

---

Sekretariat des DBR 2023: Weibernetz e.V.  
Samuel-Beckett-Anlage 6, 34119 Kassel, Telefon: 0561/ 72 885 313  
Mail: [info@deutscher-behindertenrat.de](mailto:info@deutscher-behindertenrat.de), [www.deutscher-behindertenrat.de](http://www.deutscher-behindertenrat.de)

---

## Positionspapier des DBR

### Anforderungen an einen Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen

#### I. Allgemeine Erwartungen zur Erarbeitung des Aktionsplans

Die Bundesregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag vereinbart, bis Ende 2022 einen Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen mit den Beteiligten zu erarbeiten.

Der Deutsche Behindertenrat (DBR) begrüßt das Vorhaben und erwartet den Partizipationsstandards<sup>1</sup> des DBR folgend

- von Anfang an in den Diskussionsprozess auf Augenhöhe eingebunden zu werden,
- den umgehenden Beginn der Arbeiten am Aktionsplan, um weitere Verzögerungen dringend notwendiger Reformschritte zu vermeiden,
- die baldige Vorlage eines verlässlichen Zeitplans zu den notwendigen Maßnahmen,
- die barrierefreie Einbindung (barrierefreie<sup>66</sup> Dokumente, barrierefreie Austauschformate, angemessene Beteiligungsfristen) und
- einen transparenten, verlässlichen Prozess.

Inhaltlich bedeutet dies, folgende Aspekte ins gesundheitspolitische Zentrum zu stellen:

- Barrierefreiheit gem. § 4 BGG (Auffindbarkeit, Zugänglichkeit, Nutzbarkeit)
- Patient\*innenorientierung und -zentrierung
- Teilhabeorientierung
- Selbstbestimmung
- Bedarfsgerechtigkeit
- Antidiskriminierung
- Innovationen

---

<sup>1</sup> <https://www.deutscher-behindertenrat.de/ID275249>

## II. Die Forderungen des DBR im Einzelnen

### 1. Barrierefreie Gesundheitseinrichtungen

§ 76 SGB V legt fest, dass alle Versicherten in Deutschland grundsätzlich das Recht auf eine freie Arztwahl haben. Eingeschränkt wird diese freie Arztwahl bei gesetzlich Versicherten lediglich durch die Bestimmungen zur vertragsärztlichen Versorgung. De facto gilt diese freie Arztwahl für viele Menschen in Deutschland aber nicht. All jene Menschen, die aufgrund ihrer angeborenen oder erworbenen Behinderung auf Praxen angewiesen sind, die einzelne oder mehrere Merkmale der Barrierefreiheit erfüllen, sind in ihrer freien Arztwahl erheblich eingeschränkt.

Besonders gravierend ist die Unterversorgung im Bereich der Gynäkologie. Dort hat sich die Situation in letzter Zeit noch einmal verschärft, denn von den deutschlandweit fünf barrierefreien Spezialambulanzen, welche aus der Not heraus aufgebaut wurden, musste eine wieder schließen und eine weitere hat keinen Hebelifter mehr.

Hinzu kommt, dass viele Ärzt\*innen zurückhaltend in der Terminvergabe und Behandlung von Menschen mit Behinderung sind, da die Kommunikation und Diagnostik bei diesem Personenkreis herausfordernder und die Behandlung insgesamt häufig zeitintensiver sind. Entsprechend gering ist ihr Interesse an der barrierefreien Ausgestaltung ihrer Praxen.

Aber nicht nur Arztpraxen sind nicht barrierefrei. Auch bei anderen Gesundheitseinrichtungen, wie bspw. Physiotherapie-Praxen, Sanitätshäusern oder Rehakliniken, mangelt es derzeit noch an der Barrierefreiheit. So fehlt es bspw. an Rampen, Fahrstühlen, Orientierungssystemen für Blinde und sehbehinderte Menschen, barrierefreiem Untersuchungsmöbiliar, barrierefreien Kommunikationsmöglichkeiten sowie an der Verwendung von Leichter Sprache und oder Piktogrammen. Auch die Beantragung und Begutachtung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist noch nicht barrierefrei ausgestaltet.

Und dies obwohl die Bundesrepublik Deutschland mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention anerkannt hat, dass Menschen mit Behinderung ein Recht auf „das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“ haben.

#### **Entsprechend fordert der DBR:**

- Im Zuge der Erarbeitung des Aktionsplans müssen detaillierte Anforderungen an ein umfassend barrierefreies Gesundheitssystem gemeinsam mit den betroffenen Verbänden erarbeitet werden. Einen ersten Schritt können die Kriterien für Informationen über Zugangsmöglichkeiten darstellen, 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. Diese Kriterien müssen verpflichtend eingeführt werden.

- Die Barrierefreiheit muss grundsätzlich als Kriterium für das Eröffnen und Betreiben von Einrichtungen der medizinischen Versorgung (Praxen, Reha-einrichtungen, Krankenhäuser, andere Therapiestätten) festgeschrieben werden. Für Arztpraxen bedeutet dies, dass die Zulassungsausschüsse vorrangig barrierefreie Praxen zulassen und entsprechende Regelungen in der Zulassungsverordnung aufgenommen werden. In jedem Fall sollten Vertragsarztsitze in überversorgten Gebieten im Sinne des § 103 Abs. 4 SGB V nur mit barrierefreien Praxen neubesetzt werden dürfen.
- Es muss gesetzlich klargestellt werden, dass die Schaffung gleichberechtigter Zugangsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung zum Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) gehört. Zur Erfüllung dieses Auftrags müssen die KVen alle geeigneten Maßnahmen ergreifen und unter anderem verstärkt Mittel des Strukturfonds einsetzen.
- Bestehende Unsicherheiten der KVen, ob Mittel des Strukturfonds zur Förderung der Barrierefreiheit verwendet werden dürfen,<sup>2</sup> sind zu beseitigen. Dafür ist die Vorschrift des § 105 Abs. 1a Satz 3 SGB V um eine Nummer 9 „Förderung der Barrierefreiheit“ zu ergänzen. Zusätzlich sollte vorgesehen werden, dass die KVen einen gewissen Prozentsatz des Fördervolumens aus dem Strukturfonds für die Förderung der Barrierefreiheit aufwenden müssen. Schließlich muss das Fördervolumen des Strukturfonds erheblich erhöht und durch weitere Förderungen ergänzt werden.
- Der Gesetzgeber muss die Selbstverwaltungspartner verpflichten, Vergütungsanreize für die Behandlung von Menschen mit Behinderung zu schaffen. Bereits in der Vergangenheit hat sich der Gesetzgeber dieses Mittels bedient, z. B. um zeitnahe Behandlungsbeginne zu fördern. So sind die Selbstverwaltungspartner gem. § 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.
- Bei der Umsetzung der Barrierefreiheit sind vorhandene Normen und die anerkannten Regeln der Technik zu berücksichtigen (z.B. DIN 18040 Teil 1 sowie DIN 18041 und damit verbundene weitere Normen und Regelungen).

---

<sup>2</sup> Universität Bielefeld, Abschlussbericht zur „Evaluation von Spezialambulanzen und gynäkologischen Sprechstundenangeboten zur gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung von Frauen mit Behinderung“, Juni 2019, S. 48 f.;

## 2. Barrierefreiheit und Digitalisierung

Digitale Angebote gewinnen im Gesundheitssektor zunehmend an Bedeutung, ohne dass bislang sichergestellt ist, dass die Patient\*innen einen barrierefreien Zugang dazu haben. Das ist nicht hinnehmbar, zumal Patient\*innen mit Behinderung gerade wegen bestehender körperlicher, kognitiver, seelischer oder Sinnesbeeinträchtigungen besonders von digitalen Angeboten profitieren könnten, wenn diese für sie zugänglich sind. Die voranschreitende Digitalisierung im Gesundheitswesen darf keine neuen Barrieren erzeugen. Barrierefreiheit in Zeiten der Digitalisierung bedeutet auch, dass für diejenigen, die es wünschen und benötigen, barrierefreie Präsenzangebote weiterhin vorhanden sein müssen. Das gebietet das Prinzip der Gleichbehandlung.

### Entsprechend fordert der DBR:

- Es muss ein umfassender und barrierefreier Zugang zu telemedizinischen Angeboten, zur elektronischen Patientenakte und zu digitalen Anwendungen, wie dem E-Rezept oder dem elektronischen Medikationsplan, einschließlich der jeweils gespeicherten Informationen, gewährleistet werden. Dies gilt ebenso für Einrichtungsassistenten und Gebrauchsanleitungen. Die insofern bestehenden Gesetzeslücken im SGB V sind zu schließen.
- Es ist gesetzlich verbindlich zu regeln, dass alle digitalen Gesundheits- und Pflegeanwendungen, die durch Sozialleistungsträger finanziert werden, barrierefrei nutzbar sein müssen. Bislang ist fast keine der angebotenen Apps umfassend barrierefrei.
- Im Prozess der Erarbeitung von Barrierefreiheitskriterien und Überprüfung der tatsächlichen Barrierefreiheit muss eine Patientenbeteiligung bzw. Beteiligung von Verbänden von Menschen mit Behinderung vorgesehen werden. Anderenfalls besteht die Gefahr von Mängeln in der Barrierefreiheit, der Gebrauchstauglichkeit und Funktionalität, sodass Nutzergruppen ausgeschlossen werden. Die entsprechenden Verbände müssen daher u. a. bei der gematik sowie den Verfahren beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) – über die Schiedsstellen hinaus – einbezogen werden. Eine angemessene Beteiligung der Patientenvertretung nach § 140f SGB V bei der Umsetzung der Digitalisierungsstrategie des BMG ist unerlässlich.
- Die Digitalisierung im Gesundheitswesen darf keine neuen Barrieren erzeugen. Entsprechend müssen barrierefreie Präsenzangebote für diejenigen, die es wünschen und benötigen, weiterhin vorhanden sein.

### 3. Regelung zur Begleitung im Krankenhaus nachbessern

Die neue Regelung zum Krankengeldanspruch von Personen, die Menschen mit Behinderung im Krankenhaus begleiten (§ 44b SGB V), führt in ihrer aktuellen Form zu Finanzierungslücken. Derzeit ist vorgesehen, dass der Anspruch auf Krankengeld der Begleitperson nur besteht, wenn die Begleitperson mit aufgenommen wird oder ganztätig begleitet (§ 44b Abs. 1 S. 2 und 3 SGB V). Von einer ganztätigen Begleitung ist bei einer Begleitung von mindestens acht Stunden, inklusive An- und Abreise, auszugehen.<sup>3</sup>

Beträgt die Begleitung also nur sieben oder weniger Stunden, hat die Begleitperson keinen Anspruch auf Krankengeld oder Freistellung von der Arbeit, obwohl die Begleitung regelmäßig auch in diesen Fällen nicht mit den regulären Arbeitszeiten vereinbar ist. Insbesondere wenn man bedenkt, dass die Begleitung häufig nicht früh morgens oder spät abends erforderlich sein wird, sondern mitten am Tag, wenn Untersuchungen und Behandlungen in der Regel stattfinden. Begleitpersonen müssen in diesen Fällen also nach wie vor mit einem Verdienstausschlag rechnen.

Zudem besteht nur ein Anspruch auf Krankengeld der Begleitperson, wenn die begleitete Person Leistungen der Eingliederungshilfe bezieht. Es können aber auch andere, insbesondere hochaltrige Menschen, die keine Eingliederungshilfe beziehen, einen Begleitungsbedarf haben. Darüber hinaus haben auch Menschen in stationären Rehabilitationseinrichtungen (z. B. nach Schlaganfall oder Unfall) Begleitungsbedarf, der nicht erfasst ist.

Schließlich können nicht alle hochspezifischen Pflegebedarfe immer vom krankenhausinternen Pflegepersonal gedeckt werden. Dies hat zuletzt auch das Bundessozialgericht (BSG) festgestellt.<sup>4</sup> So kann es bspw. bei Menschen mit Schluckstörungen, die behinderungsbedingt nur von ihnen vertrauten Personen bei der Nahrungsaufnahme unterstützt werden können, während eines Krankenhausaufenthaltes zu erheblichen Gewichtsreduktionen bis hin zur Unterernährung kommen. Derzeit sollen Begleitpersonen aber nur bei der Kommunikation und in Belastungssituationen unterstützen. Grundpflegerische Leistungen, wie die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme gehören nicht dazu.<sup>5</sup>

#### Entsprechend fordert der DBR:

- Der Anspruch aus § 44b SGB V darf nicht mehr auf Fälle der Mitaufnahme der Begleitperson oder der ganztätigen 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.

---

<sup>3</sup> BT-Drs. 19/31069, S. 190.

<sup>4</sup> BSG, Urteil vom 10.11.2022, Az: B 3 KR 15/20 R.

<sup>5</sup> BT-Drs. 19/31069, S. 191.

- 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.

#### **4. Spezialisierte Angebote für Menschen mit Behinderung im Krankenhaus evaluieren**

Krankheiten werden bei Menschen mit Behinderung im Krankenhaus oft zu spät erkannt und behandelt, weil Besonderheiten nicht bekannt sind und die Gesundheitsversorgung nicht auf sie eingestellt ist: Denn bei Menschen mit schwerer kognitiver oder mehrfacher Behinderung treten zahlreiche Krankheitsbilder einerseits deutlich häufiger auf als in der Allgemeinbevölkerung andererseits sind sowohl Symptomatik als auch Verlauf oft atypisch und die Behandlung individuell sehr spezifisch. Auch andere Behinderungen oder seltene Erkrankungen bedürfen in Ergänzung zu einer allgemeinen und zugänglichen Gesundheitsversorgung Angeboten mit einer spezialisierten Expertise.

#### **Entsprechend fordert der DBR:**

- 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, Pflegenden 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.

## 5. Aufbau der medizinischen Behandlungszentren vorantreiben

Bereits seit 2015 gibt es die gesetzliche Grundlage für die Errichtung von MZEB. Allerdings ist es in den vergangenen acht Jahren nicht gelungen, einen regional gleichmäßigen Ausbau dieser Zentren zu erreichen. Immer noch gibt es Bundesländer ohne entsprechende Versorgungsstruktur.<sup>6</sup> Dabei erschweren ungeklärte Rechtsfragen das Zulassungsverfahren bzw. die Vergütungsverhandlungen erheblich. Umstritten sind insbesondere die Fragen nach einem bestehenden Behandlungsauftrag der MZEB sowie nach dem leistungsberechtigten Personenkreis. Hinzu kommt, dass die Gründung eines MZEB insbesondere für kleine Träger, ohne Klinik im Hintergrund, schwierig ist. So müssen sie nach der Zulassung ohne finanzielle Unterstützung bereits Personal, Räume, medizinische Geräte und Kooperationsbereitschaften nachweisen. Erst wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, können sie mit den Krankenkassen über die Vergütung verhandeln.

### Entsprechend fordert der DBR:

- 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.

---

<sup>6</sup> BT-Drs. 19/19276, S. 2 und BT-Drs. 19/7656, S. 6 f.

## **6. Zugang zur Rehabilitation verbessern**

Rehabilitation ist nicht nur ein wesentlicher Schlüssel zur Selbstbestimmung und Teilhabe, sondern auch ein bedeutsamer Baustein zur Gewährleistung der Menschenrechte, einschließlich der bestmöglichen körperlichen und geistigen Gesundheit. Sie trägt zu mehr Lebensqualität bei und verringert negative Folgen, wie das Entstehen weiterer Erkrankungen sowie einer (erhöhten) Pflegebedürftigkeit und damit verbunden auch weiterer Kosten für das Gesundheits- und Sozialsystem. Leider profitieren Menschen mit Behinderung und chronischen Krankheiten aber bislang nicht in dem Maße von Rehabilitation, wie dies geboten wäre. Für bestimmte Indikationen gibt es bislang keine oder völlig unzureichende Angebote einer medizinischen Rehabilitation.

Das betrifft u. a. Menschen mit Sehverlust, hörbehinderte/gehörlose oder kognitiv beeinträchtigte Menschen. Auch für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf, ältere Menschen und Pflegebedürftige sowie für Kinder und Jugendliche gibt es zu wenig passgenaue Angebote.

Auch werden ältere Menschen sowie Kinder und Jugendliche beim Zugang zu Reha-Leistungen noch häufig wegen ihres Alters benachteiligt.

So gehen ältere Schlaganfallpatienten beispielsweise nicht selten an der Rehabilitation vorbei direkt in die Pflege oder sie bekommen keine neurologische Rehabilitation, sondern werden in die geriatrische Reha gedrängt. Auch in der medizinisch-beruflichen Rehabilitation gibt es eine negative Korrelation zwischen Rehabilitationsdauer und Alter.

Schließlich werden Kinder und Jugendliche mit kognitiver Behinderung von den verbesserten Konditionen einer Kinder und Jugendrehabilitation nach dem SGB VI (regelmäßige Dauer beträgt mindestens vier Wochen) derzeit strukturell ausgeschlossen. Denn ein Anspruch von Kindern und Jugendlichen nach § 15a SGB VI besteht nur, wenn die angestrebte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes Einfluss auf ihre spätere Erwerbsfähigkeit haben kann. Das Vorliegen dieser Voraussetzung wird von den Entscheidungsträgern bei Anträgen von Menschen mit kognitiver Behinderung oft verneint. Die Betroffenen sind damit auf die Inanspruchnahme von weniger umfangreichen Rehabilitationsleistungen nach dem SGB V (regelmäßige Dauer beträgt höchstens drei Wochen) zurückgeworfen.

Trotz des rechtlich verankerten Anspruchs auf Reha-Leistungen steht anders als bei anderen Gesundheitsleistungen vor der Rehabilitation ein Antragsverfahren, das ohne aktive fachliche Unterstützung der Versicherten kaum zu leisten ist.

## Entsprechend fordert der DBR:

- 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.

## **7. Sektorenübergreifende Versorgung und interprofessionelle Zusammenarbeit**

Der Übergang vom Krankenhaus in die anschließende ambulante medizinische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung ist ein neuralgischer Punkt in der Behandlungs- und Versorgungskette von Patient\*innen. Besonders gravierend ist dies bei Menschen mit Behinderung, die auf eine Unterstützung angewiesen sind. Wenn diese Menschen im Alltag auf Unterstützung zurückgreifen, zum Beispiel ältere Menschen mit einem zusätzlichen Pflegebedarf, Kinder mit Behinderung oder erwachsene Menschen mit einem Assistenzbedarf, ist Unterstützung bei der Organisation der anschließenden ambulanten Versorgung besonders wichtig. Um fehlerhafte oder unvollständige Anschlussbehandlungen zu vermeiden, sind Krankenhäuser nach § 39 Absatz 1a SGB V dazu verpflichtet, ein effektives Entlassmanagement bereitzustellen. Die speziellen Bedarfe von Patient\*innen mit Behinderung werden dabei allerdings nicht flächendeckend berücksichtigt.

### **Entsprechend fordert der DBR:**

- Die Übergänge zwischen den Sektoren müssen so gestaltet werden, dass Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen keine Versorgungsbrüche erleiden. Z.B. brauchen Betroffene mit schweren neurologischen Beeinträchtigungen eine spezialisierte multiprofessionelle und Team-basierte Behandlung über längere Zeit und in abgestuften Versorgungsformen, um eine gute Erholung zu erreichen und im Leben wieder Fuß fassen zu können.
- Für eine lückenlose Versorgungskette muss jedes Krankenhaus ein funktionierendes Entlassmanagement haben, das die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung insbesondere für Menschen mit Behinderung sicherstellt. Im Rahmen der Krankenhausreform muss gewährleistet sein: Ein ausreichend mit Sozialarbeiter\*innen besetzter Sozialdienst und eine gute Verfahrensweisung müssen zu den Qualitätskriterien für die Zuordnung von Leistungsgruppen bzw. Strukturanforderungen für jedes Level werden. Wie die Systematik auch aussieht, dies muss zwingende Voraussetzung für jedes Krankenhaus sein. Der Sozialdienst muss über die Vorhaltepauschalen finanziert werden.
- Es ist eine systematische Kooperation mit den MZEB und den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) einzurichten, um ein Zusammenwirken von ambulantem und stationärem Bereich zum Nutzen der Patient\*innen zu erreichen. Wo immer es sinnvoll und möglich ist, sind passende Strukturen der Selbsthilfe bzw. von Patientenorganisationen etc. in das Entlassmanagement ebenfalls systematisch einzubinden.

## 8. Prävention weiter stärken

Prävention hat für Menschen mit (künftiger) Behinderung zwei wesentliche Funktionen. Zum einen können viele Behinderungen durch eine gute Prävention vermieden werden. Zum anderen bestehen bei Menschen mit Behinderung gehäufte Erkrankungsrisiken, bei denen geeignete Präventionsmaßnahmen sehr wirksam eingesetzt werden können. Schließlich profitieren Menschen mit Behinderung auch von Beratungsangeboten zu gesunder Ernährung und ausreichender Bewegung sowie zur Gefahr des Rauchens. Allerdings sind immer noch zu wenig Präventionsangebote auf diesen Personenkreis zugeschnitten, inklusiv ausgestaltet oder werden in ihren Lebenswelten, also bspw. auch in besonderen Wohnformen, Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) oder Tagesförderstätten erbracht. Darüber hinaus werden Initiativen der Selbsthilfe, ihrerseits Präventionsangebote zu schaffen, durch komplexe Regelungen erschwert.

### Entsprechend fordert der DBR:

- Die Krankenkassen müssen durch den Gesetzgeber in § 20 Abs. 1 SGB V verpflichtet werden, einen bestimmten Anteil der Präventionsleistungen auf Menschen mit Behinderung oder künftiger Behinderung auszurichten.
- Präventionsangebote müssen barrierefrei angeboten werden. Ziel muss sein, diese auch inklusiv anzubieten.
- Der Gesetzgeber muss in § 20a SGB V 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.
- Die Schaffung von Präventionsangeboten durch die Selbsthilfe muss vereinfacht werden.

## 9. Hilfsmittelversorgung verbessern

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt müssen sowohl Kinder und Jugendliche als auch Erwachsene mit einer Behinderung ihre benötigten Hilfsmittel in vielen Fällen hart und vor allem langwierig erkämpfen. Oft werden Hilfsmittel verordnet, aber von den Krankenkassen aus Kostengründen nicht genehmigt. Somit bleibt behinderten Menschen und ihren Angehörigen nur der Weg gegen die Entscheidung zu klagen – was sich in der Regel sehr lange hinzieht. Bis eine Entscheidung erstritten wurde, hat sich oft der Bedarf schon längst wieder geändert (z. B. weil Kinder und Jugendliche sich im Wachstum befinden).

Zudem bestehen weiterhin erhebliche Qualitätsdefizite in der Hilfsmittelversorgung, die maßgeblich durch das in der Hilfsmittelversorgung geltenden wettbewerbsbasierte Vertragsmodell bedingt sind. Bei dem Vertragsmodell schließen die Krankenkassen mit den Leistungserbringern (z.B. Hilfsmittelhersteller) Verträge zur Versorgung der Versicherten. Allerdings standen beim Abschluss der Verträge überwiegend die Kosteneinsparung und weniger die Qualität der Versorgung im Vordergrund. Die bisherigen Bemühungen des Gesetzgebers die Versorgungsqualität durch Nachbesserungen am Vertragsmodell zu erhöhen, waren nicht erfolgreich.

Zu diesem Ergebnis kam auch die Aufsichtsbehörde der bundesunmittelbaren Krankenkassen, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), in seinem Sonderbericht über die Qualität der Hilfsmittelversorgung.<sup>7</sup>

Darüber hinaus bestehen Probleme, wenn Hilfsmittel nicht barrierefrei sind. So sind z. B. die für das Glukosemanagement bei Diabetes benötigten Hilfsmittel, wie Messgeräte, Applikationshilfen und Systeme zur automatischen Insulindosierung gar nicht oder nur eingeschränkt für blinde oder sehbehinderte Menschen bedienbar.

Schließlich werden Menschen mit Behinderung und/ oder chronischen Erkrankungen durch die geltenden Festbeträge finanziell erheblich belastet. Ein Beispiel: Die durchschnittlichen Mehrkosten, die Versicherte bei der Versorgung mit Hörgeräten selbst zahlen, liegen bei über 1.000 Euro und fallen bei mehr als der Hälfte aller Versorgungsfälle an.<sup>8</sup> Dies führt in vielen Fällen dazu, dass die Betroffenen aus finanziellen Gründen nicht die Versorgung mit Hilfsmitteln, wie z. B. Hörgeräten, erhalten, die nötig wären. Eine unterversorgte Schwerhörigkeit kann ihrerseits aber wieder zu schwerwiegenden Folgeerkrankungen führen, die auch die Gesetzlichen Krankenkassen belasten.

Ein Grund für die erheblichen Mehrkosten für Versicherte dürfte sein, dass die Festbeträge vom GKV-Spitzenverband einseitig festgelegt werden (vgl. § 36 Abs. 2 SGB V). Die Leistungserbringer und die Patientenvertretung sind bei der Bestimmung der Festbeträge zwar zu beteiligen, haben aber kein Mitbestimmungsrecht (vgl. § 36 Abs. 2 und § 140 f Abs. 4 SGB V). Zwar soll sich der GKV-Spitzenverband bei der Bestimmung der Festbeträge an den marktrealen Abgabepreisen orientieren. Aufgrund der langen Geltungsdauer der Festbeträge und der Einseitigkeit der Festsetzungskompetenz drängt sich aber der Verdacht auf, dass die Festbeträge nicht widerspiegeln, zu welchem Betrag eine gute Versorgung nach Marktlage möglich ist, sondern zu welchem Betrag eine gute Versorgung nach Auffassung der Krankenkassen möglich sein sollte. Für den Bereich der orthopädischen Einlagen hat das BSG dies bereits festgestellt und die Krankenkassen zur Anhebung der Festbeträge verurteilt.<sup>9</sup>

### **Entsprechend fordert der DBR:**

- 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.

---

<sup>7</sup> BAS, Sonderbericht über die Qualität der Hilfsmittelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 10.10.2022.

<sup>8</sup> GKV-Spitzenverband, Vierter Bericht über die Entwicklung der Mehrkosten bei Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß § 302 Absatz 5 SGB V, Berichtszeitraum: 01.01.2021–31.12.2021, S. 15.

<sup>9</sup> BSG, Urteil vom 07.04.2022, Az: B 3 KR 4/20 R.

- 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.

### **10. Pflege: Selbstbestimmungsrecht achten und Teilhabe fördern**

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit beschränken sich derzeit häufig auf die Gewährung von Leistungen nach dem SGB XI. Dem Aspekt der selbstbestimmten Teilhabe im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention und des SGB IX wird dabei zu wenig Beachtung geschenkt. Dazu gehört als Grundlage der Behinderungsbegriff, die Selbstbestimmung innerhalb der Pflege, genauso wie die Selbstbestimmung bezogen auf den Ort der Pflege und bezogen auf die Möglichkeiten der Lebensführung bei Pflegebedürftigkeit.

Unterstützende Maßnahmen sind hier u.a. eine verbesserte Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, die Teilhabe ermöglichen, sowie eine angemessene Gestaltung des Wohnumfeldes.

Weiterhin ist sicherzustellen, dass auch Pflegebedürftige, die erforderliche medizinische Versorgung erhalten. So ist bspw. die augenärztliche Versorgung in Pflegeheimen bislang vollkommen unzureichend ausgestaltet.

#### **Entsprechend fordert der DBR:**

- 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.
- Für Menschen in Pflegeeinrichtung muss auch die fachärztliche Versorgung sichergestellt sein.
- 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.

## **11. Gute Versorgung mit Außerklinischer Intensivpflege sichern**

Zur Versorgung mit Außerklinischer Intensivpflege (AKI) ist ein komplexes gesetzliches und untergesetzliches Regelungswerk entstanden. Hohe Qualifikationsanforderungen verengen den Kreis von Fachärzt\*innen und Pflegefachkräften, die zur Versorgung intensivpflegebedürftiger Menschen zur Verfügung stehen.

Schon jetzt gibt es Betroffenenberichte, die darstellen, dass es für sie ab November weder verordnende\*n noch potenzialerhebende Ärzt\*in gibt. Die wenigsten der bisher im Gesundheitsportal gelisteten Praxen sind zudem barrierefrei.

Dies gefährdet die Versorgung am gewünschten Wohnort für circa 20.000 Menschen in Deutschland, die auf die lebenssichernden Leistungen der AKI angewiesen sind. Leistungskürzungen sowie eine verstärkte Institutionalisierung sind zu befürchten, auch für betroffene Kinder und Jugendliche. Für sie wird soziale Teilhabe, Freizeit, der Schul-oder Kitabesuch nicht mehr selbstverständlich sein.

### **Entsprechend fordert der DBR:**

- Die Frist für das Inkrafttreten der Neuregelungen zur außerklinischen Intensivpflege muss um zwei Jahre verlängert werden, damit eine Chance besteht, dass genügend qualifizierte Ärzt\*innen für die Verordnung und die Erhebung des Entwöhnungspotentials zur Verfügung stehen.
- Nr. 24 der häuslichen Krankenpflegerichtlinie muss für jene, die nicht beatmet sind, bestehen bleiben.
- Alle Regelungen zur AKI müssen menschenrechtskonform ausgestaltet sein und es sind angemessene Vorkehrungen zu treffen. Dies beinhaltet auch das Recht auf Selbstbestimmung und die freie Wahl des Wohnortes und der Wohnform. Niemand darf gegen den Willen und/oder wegen besonderer medizinischer und/oder pflegerischer Bedarfe in Einrichtungsstrukturen gedrängt werden. Die AKI-Versorgung mittels Persönlichen Budgets darf weder durch die Richtlinie noch durch andere untergesetzliche Regelungen konterkariert werden.

## **12. Fachkräftesicherung und Qualifizierung von Fachkräften**

Eine ausreichende medizinische Versorgung ist schon aktuell nicht für alle Menschen mit Behinderung sichergestellt, insbesondere im ländlichen Raum. In Pflegeeinrichtungen ist die fachärztliche Versorgung teilweise unzureichend. Das gilt etwa für den Bereich der augenärztlichen Versorgung. Die Situation wird sich durch die demografisch bedingte Zunahme an Patient\*innen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen sowie den gleichzeitig zunehmenden Fachkräftemangel verschärfen. Daher ist eine nachhaltige Strategie zur Fachkräftesicherung in allen medizinischen Disziplinen dringend nötig. Gleichzeitig müssen die Ausbildungscurricula überarbeitet und an gesellschaftliche Veränderungen der letzten Jahre angepasst werden, um weiterhin eine adäquate medizinische Versorgung gewährleisten zu können.

### Entsprechend fordert der DBR:

- Die Lehrinhalte zu den Themen Behinderungen, Rehabilitation und Teilhabe unter Berücksichtigung des sozialen Modells von Behinderung müssen in der Aus- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe umgehend verankert, ausgebaut und vermittelt werden.
- Ebenso regelhaft müssen in der ärztlichen und pflegerischen Ausbildung die Kommunikationskompetenz, partizipative Entscheidungsfindung der Patient\*innen und der patientenorientierte Einsatz digitaler Medien und Anwendungen berücksichtigt werden.
- In Lehreinheiten, die die Belange von Menschen mit Behinderung betreffen, sollte schon bei der Erarbeitung der Inhalte immer unter Beteiligung der Betroffenen selbst gearbeitet werden, um einen partizipativen Charakter („nicht über uns ohne uns“) sicherzustellen. Betroffene sind die besten Expert\*innen in eigener Sache und sollten auch so behandelt werden.
- Alle Gesundheitsdienstleistenden (auch Apotheker\*innen und Mitarbeiter\*innen der Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen) sind in Aus-, Fort- und Weiterbildungen regelmäßig entsprechend zu schulen.

### 13. Gendergerechtigkeit

Mit der Gendermedizin entwickelte sich zwar in den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts ein Bewusstsein dafür, dass die Gesundheitsversorgung von Frauen beeinträchtigt ist, wenn Männer die Norm sind: Mehrheitlich werden Medikamente an Männern getestet und es sind ihre Symptome, die Eingang in die Lehrbücher finden.

Aus diesem Male-Bias resultieren Mängel in der Versorgung, Therapie und Rehabilitation von Frauen (und natürlich auch von Inter- und Transpersonen). Die Gesundheitsversorgung (trotz aller Verbesserungen) ist nicht divers oder gendergerecht.

Insbesondere Frauen mit Behinderung/chronischer Erkrankung sind vom Gesundheitswesen ausgeschlossen, da es kaum barrierefrei ist und somit auch keine selbstbestimmte Teilhabe ermöglicht. So verfügen Frauen mit Behinderung/chronischer Erkrankung noch nicht über dasselbe Angebot, dieselbe Qualität und vor allem denselben Standard an regulärer, kostenfreier oder bezahlbarer Gesundheitsversorgung.

Im Bereich der Gynäkologie betrifft dies auch Frauen mit Behinderung/chronischer Erkrankung, wenn sie eine ärztliche Praxis aufsuchen wollen, ohne krank zu sein, z. B. wenn sie verhüten möchten oder schwanger sind. Infolge der eklatant fehlenden Barrierefreiheit gynäkologischer Praxen sind sie von einer entsprechenden Begleitung bzw. Beratung ausgeschlossen bzw. ist diese deutlich erschwert.

## Entsprechend fordert der DBR:

- Die Bedürfnisse und Lebenssituationen von Frauen müssen in stärkerem Maße als bisher berücksichtigt werden und den unterschiedlichen Lebensformen und Lebenslagen muss Rechnung getragen werden. Dabei sind beeinträchtigungsspezifische Bedarfe genauso zu berücksichtigen wie sexueller Orientierung, Trans\*geschlechtlichkeit, Migrationshintergrund, ethnische Zugehörigkeit oder sozialer Herkunft.
- Die Aufnahme neuer Therapieverfahren in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung muss auch durch Informationen über den geschlechtsspezifischen Nutzen und die geschlechtsspezifischen Risiken der Therapieverfahren, über die Steigerung der Lebensqualität durch diese sowie über ihre gesundheitsökonomischen Auswirkungen für beide Geschlechter im Sinne eines Gender Budgeting begleitet werden.
- 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.
- Gendermedizin und ein umfassendes Gesundheitsverständnis im Sinne der Ottawa Charta müssen in die Curricula der Aus-, Fort- und Weiterbildung des medizinischen Personals und der Gesundheitsfachberufe standardmäßig integriert werden. Gendermedizin muss zum festen Bestandteil des Medizinstudiums wie auch der Ausbildung anderer Gesundheitsberufe werden. Es sind verbindliche Lehrinhalte zu entwickeln, deren Anwendung sicherzustellen bzw. regelmäßig zu überprüfen ist. Zum Beispiel die Erweiterung der regulären Medizin-Ausbildung und der ärztlichen Fortbildung um den Themenkomplex „Frauen mit Behinderung“ sowie eine Zusatzausbildung in der Gynäkologie.
- Beschäftigte im Gesundheitswesen müssen geschult werden, um Gewalt zu erkennen und entsprechend handeln zu können. Denn Frauen und Mädchen mit Behinderung erleben 2–3-mal häufiger Gewalt als Frauen und Mädchen im Bevölkerungsdurchschnitt. Häufig werden entsprechende Merkmale bei Behandlungssettings jedoch nicht erkannt, weil sie auf die Behinderung zurückgeführt werden. Zudem müssen intersektionale Präventionsprogramme entwickelt und flächendeckend bereitgestellt werden.  
Es sind Maßnahmen zu ergreifen, um eine Überforderung von Frauen in Pflegefachberufen oder als pflegende Angehörige zu verhindern. Frauen sind unter den Pflegefachkräften sowie als pflegende Angehörige nach wie vor stark überrepräsentiert. Sie sind durch die Mehrbelastung in der Pflege (neben beruflichen und familiären Tätigkeiten) besonders betroffen.

- Verschreibungspflichtige Verhütungsmittel müssen ohne Alters- und Indikationseinschränkung von der Gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden. Derzeit haben Versicherte nur bis zum 22. Lebensjahr einen Anspruch. Insbesondere Frauen mit Lernschwierigkeiten werden hierdurch benachteiligt. Denn preiswerte Verhütungsmittel, wie die Pille oder Kondome, sind für sie nicht geeignet, wenn sie eine regelmäßige Einnahme nicht sicherstellen können. Sie sind daher auf teure Langzeitverhütungsmethoden, wie z. B. die Spirale angewiesen. Erschwerend kommt hinzu, dass das Einsetzen einer Spirale bei ihnen häufig nur unter Vollnarkose erfolgen kann, deren Kosten sie ebenfalls tragen müssen.

Berlin/Kassel, den 15.09.2023