

Stellungnahme der Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.

zum Entwurf eines Aktionsplans für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen des Bundesministeriums für Gesundheit

15.08.2024

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe setzt sich seit über 60 Jahren als Selbsthilfevereinigung, Eltern- und Fachverband für Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Familien ein. In fast 500 Orts- und Kreisvereinigungen, 16 Landesverbänden und rund 4.500 Diensten und Einrichtungen der Lebenshilfe sind knapp 120.000 Mitglieder aktiv. Die Ziele der Lebenshilfe sind umfassende Teilhabe und Inklusion sowie die Umsetzung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen in Deutschland.

A. Vorbemerkung

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. bedankt sich für die Möglichkeit, zu dem vorliegenden Entwurf des Aktionsplans für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) Stellung zu nehmen.

Im Rahmen eines offenen und partizipativen Prozesses wurden viele Maßnahmen zur Schaffung eines diversen, inklusiven und barrierefreien Gesundheitswesens ermittelt. Dass diese zu einem großen Teil in die vorliegende Maßnahmenübersicht aufgenommen wurden und weiterverfolgt werden sollen, begrüßen wir ausdrücklich. Allerdings müssen aus Sicht der Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. in einem Aktionsplan nicht nur die Maßnahmen, sondern auch die mit den Maßnahmen verfolgten Ziele formuliert werden.

Mit Blick auf ein konkretes Ziel lässt sich eine Maßnahme umfassender bewerten, so dass es hilfreich gewesen wäre, wenn zu den Maßnahmen auch das damit angestrebte Ziel aufgeführt worden wäre.

Auch die Zeitvorgaben müssen konkreter ausgestaltet werden. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der Maßnahmen, deren Umsetzung erst „langfristig“ und damit nicht mehr in dieser Legislaturperiode erfolgen soll. Nur mithilfe eines konkret festgelegten Zeitpunkts bzw. -Rahmens der Umsetzung ist eine Evaluation und Fortschreibung des Aktionsplans möglich.

Schließlich muss der Aktionsplan konkrete Vorgaben zur Evaluation und Fortschreibung enthalten, die ebenfalls fehlen (vgl. zu Inhalten und Aufbau eines Aktionsplans: Handreichung für Anwender_innen aus Verwaltung und Zivilgesellschaft zu menschenrechtlichen Aktions- und Maßnahmenpläne der Monitoring-Stelle des Deutschen Instituts für Menschenrechte, Dezember 2019).

Soweit einzelne Maßnahmen unter den Vorbehalt einer finanzneutralen Umsetzung oder verfügbarerer Haushaltsmittel gestellt wurden, muss diese Einschränkung gestrichen werden. Barrierefreiheit und damit eine gleichberechtigte, diskriminierungsfreie Teilhabe an der Gesundheitsversorgung darf nicht unter dem Vorbehalt verfügbarer Finanzmittel stehen.

B. Zu den Maßnahmen im Einzelnen

I. Barrierefreie und inklusive Gesundheitsversorgung

1. Patient*inneninformationen in Leichter Sprache

Dass Patient*inneninformationen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung künftig in Leichter Sprache bereitgestellt werden sollen (**Maßnahme Nr. I.1**), hält die Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. für wichtig und richtig. Darüber hinaus sollte angestrebt werden, Patient*inneninformationen zur ärztlichen Versorgung insgesamt in Leichter Sprache zur Verfügung zu stellen.

2. Barrierefreie (Zahn-) Arztpraxen

Die Maßnahmen zum Abbau von Barrieren im Rahmen des Zugangs zur (zahn-) ärztlichen Versorgung werden grundsätzlich begrüßt (**Maßnahme Nr. I.2 bis I.12**).

a) Bessere Datengrundlage

Die Maßnahmen zur Verbesserung der Datengrundlage hinsichtlich bestehender Barrierefreiheit von (Zahn-)Arztpraxen (**Maßnahmen Nr. I.3 bis I.5**) sind positiv zu bewerten.

Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang zum einen die angestrebte Verpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), der Bundesfachstelle Barrierefreiheit und der Interessenvertretung der Patient*innen nach § 140f SGB V die Richtlinie nach § 75 Abs. 7 S. 1 Nr. 3a SGB V (im Folgenden: Richtlinie) regelmäßig anzupassen (**Maßnahme Nr. I.4**). Sie enthält einen umfassenden Katalog von Kriterien für barrierefreie Arztpraxen und kann dazu beitragen, dass die KBV ihrer bereits seit längerem bestehenden Pflicht zur Information über barrierefreie Arztpraxen nachkommt (§ 75 Abs. 1a S. 2 SGB V).

Zum anderen bewertet die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. auch die Ausweitung dieser Informationspflicht auf Basis der gegebenenfalls entsprechend anzupassenden Richtlinie auf den vertragszahnärztlichen Bereich (**Maßnahme Nr. I.3**) als positiv.

Von erheblicher Bedeutung ist schließlich die angestrebte gesetzliche Verpflichtung der (Zahn-)Ärztenschaft, Angaben zur Barrierefreiheit ihrer Praxis gemäß der Richtlinie zu machen, um sie im (Zahn-)Arztregister aufzunehmen (**Maßnahme Nr. I.5**). Diese Maßnahme ist insbesondere vor folgendem Hintergrund wichtig:

Teil B der Richtlinie sieht in § 2 Abs. 3 vor, dass Vertragsärzt*innen *nicht* verpflichtet sind, die Angaben zur Barrierefreiheit vollständig zu erfassen und an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zu übermitteln. Können sich Praxen nur wenige Punkte zur Barrierefreiheit herausgreifen, zu denen sie Auskunft geben, führt dies zu nicht aussagekräftigen und vollständigen Informationen über das Vorhandensein von barrierefreien Praxen. Auf dieser Datengrundlage ist es der KBV nicht möglich, ihrer Informationspflicht aus § 75 Abs. 1a S. 2 SGB V nachzukommen.

Die im Aktionsplan angestrebte gesetzliche Verpflichtung der (Zahn-)ärzt*innen, Angaben zur Barrierefreiheit ihrer Praxen zu machen, ist somit unbedingt erforderlich. Sofern nicht bereits geplant, sollte in der Verpflichtung zwingend klargestellt werden, dass die Angaben *vollständig, also bzgl. aller Barrierefreiheitskriterien* der Richtlinie erfolgen müssen.

Zwar wurden die Bundesfachstelle Barrierefreiheit und die Interessenvertretung der Patient*innen nach § 140f SGB V bei der letzten Überarbeitung der Richtlinie beteiligt. Es war ihnen aber nicht möglich, eine entsprechende Klarstellung in der Richtlinie selbst zu erwirken, denn die Beteiligung fand nur hinsichtlich der Barrierefreiheitskriterien und nicht hinsichtlich des gesamten Richtlinien-Textes statt. Insofern erfolgte keine Beteiligung bezüglich des problematischen Passus des § 2 Abs. 3 der Richtlinie, welcher vorsieht, dass Ärzt*innen die Barrierefreiheitskriterien ihrer Praxen *nicht vollständig* erfassen müssen.

Soweit die KBV und die KZBV beauftragt werden sollen, jährlich den Status quo der Barrierefreiheit in Vertragsarztpraxen und -zahnarztpraxen in Deutschland (regional und fachgruppenspezifisch) zu evaluieren und den Evaluierungsbericht dem BMG vorzulegen sowie auf ihren eigenen Webseiten zu veröffentlichen (**Maßnahme Nr. I.7**), hält es die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. für notwendig, den Zeitrahmen („langfristig“) zu überdenken und eine kurzfristige Umsetzung vorzusehen.

b) Mehr barrierefreie Praxen

Die Maßnahmen zur Erweiterung der Anzahl barrierefreier Praxen von (Zahn-)Ärzt*innen werden zwar grundsätzlich begrüßt, gehen aus Sicht der Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. aber nicht weit genug.

Begrüßt wird, dass der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen und -zahnärztlichen Versorgung künftig die Belange von Menschen mit Behinderung explizit nennen soll (**Maßnahme Nr. I.10**). Diese Maßnahme sollte auch noch in dieser Legislatur umgesetzt werden.

Dass (Zahn-)Ärzt*innen innerhalb einer gesetzlichen Frist dazu verpflichtet werden sollen, bestimmte Maßnahmen zur Verbesserung der Barrierefreiheit ihrer Praxen zu ergreifen (**Maßnahme Nr. I.6**), wird ebenfalls grundsätzlich begrüßt. Die vorgesehene Beschränkung auf nicht bauliche Maßnahmen hält die Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. aber für nicht sachgerecht. Soweit bauliche Maßnahmen mit einem verhältnismäßigen Aufwand vorgenommen werden können, müssen auch diese ergriffen werden. Außerdem fordert die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. eine Beteiligung der Interessenvertretung der Patient*innen nach § 140 f SGB V bei der Festlegung der Mindeststandards zur Barrierefreiheit. Zeitlich sollte die vorgesehene gesetzliche Änderung für spätestens Ende 2025 geplant werden.

Unterstützt wird, dass die Maßnahmen, die aus dem Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V gefördert werden können, explizit um Maßnahmen zur Förderung der Herstellung von Barrierefreiheit ergänzt werden und ein bestimmter Anteil der Strukturfondsmittel an diesen Zweck gebunden werden soll (**Maßnahme Nr. I.8**). Darüber hinaus sollte der von den KVen für den Strukturfonds zur Verfügung gestellte Betrag erhöht werden, um Maßnahmen der Barrierefreiheit effektiv fördern zu können.

Soweit im Rahmen der Neuzulassungsverfahren künftig Aspekte der Barrierefreiheit berücksichtigt werden sollen, gehen die geplanten Maßnahmen (**Maßnahme Nr. I.11**) nicht weit genug. Anstelle einer bloßen Berücksichtigung des Aspekts der Barrierefreiheit, sollte dieser Punkt mittel – bis langfristig zwingende Voraussetzung für alle Neuzulassungen sein. Zu berücksichtigen sind dabei sowohl die Kriterien der Richtlinie nach § 75 Abs. 7 Nr. 3a SGB V über die Barrierefreiheit von Arztpraxen als auch die anerkannten Regeln der Technik (z. B. DIN 18040 Teil 1 sowie DIN 18041 und damit verbundene weitere Normen und Regelungen). Dafür muss die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) entsprechend geändert werden.

Sofern die Änderung der Verordnung nicht von der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage gedeckt ist, bedarf es einer Änderung der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage. Gleiches muss für Neuzulassungen von Vertragszahnärzt*innen gelten.

Außerdem sollten in überversorgten Gebieten i. S. d. § 103 Abs. 1 SGB V die Sitze von Vertragsärzt*innen unbedingt nur mit barrierefreien Praxen nachbesetzt werden.

Dafür bedarf es einer entsprechenden Änderung des § 103 Abs. 4 SGB V. Dies ist dringend erforderlich, da ansonsten in diesen Ballungsräumen ein Fortschritt zu mehr barrierefreien Arztpraxen kaum zu erreichen ist.

Dass bei Anträgen auf Genehmigung einer Zweigpraxis eine Verbesserung der barrierefreien Versorgung am Ort der Zweigpraxis zukünftig generell Voraussetzung gem. § 24 Abs. 3 Nr. 1 Ärzte-ZV sein soll (**Maßnahme Nr. I.12**), halten wir für einen guten Anreiz, um Barrierefreiheit schnell voranzubringen. Diese Maßnahme sollte verbindlich umgesetzt werden und nicht unter dem Vorbehalt stehen, dass die Bemühungen des BMG für eine solche Regelung erfolgreich sind.

Um das Ziel zu erreichen, dass auch Bestandspraxen flächendeckend vollständig barrierefrei sind, sollten neben den vorgenannten Maßnahmen alle Praxen bis 2035 verpflichtet werden, die Kriterien der Richtlinie nach § 75 Abs. 7 Nr. 3a SGB V über die Barrierefreiheit zu erfüllen.

Schließlich ist auch die geplante Aufforderung der Länder, im Rahmen ihres Mitberatungsrechts in Zulassungsausschüssen verstärkt auf die Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderung hinzuwirken, zu begrüßen (**Maßnahme Nr. I.9**). Dieser Aufgabe könnten die Länder aber noch besser nachkommen, wenn sie anstelle eines Mitberatungsrechts ein Mitbestimmungsrecht in Zulassungsverfahren hätten.

3. Bewertungsmaßstab (zahn-)ärztlicher Leistungen

Die Bewertungsausschüsse gesetzlich zu verpflichten, den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und den Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen (BEMA) zu überprüfen und anzupassen, um den besonderen Erfordernissen behinderter Menschen Rechnung zu tragen (**Maßnahme Nr. I.13**), wird ausdrücklich begrüßt. Entscheidend ist u. a. eine umfassendere Vergütung von Narkosen für Menschen mit Behinderung zur (zahn-)ärztlichen Behandlung.

Diese Maßnahme darf weder unter dem Vorbehalt der Möglichkeit einer punktsummen- und finanzneutralen Umsetzung noch unter dem Vorbehalt erfolgreicher Bemühungen des BMG für eine solche Regelung stehen. Es bedarf einer verbindlichen Umsetzung der Maßnahme.

4. Kapazitätsengpässe bei der Versorgung mit Vollnarkosen

Die Behebung von Kapazitätsengpässen bei der Versorgung von Menschen mit Behinderung, die bei ihrer zahnmedizinischen Behandlung auf Vollnarkosen angewiesen sind (**Maßnahme Nr. I.16**), bedarf einer schnellen Prüfung. Die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. fordert daher, diese Prüfung noch in dieser Legislaturperiode vorzusehen.

5. Barrierefreie Krankenhäuser

Der Maßnahmenkatalog umfasst leider keine Maßnahmen zur flächendeckenden Schaffung eines barrierefreien Zugangs von Menschen mit Behinderung zu Krankenhäusern. Auch in diesem Bereich bedarf es über die bereits existierenden Vorschriften zum barrierefreien (Um-)Bau von Krankenhäusern hinaus an Regelungen – angelehnt an die Richtlinie nach § 75 Abs. 7 Nr. 3a SGB V zur Barrierefreiheit von Arztpraxen. Hierbei sind alle Beeinträchtigungsarten zu berücksichtigen und es bedarf einer fortlaufenden Aktualisierung der Regelungen. Wie für die Richtlinien nach § 75 Abs. 7 Nr. 3a SGB V muss auch für die Erarbeitung die Beteiligung der Interessenvertretungen von Menschen mit Behinderung vorgeschrieben sein. Entsprechend der Regelung für die KVen (§ 75 Abs. 1a S. 2 SGB V) sollten auf der Website der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) umfassende, vollständige und barrierefreie Informationen über die Barrierefreiheit von Krankenhäusern zur Verfügung gestellt werden. Hierfür ist es erforderlich, dass z. B. die DKG oder eine unabhängige Stelle beauftragt wird, das Vorliegen der Kriterien zur Barrierefreiheit von Krankenhäusern innerhalb einer angemessenen Frist abzufragen.

Langfristig muss durch gesetzliche Regelungen (z. B. in § 108 SGB V) sichergestellt werden, dass nur noch die Krankenhäuser an der Versorgung teilnehmen, die sowohl die baulichen als auch die darüberhinausgehend festgelegten Kriterien der Barrierefreiheit erfüllen.

a) Spezialisierte Stationen und Konsilien

Für eine barrierefreie und inklusive Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern sind außerdem spezialisierte Stationen/Angebote für die Behandlung von Menschen mit schwerer geistiger oder Mehrfachbehinderung erforderlich.

Diese Stationen/Angebote sollen eine Ergänzung zur barrierefreien Regelversorgung für diagnostisch oder pflegerisch besonders komplexe Fälle bieten. So könnten sie das stationäre Gegenstück zu den auf ambulanter Ebene bereits existierenden

Medizinischen Behandlungszentren für Menschen mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung gem. § 119c SGB V (MZEB) bilden.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. hält außerdem die Aufnahme einer Maßnahme für erforderlich, welche die konsiliarische Unterstützung der Krankenhäuser durch MZEB und Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) vorsieht, um Übergänge zwischen ambulantem und stationärem Bereich zu erleichtern. Dafür bedarf es der Einrichtung einer systematischen, digital unterstützten Kooperation zwischen MZEB und SPZ einerseits und Krankenhäusern andererseits. Diese Kooperation mit MZEB und SPZ sollte zur Strukturanforderung für jedes Level der Krankenhausversorgung gehören und über Vorhaltepauschalen finanziert werden.

Zusätzlich sollte ein effektiver Sozialdienst, der ebenfalls zur Strukturanforderung für jedes Level der Krankenhausversorgung gehört und über Vorhaltepauschalen finanziert wird, vorgesehen werden. Hierdurch können die Übergänge zwischen den Sektoren besser gestaltet werden, damit Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen keine Versorgungsbrüche erfahren.

b) Begleitung für Menschen mit Behinderung im Krankenhaus

Die Begleitung für Menschen mit Behinderung im Krankenhaus gem. § 44b SGB V auf Grundlage der Evaluationsergebnisse fortzuentwickeln, begrüßt die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. (**Maßnahme Nr. I.18**).

Allerdings bedarf es dringender Maßnahmen, die bereits vor Auswertung der Evaluationsergebnisse erfolgen müssen:

- Eine Begleitperson muss auch dann Krankengeld bekommen, wenn der Begleitungsbedarf unter acht Stunden inklusive An- und Abreise beträgt.
- Der Krankengeldanspruch einer Begleitperson darf nicht davon abhängen, dass die begleitete Person mit Behinderung Leistungen der Eingliederungshilfe bezieht.
- Begleitpersonen müssen in spezifischen, eng umgrenzten Ausnahmefällen auch grundpflegerische Leistungen übernehmen dürfen. Ein solcher Ausnahmefall wäre etwa denkbar, wenn hochspezifische Pflege benötigt wird, die vom krankenhauses internen Personal nicht geleistet werden kann, wenn die Pflegeleistung nur von Bezugspersonen geduldet wird oder wenn ohne die Übernahme der Pflegemaßnahme durch die Bezugsperson die Behandlung im Krankenhaus nicht sichergestellt werden kann bzw. der Krankenhausaufenthalt zu erheblichen Beeinträchtigungen führt. In diesen Fällen sollte auch die Begleitung von Pflegekräften eines ambulanten

Pflegedienstes, der bereits im Alltag Unterstützung leistet, im Krankenhaus weiterfinanziert werden.

Zur Umsetzung dieser Forderung bedarf es einer Streichung des § 44b Abs. 1 S. 2 SGB V und des § 44b Abs. 1 Nr. 1c) SGB V. Die Fälle, in denen Begleitpersonen ausnahmsweise auch Pflegemaßnahmen übernehmen dürfen, können in einem neuen Abs. 1a) des § 44b SGB V benannt werden. Die Regelungen der §§ 11 Abs. 3 SGB V, 63b Abs. 4 S. 1 SGB XII und 34 Abs. 2 S. 2, 2. HS SGB XI müssten auch auf Konstellationen erstreckt werden, in denen hochspezifische Pflege benötigt wird, die vom krankenhausinternen Personal nicht geleistet werden kann, in denen die Pflegeleistung nur von Bezugspersonen geduldet wird oder in denen ohne die Übernahme der Pflegemaßnahme durch die Bezugsperson die Behandlung im Krankenhaus nicht sichergestellt werden kann bzw. der Krankenhausaufenthalt zu erheblichen Beeinträchtigungen führt.

6. Barrierefreiheit in der Rehabilitation

Die Anpassung des § 111 SGB V zur Ergänzung der Rahmenempfehlungen um das Thema Barrierefreiheit (**Maßnahme Nr. I.20**) wird begrüßt.

Darüber hinaus bedarf es, entsprechend der Regelung für die KVen (§ 75 Abs. 1a S. 2, Abs. 7 Nr. 3a SGB V), eine alle Behinderungsarten umfassende vollständige Information über Barrierefreiheit in Rehabilitationseinrichtungen. Auch diese Information muss barrierefrei zur Verfügung gestellt werden.

Außerdem sollten Krankenkassen künftig nur noch Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen schließen, die bestimmte festzulegende Standards der Barrierefreiheit erfüllen. Bestandsverträge sollten mit einer Übergangsfrist bis 2035 an diese Voraussetzung angepasst werden. Zur Umsetzung dieser Forderung bedarf es einer Änderung der Vorschriften zum Abschluss der Versorgungsverträge zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, §§ 111, 111a und 111c SGB V.

a) Kinder- und Jugendrehabilitation auch für kognitiv beeinträchtigte Kinder und Jugendliche

Beim Zugang zu Rehabilitationsleistungen ist es darüber hinaus wichtig, dass Kinder und Jugendliche mit kognitiver Beeinträchtigung nicht benachteiligt werden. Derzeit profitieren Kinder und Jugendliche mit kognitiver Beeinträchtigung faktisch nicht von den vergünstigten Konditionen für die Kinder- und Jugendrehabilitation nach dem SGB VI (regelmäßige Dauer beträgt mindestens vier Wochen).

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 Leistungsträgern bei Anträgen von Menschen mit kognitiver Behinderung oft verneint. Die Betroffenen können dann nur die weniger umfangreichen Rehabilitationsleistungen nach dem SGB V (regelmäßige Dauer beträgt höchstens drei Wochen) in Anspruch nehmen.

Um diese strukturelle Ungleichbehandlung zu beseitigen, müssen die Vorschriften des SGB V und SGB VI für den Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation angeglichen werden. Die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. fordert daher die Anpassung des § 40 SGB V um zusätzliche spezifische Regelungen für die Kinder- und Jugendrehabilitation, deren Umfang der Regelung des § 15a SGB VI entspricht.

b) Rehabilitationsmöglichkeiten für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung schaffen

Auch unabhängig vom Alter ist es wichtig, dass Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung beim Zugang zu Rehabilitationsleistungen nicht benachteiligt werden. Derzeit werden Anträge von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung häufig mit dem pauschalen Hinweis abgelehnt, es fehle an der erforderlichen „Rehabilitationsfähigkeit“ i. S. d. § 9 der Rehabilitations-Richtlinie des G-BA, weil sie die für die Durchführung der Maßnahmen erforderliche Belastbarkeit nicht besäßen. Eine Prüfung des Einzelfalls unter Berücksichtigung der jeweiligen Beeinträchtigung und der Spezialisierung der Rehabilitationseinrichtung erfolgt nicht (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 17.7.2018 – Az: L 11 KR 1154/18). Es bedarf daher einer Klarstellung in der Rehabilitations-Richtlinie, dass das Vorliegen einer kognitiven Beeinträchtigung die „Rehabilitationsfähigkeit“ gem. § 9 der Richtlinie nicht per se ausschließt, sondern in jedem Fall eine genaue Prüfung der Umstände des Einzelfalls erforderlich ist. Bei der Prüfung sind insbesondere Rehabilitationsangebote zu berücksichtigen, die auf Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung ausgerichtet sind.

Außerdem bedarf es Maßnahmen, um die Entstehung von Rehabilitationsangeboten für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung, mit hohem Unterstützungsbedarf, mit hohem Alter, mit Pflegebedarf sowie für Kinder und Jugendliche zu fördern. Auf diese Weise lässt sich einer Diskriminierung dieser Personengruppen in der Rehabilitation entgegenwirken.

7. Versorgung in Medizinischen Behandlungszentren und Sozialpädiatrische Zentren

Die vorgesehene Unterstützung des BMG bei der Organisation von bilateralen Austauschformaten zwischen den Akteuren der Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB) (**Maßnahme Nr. I.21**) wird begrüßt. Allerdings befürwortet die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. eine heterogene Ausrichtung der MZEB und kann sich daher nicht für das Ziel der bundesweiten Vereinheitlichung aussprechen. Die Bedarfslagen der Erwachsenen mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung sind sehr heterogen. Es treten die unterschiedlichsten Erkrankungen und Diagnosehindernisse auf. Daher ist es erforderlich, dass neben dem allgemein ausgerichteten MZEB auch spezielle Zentren bestehen, wie beispielsweise für Spina bifida mit spezifischen Folgekrankheiten oder auch epileptologisch, neuroorthopädisch oder psychiatrisch ausgerichtete MZEB für Menschen mit komplexer Behinderung.

Außerdem ist es erforderlich, dass MZEB flächen- und bedarfsdeckend vorhanden sind. Dafür sollten der Gesetzgeber und die Selbstverwaltung Maßnahmen ergreifen, um die bestehenden Streitpunkte und Unklarheiten, die zur Verzögerung der Zulassungsverfahren führen, zu beseitigen.

So sollte der derzeit noch oftmals angezweifelte Behandlungsauftrag von MZEB gesetzlich klargestellt werden. Hierfür sollte in § 43b S. 1 SGB V der folgende Passus gestrichen werden: *„und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen“*.

Der Gesundheitsausschuss hat im Gesetzgebungsverfahren zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) dem Bundesrat bereits empfohlen, auf die Streichung der gleichlautenden Passage in § 43a SG BV für SPZ hinzuwirken, da sie missverständlich ist und in der Praxis zu Problemen führt (vgl. BR-Drs. 234/1/24, S.2 f.). Dies wird ausdrücklich begrüßt. Da MZEB spiegelbildlich zu SPZ geschaffen wurden, um Menschen mit Behinderung auch über das 18. Lebensjahr hinaus eine ergänzende spezifische Versorgung zu ermöglichen, spricht auch die Erhaltung des Gleichklangs der Vorschriften für SPZ (§ 43a SGB V) und für MZEB (§ 43b SGB V) für die Streichung des Passus in beiden Vorschriften.

Außerdem sollte eine Förderung von gründungswilligen Trägern vorgesehen werden. Schließlich sollten die Länder aufgefordert werden, im Rahmen ihrer Kompetenzen positiven Einfluss auf die Zulassung von MZEB zu nehmen. Flankierend sollte das derzeit bestehende Mitberatungsrecht der Länder in den Zulassungsausschüssen zu einem Mitbestimmungsrecht verstärkt werden.

Die vorgesehene Regelung des BMG, dass Jugendliche auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres in einem SPZ weiter versorgt werden können, wenn dies erforderlich ist (**Maßnahme Nr. I.43**), wird begrüßt. Hierdurch können die Übergänge in die Versorgung in einem MZEB erleichtert werden.

8. Öffentlicher Gesundheitsdienst

Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) müssen sich in besonderer Weise der Barrierefreiheit hinsichtlich Erreichbarkeit, baulicher Maßnahmen und Angebote verpflichtet sehen (**Maßnahme Nr. I.25**). Der dahingehende Einsatz des BMG muss hingegen, anders als aktuell vorgesehen, unbedingt kurzfristig erfolgen.

Soweit sich das BMG für eine Grundlage zur Datennutzung für den ÖGD zur Bewertung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung einsetzen möchte (**Maßnahme Nr. I.16**), ist der Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. unklar, um welche Daten es sich handelt, die hier genutzt werden sollen. Sollten die Abrechnungsdaten der Krankenkassen gemeint sein, erachten wir diese Datengrundlage nicht für geeignet, um Prävention und Gesundheitsförderung nach Bedarf und zielgruppenspezifisch zu gestalten. Wir halten eine Klarstellung, um welche Daten es sich handelt, für erforderlich.

9. Barrierefreiheit von Heilmittelerbringern

Eine gesetzliche Regelung, die den GKV-Spitzenverband verpflichtet, die Heilmittelerbringer-Liste um die Möglichkeit zur Suche nach barrierefreien und rollstuhlgerechten Praxen zu erweitern (**Maßnahme Nr. I.22**), sehen wir positiv. Ebenso wird die damit einhergehende entsprechende Auskunftspflicht der Heilmittelerbringer gegenüber den Zulassungsstellen begrüßt.

Allerdings müssen zusätzlich Maßnahmen ergriffen werden, um die Barrierefreiheit von Heilmittelerbringern voranzutreiben. Dazu sollte die Selbstverwaltung beauftragt werden, unter Beteiligung der Interessenvertretungen nach § 140f SGB V eine klare und umfassende Definition der Barrierefreiheits-Kriterien zu erarbeiten. In der Definition müssen Kriterien für alle Beeinträchtigungsarten berücksichtigt werden und es ist eine fortlaufende Aktualisierung vorzusehen.

Im Anschluss sollte in § 124 Abs. 1 Nr. 2 SGB V vorgesehen werden, dass nur noch Heilmittelerbringer zur Versorgung neu zugelassen werden, wenn sie barrierefrei sind. Bislang fehlt diese Maßnahme im Aktionsplan. Auch bereits zugelassene

Heilmittelerbringer sollten nach einer Übergangsfrist zur Barrierefreiheit verpflichtet werden.

10. Barrierefreiheit von Medizinprodukten

Dass das BMG Fachgespräche mit Herstellern und Nutzer*innen von Medizinprodukten initiieren möchte, um Hersteller dahingehend zu sensibilisieren, das Design von Produkten, Programmen und Dienstleistungen so anzupassen, dass diese auch für Personen mit besonderen Bedarfen und Bedürfnissen gebrauchstauglich sind (**Maßnahme Nr. I.27**), wird begrüßt.

In Anbetracht der Fülle an Medizinprodukten hält es die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. für notwendig, diese Gespräche über einen langen Zeitraum hinweg vorzusehen, so dass eine große Bandbreite an Herstellern unterschiedlichster Medizinprodukte mit Nutzer*innen von Medizinprodukten in den Austausch kommt. Außerdem sollten Nutzer*innen mit unterschiedlichen Arten einer Behinderung sowie ohne Behinderung zu den Gesprächen eingeladen werden.

Auch die Einbeziehung der Patientenorganisationen nach § 140f SGB V hält die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. für erforderlich. Schließlich wird auch eine Beteiligung des BMG an diesen Gesprächen für sinnvoll erachtet. Denn auf Basis der Informationen aus den Gesprächen lassen sich gesetzliche Regulationsnotwendigkeiten zur Barrierefreiheit von Medizinprodukten ableiten.

Soweit das BMG eine Umfrage durchführen möchte, um bei Ärzt*innen den Bedarf an barrierefreien Medizinprodukten für die Praxisausstattung zu ermitteln (**Maßnahme Nr. I.28**), begrüßen wir ausdrücklich, dass diese Maßnahme kurzfristig erfolgen soll. Die Umfrage muss sowohl bei Ärzt*innen als auch bei Personen durchgeführt werden, die auf barrierefreie Medizinprodukte in Praxen von Ärzt*innen angewiesen sind. Andernfalls ist zu befürchten, dass der Bedarf nicht umfassend erfasst wird. Eine entsprechende Ergänzung der Maßnahme halten wir für notwendig.

11. Barrierefreiheit von Hilfsmitteln

a) Beschleunigung von Bewilligungsverfahren

Die im geplanten GVSG vorgesehene Vereinfachung und Verkürzung des Genehmigungsverfahrens für Hilfsmittel, die in SPZ und MZEB verordnet werden (**Maßnahme Nr. I.29**), wird ausdrücklich begrüßt.

Zu den Einzelheiten wird auf die Stellungnahme der Fachverbände für Menschen mit Behinderung vom 30.04.2024 zu dem Referentenentwurf des BMG zu dem Gesetz verwiesen (abrufbar unter www.diefachverbaende.de).

b) Barrierefreie Hilfsmittelerbringer

Es wird begrüßt, dass der GKV-Spitzenverband unter Einbeziehung der Patientenorganisationen nach § 140f SGB V prüft, welche Anforderungen hinsichtlich der Barrierefreiheit von Hilfsmittelerbringern auf Basis der geltenden Rechts- und Gesetzeslage gegebenenfalls in die Empfehlungen nach § 126 Abs. 1 S. 3 SGB V zur Präqualifizierung aufgenommen werden könnten (**Maßnahme Nr. I.30**).

Es sollte zudem vorgesehen werden, dass diese Prüfung innerhalb einer bestimmten Frist erfolgen muss. Sollten keine Kriterien aufgenommen worden sein, muss in jedem Fall ein gesetzlicher Auftrag zur Aufnahme entsprechender Kriterien formuliert werden und nicht nur „gegebenenfalls“, wie es in **Maßnahme Nr. I.31** formuliert wird. Außerdem sollte in **Maßnahme Nr. I.31** klargestellt werden, dass es sich bei den maßgeblichen Patientenorganisationen um solche im Sinne des § 140f SGB V handelt.

c) Mehr barrierefrei bedienbare Hilfsmittel

Auf lange Sicht muss nicht nur ein barrierefreier Zugang, sondern auch eine barrierefreie Nutzung von Hilfsmitteln gewährleistet sein. 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.

Daher wird begrüßt, dass der GKV-Spitzenverband zukünftig in seinen jährlichen Berichten gemäß § 139 Abs. 9 S. 3 SGB V zur Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses verpflichtet werden soll, auch Angaben zur Barrierefreiheit von Hilfsmitteln und zu deren Anteil an den im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Produkten zu machen (**Maßnahme Nr. I. 32**).

Diese Pflicht sollte noch diese Legislaturperiode eingeführt werden. Darüber hinaus halten wir es für erforderlich, eine Quote für den Anteil an barrierefreien Hilfsmitteln im Hilfsmittelverzeichnis festzulegen, die langfristig – in einem konkret festzulegenden Zeitrahmen – erreicht werden muss.

Außerdem sollte im Rahmen der Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses gegebenenfalls auf eine Erkennbarkeit der Barrierefreiheit auf Ebene der Produktart (7-stellige Hilfsmittelpositionsnummer) geachtet werden. Zur Beurteilung der

Barrierefreiheit sollten Kriterien festgelegt werden. Als Orientierung können Kriterien der Verordnung zum Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSGV) herangezogen werden.

12. Weitere Maßnahmen

Die Stärkung der Stabstelle der Patientenvertretung im G-BA (**Maßnahme Nr. I. 35**), ist überfällig und wird ausdrücklich begrüßt.

Auch die Partizipation von Betroffenen/Selbstvertreter*innen bei der Weiterentwicklung von Medizinischen Leitlinien ist von Bedeutung. Über die vorgesehene **Maßnahme Nr. I.39** (Partizipation von Kindern und Jugendlichen die sie betreffenden Leitlinien) hinaus sollte dies für alle Leitlinien und die sie betreffenden Personengruppen gelten. Insbesondere auch für die Leitlinien, die Menschen mit Behinderung betreffen. Außerdem sollte die Perspektive von Kindern und Jugendlichen auch bei der Weiterentwicklung von Leitlinien eingeholt werden, die nicht ausschließlich, aber eben auch Kinder und Jugendliche betreffen.

Die Förderung eines Projekts zur Entwicklung und Erprobung eines Konzepts für (Online-) Schulungs- und Informationsmaterialien für Ärzt*innen sowie für andere Fachkräfte im Gesundheitswesen zum Thema „Stärkung der Partizipation von Kindern und Jugendlichen in medizinischen Entscheidungsprozessen“ (**Maßnahme Nr. I. 40**) wird zusätzlich auch für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung gefordert.

Das geplante Entwicklungsscreening zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zur Kita-Untersuchung, Schulaufnahmeuntersuchung und schulärztlichen Untersuchung (**Maßnahme Nr. I.42**) sollte inklusiv gedacht werden und Kinder sowie Jugendliche mit Behinderung einbeziehen.

Bei der Zugänglichkeit von Impfzentren bei epidemisch bedeutsamen Ausbrüchen impfpräventabler Erkrankungen (**Maßnahme Nr. I.46**) ist auch auf die Zugänglichkeit für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung zu achten.

Die Maßnahmen zur Verankerung der Sprachmittlung (**Maßnahmen Nr. I.50 und I.51**) werden begrüßt. Um auch den Bedarfen von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung nach Unterstützung bei der Kommunikation besser Rechnung zu tragen, sollte außerdem erwogen werden, § 11 Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) von einer „Soll-Vorschrift“ in eine „Muss-Vorschrift“ umzuwandeln. § 11 BGG findet über § 17 Abs. 2a SGB I bei der Ausführung von Sozialleistungen – also auch bei der Ausführung Krankenversicherungsleistungen – Anwendung.

Er sieht vor, dass mit geistig behinderten Menschen in einfacher und verständlicher Sprache kommuniziert werden *soll*. Zusätzlich *sollen* auf Verlangen insbesondere Bescheide, Allgemeinverfügungen, öffentlich-rechtliche Verträge und Vordrucke in einfacher und verständlicher Weise bzw. – sofern dies nicht ausreichend ist – in Leichter Sprache erläutert werden. Durch Umwandlung von einer „Soll-Vorschrift“ in eine „Muss-Vorschrift“ würden diese Vorgaben zwingender.

Die **Maßnahme Nr. I. 34** ist aus Sicht der Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. nicht klar formuliert. Sofern mit der Maßnahme bezweckt werden soll, dass auch Informationen zur Darreichungsform eines Arzneimittels zwingend in Brailleschrift auf der Verpackung anzugeben sind, wird die Maßnahme begrüßt. Dies sollte jedoch klarer und verständlicher in der Maßnahme formuliert werden.

Außerdem fordert die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. die **Aufnahme einer bislang fehlenden Maßnahme**, welche die Finanzierung von verschreibungspflichtigen Verhütungsmitteln ohne Alters- und Indikationseinschränkung von der gesetzlichen Krankenversicherung vorsieht. Derzeit haben Versicherte nur bis zum 22. Lebensjahr einen Anspruch auf kostenfreie Verhütungsmittel. Insbesondere Frauen mit kognitiver Beeinträchtigung werden hierdurch benachteiligt. Denn preiswerte Verhütungsmittel, wie Kondome, sind für sie teilweise aufgrund der Handhabe nicht geeignet. Sie sind daher auf die Pille oder, wenn sie eine regelmäßige Einnahme nicht sicherstellen können, auf noch teurere 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. Es bedarf daher einer entsprechenden Anpassung des § 24a SGB V.

Im Zusammenhang mit den Verhütungsmethoden wäre überdies eine Maßnahme angezeigt, mit der ein Forschungsauftrag erteilt wird, der untersucht, welche Verhütungsmethoden Gynäkolog*innen bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in der Regel in Anwendung bringen und inwieweit diese sich von Menschen ohne kognitive Beeinträchtigungen unterscheiden. Grundlage für diese Fragestellung sind Praxisberichte, wonach bei Frauen mit kognitiver Beeinträchtigung überproportional häufig nebenwirkungsintensive sog. 3-Monatsspritzen verordnet werden und bei Männern mit kognitiver Beeinträchtigung häufiger Sterilisationen nachgefragt sind. In beiden Konstellationen stellt sich die Frage, ob das jeweilige Vorgehen geboten ist.

II. Barrierefreiheit in der Langzeitpflege

1. Außerklinische Intensivpflege

Der Maßnahmenkatalog lässt Regelungen zur außerklinischen Intensivpflege vermissen. Es ist jedoch dringend erforderlich, sicherzustellen, dass die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege am Wunschort der Versicherten erfolgen kann. Außerdem müssen die Entstehung von Leistungslücken verhindert und Versorgungshemmnisse beseitigt werden.

Dafür bedarf es der gesetzlichen Klarstellung, dass das Erfordernis der „ständigen Anwesenheit einer geeigneten *Pflegefachkraft*“ in § 37c Abs. 1 S. 2 SGB V keine Anspruchsvoraussetzung für außerklinische Intensivpflege ist. Maßgeblich muss allein sein, ob bei den Versicherten ein Bedarf an außerklinischer Intensivpflege besteht. Dieser Bedarf liegt vor, *„wenn lebensbedrohliche Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich auftreten können, die eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention erfordern, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß der erforderlichen Interventionen nicht im Voraus bestimmt werden können“* (so auch die bisherige Definition von Intensivpflege in Nr. 24 der Anlage der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie des G-BA i. d. F. bis zum 31.10.2023). Andernfalls fielen Versicherte, die zwar der ständigen Anwesenheit einer Pflegekraft aber eben keiner *Pflegefachkraft* bedürfen, aus dem Leistungsbezug.

Außerdem bedarf es einer Regelung, die vorsieht, dass innerhalb eines gesetzlich zu bestimmenden Übergangszeitraums die Erhebung des Entwöhnungspotentials vor jeder Verordnung nur für die ersten zwei Jahre des Leistungsbezuges erfolgen muss. Hierdurch wird dem Umstand Rechnung getragen, dass sich die Versorgungslandschaft erst an dieses neue Kriterium anpassen muss und es derzeit zu wenig Ärzt*innen gibt, die zur Potenzialerhebung berechtigt sind.

Zudem sollte geregelt werden, dass die verpflichtende Erhebung des Entwöhnungspotentials vor jeder Verordnung auch nach Ablauf des Übergangszeitraums entfallen kann, wenn über einen Zeitraum von zwei Jahren kein Entwöhnungspotential festgestellt wurde.

Versicherten sollte zudem ein Anspruch auf Kostenerstattung für eine selbstbeschaffte Kraft gewährt werden, wenn ein Grund besteht, von der Stellung einer Pflegekraft durch die Krankenkasse abzusehen. Ein Grund hierfür besteht z. B., wenn Versicherte eine besondere persönliche Beziehung zu der selbst beschafften Pflegekraft haben. Die Kostenerstattungsregelung für selbstbeschaffte Pflegekräfte

des § 37 Abs. 4 SGB V soll hierfür vollständig, inkl. der Worte „*oder besteht Grund, davon abzusehen*“, in § 37c Abs. 4 SGB V überführt werden.

2. Verbesserung der pflegerischen Infrastruktur

Die Absicht des BMG, gegenüber den Ländern darauf hinzuwirken, dass bei der Förderung der Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen die Barrierefreiheit in den Blick genommen wird (**Maßnahme Nr. II.1**), wird grundsätzlich begrüßt. Effektiver wäre es allerdings, gesetzlich in § 9 S. 1 SGB XI klarzustellen, dass die Pflicht der Länder zur Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur auch die Vorhaltung einer barrierefreien Versorgungsstruktur umfasst. Hierfür könnte dann durch Landesrecht vorgesehen werden, dass die Förderung der Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen an deren Barrierefreiheit gekoppelt wird.

Die Prüfung von möglichen Schwierigkeiten beim Zugang zur Versorgung für Pflegebedürftige mit besonderen Beeinträchtigungen (beispielsweise psychischen Beeinträchtigungen, besonderen Verhaltensauffälligkeiten etc.) und den diesbezüglichen Ursachen (**Maßnahme Nr. II.2**) begrüßt die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. Sie hält es allerdings für dringend geboten, in die Prüfung auch Betroffene und Betroffenenorganisationen (Patientenorganisationen nach § 140f SGB V) einzubeziehen.

a) Mehr Wohnformen für Menschen mit hohem Pflegebedarf

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. begrüßt, dass das BMG kurzfristig Vorschläge für gesetzliche Regelungen erarbeiten möchte, um gemeinschaftliche Wohnformen im SGB XI zu berücksichtigen (**Maßnahme Nr. II.5**). Die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. regt jedoch dringend an, hier eine eindeutiger Formulierung der Maßnahme vorzunehmen. Denn gerade der Satz 2 der Maßnahme, wonach im Vertragsrecht, im Leistungsrecht und im Qualitätssicherungsrecht der Pflegeversicherung eine Vielzahl an Erscheinungsformen abgebildet und für alle Beteiligten attraktive und rechtlich sichere Gestaltungsmöglichkeiten geboten werden sollen, lässt für eine kurzfristige Maßnahme sehr viel Interpretationsspielraum.

Aus Sicht der Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. geht es bei dieser Maßnahme insbesondere um gesetzliche Änderungen an den §§ 43a SGB XI und 36 Abs. 4 SGB XI sowie um die Aufhebung von § 103 Abs. 1 S. 2 und 3 SGB IX (vgl. Positionspapier der Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. vom Januar 2024 „Für eine gute Pflege auch für Menschen mit Behinderung in besonderen Wohnformen (nach § 43a i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI)“, abrufbar unter www.lebenshilfe.de).

Ziel der Maßnahme muss es sein, dass Menschen mit Behinderung, die in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe leben, unbeschränkten Anspruch auf die vollen Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Sie müssen, wie andere Versicherte auch, zwischen den Leistungen Pflegegeld, Pflegesachleistung, Kombinationsleistung und einer Pauschale der Pflegeversicherung zur Erbringung der Pflege durch die Eingliederungshilfe wählen können, ohne dass hierfür die Leistungen zur Teilhabe der Eingliederungshilfe in Abzug gebracht werden.

Einer etwaig verstärkten Umwidmung von besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe in Pflegeeinrichtungen gilt es hingegen entgegenzuwirken, um gerade Menschen mit komplexen Behinderungen und hohen Teilhabeunterstützungs- und Pflegebedarfen weiterhin ein gutes und bedarfsgerechtes Angebot zu unterbreiten.

b) Mehr Kurzzeitpflegeplätze für Kinder und Jugendliche

Die speziellen Bedarfe von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung und Pflegebedarf bei dem Abschluss von Versorgungsverträgen nach dem SGB XI verstärkt zu berücksichtigen (**Maßnahme Nr. II.8**), hält die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. für anstrebenswert, allerdings nur im Rahmen der Kurzzeitpflege. Denn Kinder und Jugendliche sollten regelmäßig nicht in Pflegeeinrichtungen, sondern in teilhabeorientierteren Wohnformen untergebracht werden. Zur Schaffung der dringend benötigten zusätzlichen Kurzzeitpflegeplätze für Kinder und Jugendliche sollten außerdem die folgenden Maßnahmen ergriffen werden:

- Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird verpflichtet, einen näher zu bestimmenden Anteil des Ausgleichsfonds für die Förderung von Kurzzeitpflegeplätzen für Kinder und Jugendliche aufzuwenden.
- Es wird eine auskömmliche Vergütung für Kurzzeitpflegeeinrichtungen vorgesehen.

c) Pflegeberatung per Videokonferenz

Es wird begrüßt, dass die Möglichkeit, jede zweite Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI als Videokonferenz durchzuführen, verlängert wurde und gegebenenfalls entfristet werden soll.

Neben der Möglichkeit, die Beratung per Videokonferenz durchzuführen, sollte auch die Möglichkeit zur telefonischen Beratung vorgesehen werden, da diese für ältere Personen und Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung niedrigschwelliger umsetzbar ist, als eine Videokonferenz.

d) Pflegekurse

Für den vom BMG geplanten Austausch mit den Vertretungen der Pflegekassen, um eine Prüfung innerhalb der Selbstverwaltung anzustoßen, inwieweit spezielle Pflegekurse für Familien mit Kindern und Jugendlichen mit Pflegebedarf angeboten werden, in welchem Umfang ein Ausbau (oder eine Einführung) sinnvoll wäre und wie diese Pflegekurse gegebenenfalls besser bekannt und zugänglich gemacht werden könnten (**Maßnahme Nr. II.7**), fordert die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. eine Beteiligung der Verbände von Familien mit Kindern und Jugendlichen mit Behinderung.

3. Barrierefreie Informationen

Bei der Prüfung des Qualitätsausschusses Pflege, ob Such- und Informationsangebote barrierefrei genutzt werden können und ob Informationen zur Barrierefreiheit von Pflegeeinrichtungen zur Verfügung stehen (**Maßnahme Nr. II.13**), sollten die Vertretungen von Menschen mit Behinderung beteiligt werden. Zudem sollte vorgesehen werden, dass der Prüfauftrag innerhalb einer bestimmten Frist erfolgt und – sollte die Prüfung Nachbesserungsbedarf ergeben haben – ein gesetzlicher Auftrag zur Schaffung barrierefreier Angebote formuliert wird. Weiterhin müssen auch Beantragungs- und Begutachtungsverfahren barrierefrei ausgestaltet sein.

Maßnahmen zur Förderung des Internet- und WLAN-Zugangs im Rahmen des § 8 Abs. 8 SGB XI und der Investitionskostenförderung (**Maßnahme Nr. II.15 und II.16**) sind zu begrüßen. Damit ein barrierefreier Zugang zum Internet in jedem Fall gewährleistet ist, sollte dieses Kriterium zusätzlich in die Strukturanforderungen der Landesheimgesetze aufgenommen werden.

III. Inklusion durch Personal

1. Diversität, Inklusion und Barrierefreiheit in der Aus- und Weiterbildung

Maßnahmen zur Berücksichtigung der besonderen Bedarfe von Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen sowie von Aspekten der Diversität, Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.

Inklusion und Barrierefreiheit in der Aus- und Weiterbildung von Fachkräften medizinischer Disziplinen (**Maßnahmen Nr. III.1 und III.2**) werden begrüßt und bedürfen einer zeitnahen Umsetzung. Darüber hinaus sollte auch Diskriminierungssensibilität in Aus-, Fort- und Weiterbildung gefördert werden, um eine gute Gesundheitsversorgung von diskriminierungsbetroffenen Personen zu gewährleisten.

2. Schulung der Anbieter von Präventionsleistungen

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. begrüßt die Absicht des BMG, Schulungen der Anbieter von Präventionsleistungen bezüglich der Kommunikation mit behinderten Menschen und der inklusiven Gestaltung von Leistungsangeboten zu initiieren (**Maßnahme Nr. III.3 und III.4**). Allerdings sollte das BMG nicht nur die *Prüfung* der Aufnahme entsprechender Schulungen in den Leitfaden Prävention, sondern die Aufnahme selbst anregen.

Gleiches gilt für die Ergänzung des Leitfadens Prävention um Schulungen für Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen zu der jeweiligen Behinderung, zu Versorgungsangeboten und Präventionsmöglichkeiten (**Maßnahme Nr. III.12**).

Zudem sollten Menschen mit Behinderung und ihre Verbände bei den geplanten Änderungen beteiligt werden. Darüber hinaus muss darauf geachtet werden, dass alle Behinderungsarten mitgedacht werden. Präventionsangebote sind z. B. oft nicht auf die Bedarfe von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung ausgerichtet.

3. Medizin für Menschen mit Behinderung

Die Entwicklung einer Zusatzbezeichnung „Medizin für Menschen mit Behinderung“, die zusätzlich zur Fachärzt*in erworben werden kann (**Maßnahme Nr. III.15**), wird begrüßt. Da es bereits mehrere entsprechende (Stiftungs-)Lehrstühle in diesem Bereich gibt, halten wir eine Umsetzung bis Anfang 2026 für realistisch und wichtig.

IV. Inklusives Gesundheitsförderung und Prävention

1. Barrierefreie Präventionsangebote

An der Entwicklung von innovativen, digitalen und barrierefreien Formen der Leistungserbringung im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (**Maßnahme Nr. IV.2**) sollten Menschen mit Behinderung und ihre Verbände beteiligt werden. In der Maßnahme sollte zudem ausdrücklich benannt

werden, dass zu den Lebenswelten auch besondere Wohnformen, Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) und Tagesförderstätten gehören.

Die Erarbeitung von Kriterien für barrierefreie Präventionsleistungen im GKV-Leitfaden Prävention unter Beteiligung von Menschen mit Behinderung (**Maßnahme Nr. IV.5**) wird begrüßt. Hierbei sollten die unterschiedlichen Arten von Behinderung, insbesondere die kognitive Beeinträchtigung, berücksichtigt und eine fortlaufende Aktualisierung vorgesehen werden. Ein entsprechender Auftrag des GKV-Spitzenverbandes sollte gesetzlich, z. B. in § 20 Abs. 2 SGB V geregelt und mit einer Frist versehen werden, um die Verbindlichkeit zu erhöhen.

Außerdem sollte nach Erarbeitung der Kriterien in § 20 Abs. 1 S. 3 SGB V geregelt werden, dass die in den Satzungen der Krankenkassen vorgesehenen Präventionsleistungen nach Ablauf eines Übergangszeitraumes barrierefrei sein müssen. Darüber hinaus sollten Krankenkassen in § 20 Abs. 1 SGB V verpflichtet werden, einen bestimmten Anteil der Präventionsleistungen speziell auf Menschen mit *kognitiver* Beeinträchtigung auszurichten.

Die Förderung eines Modellvorhabens zur Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines Curriculums zur Ausbildung von Peers, die insbesondere in WfbM zu suchtspezifischen Themen informieren und so präventiv tätig werden (**Maßnahme Nr. IV.6**), wird begrüßt.

Darüber hinaus sollten in besonderen Wohnformen, WfbM und Tagesförderstätten Präventionsleistungen generell vermehrt erbracht werden. Gemäß § 20a SGB V sollen die Krankenkassen den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in den Lebenswelten der Versicherten, z. B. im Schul- oder Universitätskontext, fördern. Teilweise besteht allerdings Unsicherheit, ob auch besondere Wohnformen, WfbM und Tagesförderstätten zu diesen Lebenswelten gehören. Es bedarf daher einer gesetzlichen Klarstellung, dass dies der Fall ist.

2. Zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen

Die geplante Prüfung durch das BMG, inwieweit augenärztliche Früherkennungsuntersuchungen ab dem 55. Lebensjahr zur Erreichung des Ziels, Sehverlust bei Menschen mit Behinderung und kognitiver Beeinträchtigung zu vermeiden, beitragen können (**Maßnahme Nr. IV.16**), wird begrüßt. Zu dieser Fragestellung existieren bereits Studien, die bei der Prüfung Berücksichtigung finden sollten.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. bewertet es außerdem positiv, dass der Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) einen Bericht über die derzeitige Berücksichtigung der besonderen Belange von Menschen mit (kognitiver) Behinderung in Untersuchungs- und Screeningprogrammen abgeben soll. Auch die Prüfung, ob ein gesetzlicher Anspruch dieses Personenkreises auf zusätzliche Screeningleistungen geschaffen werden kann, wird begrüßt. Sollte dies nicht möglich sein, weil die Aufgabe, das Nähere zu Art und Umfang der Vorsorgeleistung zu regeln, bereits gem. § 25 Abs. 4 SGB V an den G-BA übertragen wurde, könnte zumindest dieser gesetzliche Auftrag an den G-BA entsprechend angepasst werden. So könnte in § 25 Abs. 4 SGB V gesetzlich vorgesehen werden, dass der G-BA bei der Festlegung der Zielgruppen, der Altersgrenzen und der Häufigkeit der Untersuchungen, die besonderen Belange von Menschen mit (kognitiver) Behinderung berücksichtigen muss.

3. Forschung

Die besondere Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderung bei Forschungsvorhaben des BMG zur Verbesserung der Evidenz in Prävention und Gesundheitsförderung (**Maßnahme Nr. IV.17**) wird begrüßt. An dieser Stelle hält es die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. für wichtig, Intersektionalität mitzudenken und die Gleichzeitigkeit verschiedener Formen von Diskriminierung neben der Behinderung in den Forschungsvorhaben zu berücksichtigen.

V. Inklusive Digitalisierung

1. Barrierefreiheit digitaler Angebote

Bei der Maßnahme zum Dialogprozess „*Runder Tisch zur Barrierefreiheit von digitalen Versorgungsangeboten*“ (**Maßnahme Nr. V.2**) und bei der Einbindung von Nutzer*innen an der Entwicklung von Technologien und Anwendungen in der gematik (**Maßnahme Nr. V.3**) halten wir es für wichtig, die Interessenvertretung der Patient*innen nach § 140f SGB V als zu beteiligende Organisationen konkret zu benennen.

Außerdem bedarf es im Rahmen der inklusiven Digitalisierung Maßnahmen zur Erlangung und Erhaltung barrierefreier telemedizinischer Angebote und digitaler Anwendungen (z. B. E-Rezept, elektronischer Medikationsplan) sowie einer barrierefreien elektronischen Patientenakte. Die insofern gegebenenfalls bestehenden Gesetzeslücken im SGB V müssen geschlossen werden. Bei der Erarbeitung von Barrierefreiheitskriterien für den digitalen Bereich und der

Überprüfung der tatsächlichen Barrierefreiheit der digitalen Angebote müssen außerdem die Interessenvertretungen gem. § 140f SGB V beteiligt werden.

Schließlich müssen barrierefreie Präsenzangebote für diejenigen, die es wünschen und benötigen, erhalten bleiben.

2. Verbesserung der Datenlage

Die geplanten Maßnahmen zur Verbesserung der Datenlage im Bereich Gesundheit sind unbedingt erforderlich und zu begrüßen. Daten von diskriminierten und marginalisierten Personengruppen sind aktuell unterrepräsentiert. Der Aufbau eines Forschungsdatenzentrums, in welchem repräsentative und unverzerrte Daten bereitgestellt werden sollen, die auch zu einer diversen, inklusiven und barrierefreien Gesundheitsversorgung beitragen (**Maßnahme Nr. V.6**), hält die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. für wichtig. Gleiches gilt für die Verknüpfung von Daten für bessere Forschung und damit für eine diverse, inklusive und barrierefreie Gesundheitsversorgung (**Maßnahme Nr. V.7**).

Intersektionalität ist an dieser Stelle unbedingt mitzudenken und in den entsprechenden Maßnahmen zu verankern.

Die geplante Förderung von Forschungsvorhaben zur Barrierefreiheit und den Bedarfen von Menschen mit Behinderung (**Maßnahme Nr. V.9**) wird grundsätzlich begrüßt, darf aber nicht unter dem Vorbehalt verfügbarer Haushaltsmittel stehen. Mit der **Maßnahme Nr. V.11** soll eine Verbesserung der Rahmenbedingungen zur Partizipation von Ehrenamtlichen bei Fachgesprächen und Begutachtungssitzungen geprüft werden. An dieser Stelle hält die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. eine Konkretisierung der Maßnahme für erforderlich, da nicht klar ist, um welche Ehrenamtlichen und welche Rahmenbedingungen es geht.

VI. Diversität im Gesundheitswesen

Die Maßnahmen zur Diversität im Gesundheitswesen werden weitgehend begrüßt. Bei der frühzeitigen Erkennung von psychosozialen Unterstützungs- und Hilfebedarfen von geflüchteten Menschen (**Maßnahme Nr. VI.3**) ist Intersektionalität unbedingt zu berücksichtigen. Beispielsweise müssen die Hilfebedarfe von geflüchteten Menschen mit Behinderung explizit berücksichtigt werden.

Soweit das BMG in Gesprächen mit dem GKV-Spitzenverband lediglich dafür werben möchte, die Belange von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung bei der Festlegung nach § 20k Abs. 2 SGB V stärker zu berücksichtigen (**Maßnahme Nr. VI.9**), hält die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. dies nicht für ausreichend. Vielmehr bedarf es hierfür der Verpflichtung, einen bestimmten Prozentsatz der Angebote zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz auf Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung auszurichten. Diese Änderung sollte in § 20k SGB V entsprechend vorgenommen werden.

Dass Akteure des Gesundheitswesens mehrsprachige und barrierefreie Gesundheitsinformationen – auch in Leichter Sprache – zur Verfügung stellen sollen (**Maßnahme Nr. VI.16**), wird begrüßt. Gleichzeitig sollte sich die Maßnahme nicht auf ein bloßes werben für barrierefreie Gesundheitsinformationen beschränken, sondern – soweit möglich – eine Pflicht hierzu geregelt werden.

Kontakt:
Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.
Bundesgeschäftsstelle
Hermann-Blankenstein-Str. 30
10249 Berlin
Bundesvereinigung@Lebenshilfe.de
www.lebenshilfe.de
