den Verbänden der Apothekerinnen und Apotheker und den Menschen mit Behinderung und mittelfristige Änderung der Apothekenbetriebsordnung.

#### Status:

Unbearbeitet

#### Zeitraumen:

In dieser Legislaturperiode

#### Ziel:

*Behandlungen ausschließlich am Wohl der Patientinnen und Patienten ausrichten und Finanzierung des stationären Systems reformieren.*

#### Maßnahmen:

Der Bedarf der Patientinnen und Patienten an stationären Behandlungen muss das einzige Kriterium für die Versorgung im Krankenhaus sein. Die Profitorientierung ist abzuschaffen.

Eine Grundfinanzierung muss ausreichend Personal ermöglichen, das eine gute Versorgung aller Patienten garantiert und auch die Behandlung bei nicht planbaren Ereignissen wie Geburten oder Notfällen abdeckt.

Die Vergütung für Behandlungen ist so umzustellen, dass sie nur der Selbstkostendeckung dient. Weiterhin sind damit die Vorhaltekosten für kleine Krankenhäuser im ländlichen Raum zu finanzieren.

Es muss sichergestellt werden, dass die Länder ihrer Verpflichtung zur Investitionsförderung in ausreichendem Umfang nachkommen.

## Umsetzungsform:

Die Gewinnorientierung im Krankenhaus hat zu einer falschen Entwicklung geführt. Die betriebswirtschaftliche Ausrichtung und Instrumente wie Fallpauschalen sind nicht dazu da, die Einrichtung gut finanzierbar zu machen, sondern um dem Träger Gewinn zu erwirtschaften. Folgen sind: Betten müssen belegt und teure Eingriffe vorgenommen werden, kostspielige technische Anschaffungen müssen sich rentieren. Im Gegensatz dazu werden gering bezahlte Leistungen wie Beratungsgespräche seltener erbracht. Es ist unrentabel, Personal für unplanbare Ereignisse wie natürliche Geburten oder Notfälle vorzuhalten, da dies vielleicht nicht eintritt und keine abrechenbare Behandlung erzeugt.

Daher sind die Auswirkungen beim Personal deutlich spürbar. Das Funktionspersonal für Operationen lässt sich gewinnbringend einsetzen und ist über die Jahre spürbar gestiegen. Beim Pflegepersonal auf den Stationen gilt dies nicht, und die Pflegekräfte wurden seit Einführung der Fallpauschalen immer weiter reduziert. Neben der Unterstützung lebenswichtiger Funktionen, wie Atmung und Ernährung, sind die Pflegekräfte auch für die Prävention von Komplikationen wie Dekubitus, Thrombosen oder Harnwegsinfekten, und vor allem die kontinuierliche Überwachung der Patienten zuständig. Durch die Personalreduzierung leidet die professionelle Krankenbeobachtung und es kommt zu mehr und zu spät erkannten Komplikationen. Erst Anfang 2020 wurden Personaluntergrenzen für das Pflegepersonal im Krankenhaus festgelegt. Diese Untergrenzen müssen in allgemeine bedarfsorientierte Größen für eine gute Versorgung umgewandelt werden. Im zweiten Quartal 2022 hat das BMG einen Gesetzentwurf für die Personalpflegeregelung 2.0 auf den Weg gebracht, um für eine angemessene Zahl an Pflegepersonal auf den Stationen zu sorgen. Dies wird sich frühestens ab 2024 auswirken.

Wir brauchen ein Gesundheitssystem, das sich am Bedarf der Menschen an Behandlungen orientiert und nicht am auszuschüttenden Gewinn. Die Krankenhausplanung muss daher sowohl die regelmäßige Versorgung der Bevölkerung auf hohem medizinischen Niveau als auch Reservekapazitäten für den Fall einer Krise einplanen. Die stationäre Gesundheitsversorgung ist als Teil der Daseinsvorsorge – wie bei der Feuerwehr – sicherzustellen. Sie muss daher auch allein dem Bedarf der Menschen folgen.

Weiterhin: Für die Krankenhausfinanzierung sind die Länder zuständig. Sie kommen ihrer Verpflichtung aber nicht nach. Laut Bundesrechnungshof besteht beim Investitionsbedarf eine Lücke von vier Milliarden Euro jährlich. Dadurch ist ein erheblicher Investitionsstau entstanden. Dieser Tendenz ist durch Anpassungen bei der Krankenhausreform zu begegnen.

## Status:

Unbearbeitet

## Zeitraumen:

Diese Legislaturperiode

## Ziel:

*Behandlungen ausschließlich am Wohl der Patientinnen und Patienten ausrichten und Finanzierung des ambulanten Systems reformieren.*

## Maßnahmen:

Auch in der ambulanten Versorgung darf Gewinnorientierung nicht zu einer Fehlversorgung der Patientinnen und Patienten führen. Investorgetragene Arztpraxen und MVZ sind abzulehnen. Stattdessen braucht es eine starke Regulierung dieser Versorgungsformen.

### Umsetzungsform:

Zur Regulierung gehören zum Beispiel die gesetzlichen Voraussetzungen um ein MVZ-Transparenzregister einzuführen, die Geeignetheit von MVZ durch die Zulassungsausschüsse zu prüfen, MVZ an eine Region zu binden und eine ärztliche Besetzung der Träger durchzusetzen.

### Status:

Unbearbeitet

### Zeitraumen:

In dieser Legislaturperiode

## Handlungsfeld II: Barrierefreiheit in der Langzeitpflege

### II. 1. Abbau von Barrieren in der Versorgung, Digitalisierung

#### Ziel:

*Selbstbestimmung und Teilhabe in der ambulanten Pflege fördern*

#### Maßnahmen:

- Leistungen bei Pflegebedürftigkeit dürfen sich nicht ausschließlich auf die Gewährung von Leistungen nach dem SGB XI beschränken. Vielmehr ist dem Aspekt der selbstbestimmten Teilhabe im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention und des SGB IX mehr Beachtung zu schenken.
- Die Hilfsmittelversorgung und die Wohnumfeldgestaltung sollten verstärkt zur Minderung des Pflegebedarfes und zur Erleichterung des Alltagslebens nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die Pflegenden genutzt werden.
- Zuschüsse zur Wohnumfeldverbesserung aus der Pflegekasse erhöhen und langfristig dynamisieren.

#### Umsetzungsform:

- Erhöhung der Mittel zur Förderung von Wohnumfeldgestaltung (KfW-Programme 455-B und 159).  
Die Programme sollten auf Dauer angelegt und die Mittel von 75 (150) Millionen Euro im Jahr auf jährlich mindestens auf 390 Millionen Euro erhöht werden. Gleichzeitig sollte die Bezuschussung von derzeit zehn Prozent auf 30 Prozent der förderfähigen Kosten für Einzelmaßnahmen und von 12,5 Prozent auf 37,5 Prozent für den Standard „Altersgerechtes Haus“ angehoben werden.
- Zur gezielten Unterstützung einkommensschwacher Haushalte sollte bundesweit eine Förderung barrierefreier Umbauten nach dem Vorbild des Programms „Wohnraumanpassung für mobilitätseingeschränkte Personen“ der Sächsischen Aufbaubank etabliert werden. Der inhaltliche Schwerpunkt soll dabei auf der Absenkung des Eigenanteils für Menschen mit geringen Einkommen liegen.

#### Status:

Teilweise bearbeitet

#### Zeitraumen:

In dieser Legislaturperiode

Ziel:

*Selbstbestimmung und Teilhabe in der stationären Pflege fördern*

Maßnahmen:

- Für Menschen in Pflegeeinrichtung muss auch die fachärztliche Versorgung sichergestellt sein. Pflegeeinrichtungen muss es ermöglicht werden, zum Beispiel durch Verträge mit Arztpraxen die medizinische Versorgung in ihrer Einrichtung sicherzustellen.
- Für Menschen in Pflegeeinrichtungen sollte zudem ein barrierefreier Zugang zum Internet und zu den sozialen Kommunikationsmedien regelhaft vorgesehen werden. Dies setzt voraus, dass in allen Einrichtungen WLAN vorhanden ist. Diese Regelung sollte in allen Bundesländern gelten.

Umsetzungsform:

Anpassung der entsprechenden gesetzlichen Regelungen im Bereich der stationären Pflege.

Status:

Teilweise bearbeitet

Zeitraumen:

In dieser Legislaturperiode

## **II. 2. Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche**

Ziel:

*Verdienstaufschlag kompensieren*

Maßnahmen:

Eltern müssen einen gesetzlichen Anspruch auf Verdienstaufschlag bei der Mitaufnahme ins Krankenhaus haben, wenn ihr Kind stationär behandelt wird. Deckelungen bei der Zahl der Tage mit Anspruch auf Kinderkrankengeld sind zu streichen.

Umsetzungsform:

Anpassung von § 45 SGB V

Status:

Unbearbeitet

Zeitraumen:

In dieser Legislaturperiode

## **II. 3. Barrierefreie Informationsaufbereitung**

Ziel:

*Informationen verständlich aufbereiten*

Maßnahmen:

Jegliche Informationen der Pflegeversicherung und von Leistungserbringern in der Pflege müssen in Leichter Sprache, Einfacher Sprache und Gebärdensprache zur Verfügung gestellt werden.

#### Umsetzungsform:

Umsetzung bzw. Klarstellung der Umsetzung des BGG bzw. der Landesbehindertengleichstellungsgesetze.

#### Status:

Teilweise bearbeitet

#### Zeitraumen:

In dieser Legislaturperiode

## Handlungsfeld III: Inklusive Prävention

### III. 1. Barrierefreie Präventionsleistungen

#### Ziel:

*Leichte und Einfache Sprache*

#### Maßnahmen:

Präventionsangebote müssen barrierefrei angeboten werden. Ziel muss sein, diese auch inklusiv anzubieten.

#### Umsetzungsform:

Umsetzung bzw. Klarstellung der Umsetzung des BGG bzw. der Landesbehindertengleichstellungsgesetze

#### Status:

Teilweise bearbeitet

#### Zeitraumen:

In dieser Legislaturperiode

### III. 3. Berücksichtigung vulnerabler Personen bei Präventionsleistungen

#### Ziel:

*Präventionsleistungen inklusiv gestalten*

#### Maßnahmen:

Die Krankenkassen müssen einen bestimmten Anteil der Präventionsleistungen auf Menschen mit Behinderung oder künftiger Behinderung auszurichten.

#### Umsetzungsform:

Verpflichtung in § 20 Abs. 1 SGB V aufnehmen.

#### Status:

Unbearbeitet

#### Zeitraumen:

In dieser Legislaturperiode

Ziel:

*Prävention dort stattfinden lassen, wo (einige) Menschen mit Behinderungen sich aufhalten*

Maßnahmen:

Der Gesetzgeber muss klarstellen, dass besondere Wohnformen, WfbM und Tagesförderstätten zu den Lebenswelten gehören, in denen Präventionsleistungen erbracht werden können und in denen die Krankenkassen den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen fördern sollen.

Umsetzungsform:

Klarstellung in § 20a SGB V aufnehmen.

Status:

Unbearbeitet

Zeitraumen:

In dieser Legislaturperiode

Ziel:

*Prävention und Selbsthilfe verzahnen*

Maßnahmen:

Die Schaffung von Präventionsangeboten durch die Selbsthilfe muss vereinfacht werden.

Umsetzungsform:

Aufnahme in die Regelungen zur Förderung der gesundheitlichen Selbsthilfe nach § 20 h SGB V.

Status:

Unbearbeitet

Zeitraumen:

In dieser Legislaturperiode

## **Handlungsfeld IV: Inklusion durch Digitalisierung**

### **IV. 1. Etablierung personenzentrierter und digital unterstützter sektoren- und professionsübergreifender Versorgungsprozess**

Ziel:

*Digitale Angebote ausbauen, barrierefrei anbieten und zur freiwilligen Verwendung bereitstellen*

Maßnahmen:

- Alle digitalen Neuerungen im Gesundheitswesen müssen barrierefrei nach der BITV und zudem einfach zu bedienen sein.
- Sie müssen grundsätzlich freiwillig zu nutzen sein. Für Anwendungen mit deutlichen Vorteilen einer breiten Nutzung sollte es eine Opt Out-Lösung geben, damit möglichst viele Versicherte davon profitieren oder eben widersprechen können.
- Es muss immer eine analoge Variante zu einer digitalen Anwendung geben, um alle Versicherten mitzunehmen.

**Umsetzungsform:**

Klarstellung im SGB V, beispielsweise in § 33 a SGB V sowie der DiGAV

**Status:**

Unbearbeitet

**Zeitraumen:**

In dieser Legislaturperiode

**Ziel:**

*Fernbehandlungen ausbauen*

**Maßnahmen:**

Fernbehandlung per Videosprechstunde und Telefon müssen weitreichend möglich sein, um nicht mobilen Patientinnen und Patienten unnötige Wege zu ersparen oder um eine Ansteckungsgefahr zu vermindern.

**Umsetzungsform:**

Verpflichtung zum Angebot von Videosprechstunden in einem definierten Umfang einführen.

**Status:**

Unbearbeitet

**Zeitraumen:**

Mittelfristig

**Ziel:**

*Digitale Anwendungen im Gesundheitsbereich barrierefrei anbieten*

**Maßnahmen:**

Arztpraxen setzen zunehmend auf digitale Anwendungen z.B. bei der Terminvergabe. Dies stellt Menschen mit Behinderungen vor unlösbare Herausforderungen, wenn die Angebote nicht barrierefrei sind. Deswegen sollen Praxen zur Barrierefreiheit ihrer Webseiten, Webanwendungen, Apps und digitalen Dokumente nach Maßgabe der Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung (BITV 2.0) vom 12. September 2011 (BGBl. I S. 1843) in der jeweils aktuellen Fassung verpflichtet werden.

**Umsetzungsform:**

Anpassung der Zulassungsverordnung oder des BFSG.

**Status:**

Unbearbeitet

**Zeitraumen:**

Mittelfristig

Ziel:

*Digitale Anwendungen im Bereich der Pflege barrierefrei anbieten*

Maßnahmen:

Anbieter digitaler Pflegeanwendungen werden zur Barrierefreiheit nach Maßgabe der BITV in der jeweils aktuellen Fassung verpflichtet.

Umsetzungsform:

Ergänzung von § 40 a SGB XI, der VDiPA oder des BFSG.

Status:

Unbearbeitet

Zeitraumen:

Mittelfristig

### **IV. 3. Nutzenorientierte Technologien und Anwendungen**

Ziel:

*Digitale Kompetenzen bei allen Beteiligten ausbauen*

Maßnahmen:

Es muss eine digitale Kompetenz im Gesundheitswesen bei Patienten, Krankenkassen, Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen und allen weiteren Leistungserbringern ausgebildet werden.

Umsetzungsform:

Hinsichtlich des Kompetenzaufbaus bei Patientinnen und Patienten könnte der Rechtsrahmen in § 20 k SGB V erweitert werden. Bei dem Personal sollten entsprechende Module in die Curricula der Studiengänge sowie die Ausbildungsordnungen aufgenommen werden. Hierzu sollten Beschlüsse der Kultusministerkonferenz herbeigeführt werden.

Status:

Teilweise bearbeitet.

Zeitraumen:

In dieser Legislaturperiode

Ziel:

*Barrierefreiheit der elektronischen Patientenakte selbst sicherstellen*

Maßnahmen:

Bei der Zulassung einer elektronischen Patientenakte muss die Gematik diese auf Kompatibilität mit der BITV in der jeweils aktuellen Fassung überprüfen. Zu dem Testverfahren sollten auch Nutzungstests von Menschen mit Behinderungen gehören. Hierzu muss ebenfalls der Registrierungsprozess gehören.

Umsetzungsform:

Ergänzung von § 325 SGB V um: „Maßgeblich für die elektronische Barrierefreiheit ist die Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung (BITV 2.0) vom 12. September 2011 (BGBl. I S. 1843) in der jeweils aktuellen Fassung.“

**Status:**

Unbearbeitet

**Zeitraumen:**

Bis zum Start der Opt-Out Regelung

**Ziel:**

*Barrierefreiheit der Inhalte von elektronischen Patientenakten sicherstellen*

**Maßnahmen:**

Alle Akteure, die Inhalte in einer ePA hinzufügen und ändern können und die nicht bereits nach § 12 BGG zur Barrierefreiheit verpflichtet sind, werden bezüglich der Inhalte einer ePA zur Barrierefreiheit nach Maßgabe der Vorgaben in der BITV verpflichtet. Bestehende Verpflichtungen müssen konsequent überprüft und bei Nichteinhaltung Sanktionen verhängt werden.

**Umsetzungsform:**

Ergänzung von § 341 SGB V

**Status:**

Unbearbeitet

**Zeitraumen:**

Bis zum Start der Opt-Out Regelung

## **Handlungsfeld V: Diversität im Gesundheitswesen**

### **V. 3. Datenlage verbessern**

**Ziel:**

*Gender-Data-Gap*

**Maßnahmen:**

Die Forschung muss genderspezifisch agieren. Nur so kann der Gender Data Gap verringert werden. Besonders wichtig wird dies, wenn zunehmend im Bereich der Digitalisierung gearbeitet wird. Hier unterstützen Algorithmen im medizinischen Bereich bei der Diagnose und bei der Behandlung. Aber jene Algorithmen basieren auf Mengen an Daten (Rückgrat der Künstlichen Intelligenz (KI)). In den meisten Datensätzen sind Frauen unterrepräsentiert und/oder die Daten sind nicht nach Geschlecht differenziert. Das bedeutet, die KI bzw. Algorithmen arbeiten mit qualitativ männerfokussierten Datensätzen.

**Umsetzungsform:**

Aufnahme der Thematik in Ausschreibungen von Forschungsprojekten.

**Status:**

Teilweise umgesetzt.

**Zeitraumen:**

Fortlaufend