

## **Stellungnahme des Bundesverbandes evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) zum Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen (Formblätter ab Seite 3)**

### **I. Einleitung**

Ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen, das das Recht auf Gesundheit von Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung erfüllt, ist ein universelles Menschenrecht, für das sich der BeB seit Jahren einsetzt. Vor diesem Hintergrund begrüßt der BeB ausdrücklich das geplante Vorhaben der Koalitionsparteien.

Hierbei gilt es zu berücksichtigen, dass der Gesundheitszustand eines Menschen, neben den Barrieren, die aus der Teilhabebeeinträchtigung und bzw. oder psychischen Erkrankung in Wechselwirkung mit der Umwelt resultieren, von weiteren Faktoren beeinflusst wird. Dies sind vor allem sozioökonomische Faktoren wie die Armut, ein Migrationshintergrund, das Alter etc. Diese intersektionelle Betrachtungsweise gilt es bei der Weiterentwicklung diverser, barrierefreier sowie inklusionssensibler Gesundheitssysteme zu berücksichtigen.

Für die spezifischen Bedarfslagen von Menschen mit einer psychischen Erkrankung verweist der BeB in Ergänzung der nachfolgenden Ausführungen auf den Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen (Psychiatriedialog des BMG). Den in diesem Rahmen formulierten Forderungen und Positionen schließt sich der BeB ausdrücklich an.

Ein Aktionsplan, der in Beteiligung erarbeitet werden soll, muss vor allem den nachfolgenden Grundsätzen Rechnung tragen:

- Der Erfolg einer Agenda für eine inklusionssensible und barrierefreie Gesundheitspolitik setzt einen Dialogprozess voraus, der unter der Beteiligung von Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung erarbeitet wird. Dies bedeutet, dass nicht nur Verbände und Organisationen an dem Prozess partizipieren dürfen, sondern vor allem auch Menschen, die eine geistige, körperliche oder Sinnesbehinderung oder/und psychische Erkrankung haben sowie deren Angehörigen.
- Darüber hinaus müssen die Maßnahmen bedarfsgerecht und nutzer\*innenorientiert, rehabilitativ und recoveryorientiert, teilhabesensibel sowie sozialraumorientiert sein und in einem hohem Maß Selbstbestimmung ermöglichen.

## II. Allgemeines

Für die Verwendung des Begriffs der Behinderung im Rahmen eines Aktionsplans ist eine Orientierung an dem in Art. 1, S.2 der UN-BRK hinterlegten Begriff erforderlich. Zur Gruppe der Menschen mit Behinderung gehören danach *„Menschen die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“*

Die Barrieren des derzeitigen Gesundheitswesens sind unter Zugrundelegung dieses Begriffs aus der Perspektive der jeweiligen Beeinträchtigung, d.h. der körperlichen, geistigen, seelischen und/oder Sinnesbeeinträchtigungen in Wechselwirkung mit den Barrieren in der Umwelt<sup>1</sup> zu betrachten. Dies beinhaltet Barrierefreiheit bezogen auf alle gestalteten Lebensbereiche. Darunter sind alle baulichen und sonstigen Anlagen, technischen Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen, Kommunikationseinrichtungen und andere gestaltete Lebensbereiche<sup>2</sup> zu fassen. Auch sonstige Einrichtungen und Dienstleistungen, die der Gesundheitsversorgung dienen, sind zugänglich und damit barrierefrei zu gestalten, vgl. Art. 9 und 25 UN-BRK. Eine barrierefreie Umwelt erstreckt sich darüber hinaus auf all diejenigen Leistungen, die in medizinischen bzw. Gesundheitseinrichtungen -insbesondere durch medizinisches, pflegendes oder tätigkeitsverwandtes Personal- erbracht und vorgehalten werden. Dies schließt die kommunikative und beziehungsgestaltende, aber auch die fachliche und monetäre Umwelt ein.

Barrierefrei sind die aufgeführten Anlagen, Gebrauchsgegenstände, Systeme, Quellen, Lebensbereiche sowie Dienstleistungen der gesundheitlichen Versorgung und Rehabilitation, sofern sie für Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe nutzbar, zugänglich und auffindbar sind.

Dabei beinhaltet der Anspruch auf Zugänglichkeit zu Einrichtungen und Diensten der gesundheitlichen Versorgung und Rehabilitation (Art. 9 UN-BRK) die Verpflichtung aller Vertragsstaaten zur Herstellung geeigneter Maßnahmen, einschließlich der Feststellung und Beseitigung vorhandener Barrieren und Hindernisse.

Um ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen zu schaffen, ist somit allen Menschen unabhängig von einer Behinderung und/oder psychischen Erkrankung, der Einkommenssituation, der Kultur oder der Sprache der gleichberechtigte Zugang zu gewähren.

Um bis zur Erreichung der vollständigen Barrierefreiheit die Zugänglichkeit zur Gesundheitsversorgung für alle Menschen gleichermaßen zu sichern, bedarf es individueller Lösungen durch einen Rechtsanspruch auf angemessene Vorkehrungen.

---

<sup>1</sup> Gemeint ist, die die gesundheitliche Versorgung betreffende Umwelt.

<sup>2</sup> Davon erfasst sind auch Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie

# Handlungsfeld I: Barrierefreie und inklusive Gesundheitsversorgung

## I.1. Barrierefreie Arztpraxen

<b>Ziele:</b>	<b>Maßnahmen:</b>	<b>Umsetzungsform:</b>	<b>Status:</b>	<b>Zeitraumen:</b>
Die barrierefreie bauliche, räumliche und technische Gestaltung sowie Ausstattung der Arztpraxen (einschließlich Einrichtungen u. Dienste, die an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt sind) und Zugangswege ist sichergestellt.	Es werden die Kriterien definiert, die eine Arztpraxis erfüllen muss, um barrierefrei zu sein. Die Definition berücksichtigt motorische und Sinnesbeeinträchtigungen, kognitive, kommunikative und psychische Beeinträchtigungen. Erfasst werden vorhandene Normen sowie anerkannte Regeln der Technik (z.B. DIN 18040 Teil 1, DIN 18041) und damit verbundene weitere Vorgaben zur Barrierefreiheit. Darüber hinaus werden die vom Deutschen Behindertenrat und der Kassenärztlichen Vereinigung entwickelten Kriterien für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen berücksichtigt.	Gesetzlicher Änderungsbedarf: Anpassung und Erweiterung der KBV-Richtlinie.	Neu bzw. laufend	Aktuelle Legislatur
Die barrierefreie bauliche, räumliche und technische Gestaltung sowie Ausstattung der Arztpraxen (einschließlich Einrichtungen u. Dienste, die an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt sind) und Zugangswege ist sichergestellt.	Es wird gesetzlich klargestellt, dass der Sicherstellungsauftrag zur Versorgung mit barrierefreien Arztpraxen bei den kassenärztlichen Vereinigungen (KV) liegt. Zur Erfüllung dieses Auftrags werden die KVen verpflichtet und ermächtigt, alle erforderlichen Maßnahmen zu treffen und verstärkte Mittel des Fonds (anteiliger Prozentsatz des Fördervolumens) gem. § 105 SGB V einzusetzen.	Gesetzlicher Änderungsbedarf:  In § 75 Abs. 1 a SGB V wird normiert, dass der Sicherstellungsauftrag auch die Förderung und Schaffung von barrierefreien Arztpraxen umfasst.	Neu	Aktuelle Legislatur

	<p>Darüber hinaus wird das Fördervolumen des Strukturfonds erhöht. Ergänzend dazu wird ein steuerfinanziertes Förderprogramm zur Förderung barrierefreier Praxen (für besondere Konstellationen und besondere Bedarfslagen) aufgelegt.</p>	<p>Die KVen werden verpflichtet Zuschüsse aus dem Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V zu gewähren. Dazu wird § 105 Abs. 1 a SGB V angepasst und „die Förderung der Barrierefreiheit“ ergänzt.</p> <p>Darüber hinaus wird die prozentuale Höhe, der zu verwenden Zuschüsse festgelegt und der von den KVen für den Fonds zur Verfügung zu stellender Betrag erhöht.</p> <p>Förderprogramm: Es wird ein bundesweites Förderprogramm geschaffen, das steuerfinanziert ist und die Barrierefreiheit von Arztpraxen fördert (nicht alle Arztpraxen, sondern diejenigen für besondere Konstellationen und Bedarfslagen).</p>		
<p>Es werden angemessene Vorkehrungen getroffen, sofern die baulichen, räumlichen und technischen Barrieren nicht sofort zu beseitigen sind. Es ist gewährleistet, dass Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung einen gleichberechtigten Zugang zu allen Arztpraxen erhalten.</p>	<p>Arztpraxen müssen im Einzelfall geeignete Anpassungen vornehmen, die keine unverhältnismäßige Belastung bzw. unbillige Härte darstellen. Die zu beseitigenden Barrieren und die angemessenen Vorkehrungen werden im Zulassungsverfahren angegeben z. B. alternative Möglichkeiten der Inanspruchnahme der Leistungen u. a. alternativer Ort der Sprechstunde, z. B. Hausbesuche oder/und Einsatz entsprechender Hilfsmittel, wie Treppensteighilfsmittel, Rampen, geeignete Transportmittel, digitale Sprechstunden etc.</p>	<p>Gesetzlicher Änderungsbedarf:  Anpassung der Zulassungs-VO und Regelung, das bei nicht zu beseitigenden Barrieren im Zulassungsverfahren angegeben werden muss, welche angemessenen Vorkehrungen getroffen werden.</p>	<p>Neu</p>	<p>Aktuelle Legislatur</p>

<p>Die größere Anzahl der Arztpraxen und Zugangswege ist barrierefrei.</p>	<p>1. Es werden Zielvorgaben zum Anteil barrierefreier Arztpraxen in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung aufgenommen.</p> <p>Ergänzend gilt:</p> <p>2. Vertragsarztsitze in überversorgten Gebieten werden regelhaft nur mit barrierefreien Praxen nachbesetzt. Ausnahmen unter Beachtung der regionalen Verfügbarkeit werden definiert.</p> <p>3. Neuzulassungen werden in der Regel nur für Barrierefreie Praxen vorgesehen. Unter Beachtung der regionalen Verfügbarkeit werden Ausnahmen definiert.</p> <p>4. Bestandspraxen werden barrierefrei und müssen alternativ angemessene Vorkehrungen treffen.</p>	<p>(Gesetzlicher) Änderungsbedarf: Zu 1. Anpassung der Bedarfsplanungsrichtlinie</p> <p>Zu 2. Regelung zur Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes unter der Bedingung, der Sicherstellung von Barrierefreiheit. Dafür gilt es § 103 Abs. 4 SGB V entsprechend anzupassen.</p> <p>Zu 3. Regelung in den Zulassungsverordnungen der Ärzte zur vorrangigen Zulassung barrierefreier Arztpraxen. Die Ermächtigungsgrundlage wird geändert, wenn die Änderung der Ärzte-ZV nicht von der gesetzlichen Ermächtigung gedeckt ist. In den Zulassungsverordnungen wird auch verankert, dass der Zulassungsausschuss über Ausnahmen entscheidet.</p> <p>Zu 4. Dahingehende Anpassung der Zulassungs-VO. Darüber hinaus: Regelung angemessene Vorkehrungen treffen zu müssen.</p>	<p>Neu</p>	<p>Zu 1. Aktuelle Legislatur</p> <p>Zu 2. Wird bis Ende 2024 erarbeitet und tritt in 2025 in Kraft</p> <p>Zu 3. Die Regelung wird bis Ende 2024 erarbeitet und tritt im Jahr 2027 in Kraft.</p> <p>Zu 4. Die Regelung tritt im Jahr 2035 in Kraft. Regelung, bzgl. des Treffens angemessene Vorkehrungen in dieser Legislatur (In Kraft treten 2025).</p>
<p>Es gibt öffentlich zugängliche Informationen, ob Arztpraxen (bzw. in welchem Umfang) barrierefrei sind.</p>	<p>Die Krankenkassen stellen entsprechende Informationen bereit.</p>	<p>Gesetzlicher Änderungsbedarf: Die Richtlinie nach § 75 Abs. 7 SGB V wird überarbeitet und entsprechend ergänzt.</p>	<p>Neu</p>	<p>Aktuelle Legislatur</p>

<p>Die Kommunikations- und Umgangsformen in den Arztpraxen sind barrierefrei.</p>	<p>Die Kriterien, die eine Arztpraxis erfüllen muss, um barrierefrei zu sein erstrecken sich auch auf die Kommunikationsformen, Umgangsformen, Informationskanäle und Informationsmaterialien.</p> <p>Barrierefreie Kommunikation beinhaltet die Verwendung von einfacher und leichter Sprache bzw. eine durch Vorleser zugänglich gemachte Sprache, Brailleschrift sowie die Zuhilfenahme ergänzender und alternativer Formen. Weitere Mittel und Formate der Kommunikation sowie Informationstechnologien müssen eingeführt werden. Dies umfasst geeignete Orientierungshilfen, taktile kontrastreiche Kommunikationsmittel, Unterstützte Kommunikation (UK), Gebärdensprachen sowie anderer nicht gesprochener Sprachen.</p> <p>Die Arztpraxen können über ihre Gesundheitsleistungen in barrierefreier Form informieren.</p> <p>Die Arztpraxen haben Informationen zu telefonischen und Video-Simultan-Dolmetscherangeboten und können diese nutzen.</p> <p>Die Behandlung selbst muss sich durch einen wertschätzenden Umgang und eine Kommunikation auf Augenhöhe auszeichnen. Die besonderen Herausforderungen in der Interaktion mit Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung werden dabei berücksichtigt.</p>	<p>Änderungsbedarf: Die KBV- Richtlinie wird angepasst.</p> <p>In § 75 Abs. 1 a SGB V wird normiert, dass der Sicherstellungsauftrag die Förderung und Schaffung von barrierefreien Arztpraxen umfasst.</p> <p>In den Ausbildungsordnungen werden Schulungen zur barrierefreien Kommunikation und Interaktion verpflichtend geregelt.</p> <p>Die Zulassungs-VO wird angepasst und es wird geregelt, dass die Maßnahmen, die zur barrierefreien Kommunikation und Interaktion vorgehalten werden, angegeben werden müssen.</p> <p>Die KVen werden verpflichtet Zuschüsse (prozentual anteilig) aus dem Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V zu gewähren. Dazu wird § 105 Abs. 1 a SGB V angepasst und „die Förderung der Barrierefreiheit“ ergänzt (vgl. oben).</p> <p>Es wird sichergestellt, dass die Regelung zur Dolmetschertätigkeit gem. § 17 umgesetzt wird. Die Möglichkeit zur Mitnahme eigener Dolmetscher wird geschaffen.</p> <p>Es gibt eine Kampagne zur barrierefreien Versorgungssicherheit</p>	<p>Neu</p>	<p>Aktuelle Legislatur</p>
---	---	--	------------	----------------------------

<p>Das Fachwissen der an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Ärzt*innen bzw. des medizinischen Personals, dass in Arztpraxen tätig ist, ist in Bezug auf die Behandlung von Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung ausgebaut und weiterentwickelt.</p>	<p>Ausbau und Weiterentwicklung der Kenntnisse des medizinischen und tätigkeitsverwandten Personals bezüglich bestimmter Krankheitsbilder, Risikofaktoren, Symptome u. Behandlungsmöglichkeiten. Neben bestimmten (behinderungsspezifischen) Krankheitsbildern und Risikofaktoren müssen Kenntnisse zu folgenden Wissensfeldern vorhanden sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zum Verständnis von Behinderung</li> <li>• zum bio-psycho-soziale Modell</li> <li>• zur ICF</li> <li>• zu den Rehabilitationssystemen und den gesetzlichen Grundlagen</li> <li>• zum Begriff der Barrierefreiheit</li> <li>• zum Verständnis von Selbstbestimmung</li> <li>• Nationaler Lernzielkatalog</li> </ul> <p>Weitere erforderliche Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisierung und Qualifizierung für die Bedarfe von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Menschen mit psychischen Erkrankungen können derzeit nur unter erschwerten Bedingungen auf ambulante psychotherapeutische Angebote zurückgreifen und benötigen daher entsprechend qualifizierte Ansprechpartner*innen in den Arztpraxen.</li> <li>• Sensibilisierung für das Risiko der Diskriminierung</li> </ul>	<p>Gesetzlicher Änderungsbedarf:</p> <p>Die medizinische und pflegerische Aus- und Fortbildung, sowie die Ausbildung tätigkeitsverwandter Berufe wird weiterentwickelt. Dazu werden die Ausbildungsordnungen und Curricula um behinderungsspezifische Krankheitsbilder u. Risikofaktoren und die weiteren, in Spalte 2 benannten Wissensfelder, ergänzt.</p> <p>Es werden Erfahrungs- und Lernräumen in der Praxis, für alle an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte, etabliert.</p>	<p>Laufend bzw. Neu</p>	<p>Aktuelle Legislatur</p>
<p>Die zeitlichen und finanziellen Rahmenbedingungen für die Behandlung von Menschen mit Behinderung und psychischer</p>	<p>Es werden Anreize durch Zeitzuschläge und höhere Vergütungen geschaffen.</p>	<p>Gesetzlicher Änderungsbedarf:</p>	<p>Neu</p>	<p>Aktuelle Legislatur</p>

<p>Erkrankung sind ausgebaut und weiterentwickelt.</p>	<p>Die umfänglicheren Zeiten und Ressourcen, die für die Aufklärung u. Diagnostik und ggfs. Unterstützung der Patient*innen mit Behinderung und psychischer Erkrankung und deren fachgerechter Behandlung benötigt werden, sind abgebildet.</p>	<p>Die Selbstverwaltungspartner werden in § 87 SGB V verpflichtet entsprechende Vergütungsanreize für die Behandlung von Menschen mit Behinderung zu schaffen Dazu bietet sich eine Zeitpauschale, wie sie der EBM z.B. für die Psychiatrie vorsieht (vgl. EBM. Ziffer 21220) an.</p>		
<p>Die Erreichbarkeit der Arztpraxen ist unabhängig von der Art der Beeinträchtigung sichergestellt. Der ÖPNV ist ausgebaut.</p>	<p>Es ist sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung in erreichbarer Nähe und vor allem im ländlichen Raum auf eine ausreichende Anzahl an geeigneten Arztpraxen zurückgreifen können. Darüber hinaus müssen die Beförderungsmöglichkeiten weiterentwickelt werden. Der ÖPNV ist auszubauen und die Beförderungsrichtlinien sind anzupassen. Die Kostenübernahme der Beförderung ist zu prüfen, sofern dadurch die Behandlung sichergestellt werden kann. Kommunale Beförderungsdienste werden als Rufdienste ausgestaltet.</p>	<p>Gesetzlicher Änderungsbedarf:  Gesetzlicher Auftrag der KVen, die angemessene Versorgung mit Arztpraxen im ländlichen Raum sicherzustellen (v.a. mit Arztpraxen, die vulnerable Personengruppen betreuen) bzw. angemessene Vorkehrungen zu treffen. Dazu werden Versorgungsschlüssel eingeführt und (ergänzend zum GVSG) geeignete Anreize für Ärzt*innen geschaffen. Können die Versorgungsschlüssel nicht erfüllt werden, müssen angemessene Vorkehrungen z.B. (Hausbesuche, Kostenübernahme der Beförderung etc.) getroffen werden.  Überprüfung der Beförderungsrichtlinie des G-BA und ggfs. Anpassung</p>	<p>Laufend bzw. Neu</p>	<p>Aktuelle Legislatur</p>
<p>Die barrierefreie Behandlung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder/und körperlichen oder geistigen Behinderung wird sichergestellt.</p>	<p>Die aufsuchende Behandlung (Hausbesuche) in der eigenen Häuslichkeit für Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankungen wird ermöglicht.</p>	<p>Gesetzlicher Änderungsbedarf</p>	<p>Neu</p>	<p>Aktuelle Legislatur</p>



	<p>Hausbesuche bei psychischen Beeinträchtigungen werden durch psychiatrische Institutsambulanzen sowie Hausärzt*innen und Fachärzt*innen sichergestellt.</p> <p>Darüber hinaus wird die telemedizinische Behandlung für Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankungen ermöglicht.</p> <p>Ergänzend dazu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortbildung der Praxismitarbeitenden</li> <li>- Berücksichtigung eines erhöhten Zeitbedarfes und zeitliche Flexibilisierung der Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen s. o.</li> <li>- Für Menschen mit psychischen Erkrankungen sind angepasste Interaktionsformen bei Verwaltungsvorgängen und im Rahmen der Therapie sicherzustellen.</li> <li>- Die Beziehung zu An- und Zugehörigen und die Beziehung zu den Assistenzen (ggf. über die Eingliederungshilfe oder die Pflege) ist zu gestalten.</li> </ul>			
--	--	--	--	--

## I.2. Barrierefreie Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen

<b>Ziele:</b>	<b>Maßnahmen:</b>	<b>Umsetzungsform:</b>	<b>Status:</b>	<b>Zeitraumen:</b>
Die barrierefreie bauliche, räumliche und technische Gestaltung der Krankenhäuser u. Rehabilitationseinrichtungen und der Zugangswege ist sichergestellt.	<p>Es gibt eine Definition der Kriterien, die Krankenhäuser erfüllen müssen, um barrierefrei zu sein. Die Definition enthält Kriterien für alle Beeinträchtigungsformen.</p> <p>Für alle Leistungsgruppen im Krankenhaus wird Barrierefreiheit bundeseinheitlich als Qualitätskriterium festgelegt.</p> <p>Bestehende (zugelassene) Krankenhäuser müssen angemessene Vorkehrungen treffen, sofern sie die Vorgaben nicht vollständig umsetzen können.</p>	<p>Gesetzlicher Änderungsbedarf:</p> <p>Die gesetzliche Definition wird unter der Beteiligung von Menschen mit Behinderung gemeinsam mit den zuständigen Gremien erarbeitet (GKV-Spitzenverband; Spitzenverbände der Rehabilitation/Krankenhäuser; G-BA, etc.)</p> <p>Ergänzend dazu wird eine Rechtsverordnung des BMG erlassen, die Barrierefreiheit als Qualitätskriterium der Leistungsgruppen (unter Einbeziehung angemessener Vorkehrungen) festschreibt.</p>	Neu	Im Rahmen der Umsetzung der Krankenhausreform
Gleichberechtigte und bedarfsgerechte Sicherstellung einer medizinisch sachgerechten und angemessenen Krankenhausbehandlung von Menschen mit Behinderung gemäß der UN-BRK in allen Krankenhäusern, durch die Menschen mit und ohne Beeinträchtigung gleichberechtigt und damit	Erarbeitung eines für alle Krankenhäuser verbindlichen Maßnahmenkatalogs als Voraussetzung für die Behandlung von Menschen mit Behinderung, ggfs. in Arbeitsteilung mit benachbarten Krankenhäusern und Schaffung der entsprechenden Voraussetzungen in allen Krankenhäusern, u.a.: bauliche Voraussetzungen und Ausstattung, Personal (Qualifizierung des Personals und Personalschlüssel). Finanzierung, Kommunikation, Umgangsformen, Mitaufnahme von Assistenzpersonen etc.	<p>Gesetzlicher Änderungsbedarf:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verpflichtende Regelungen zur Aufnahme und Behandlung von Menschen mit Behinderung in allen Krankenhäusern</li> <li>• Neudefinition sektorenübergreifender Regelungen</li> </ul>	Neu	Im Zuge der Krankenhausreform; Zielerreichung in spätestens 10 Jahren

individuell bedarfsgerecht werden. sowie versorgt	Die Zusammenarbeit mit einem MZEB zur Vor- und Nachbereitung stationärer Behandlung sollte angestrebt werden, auch in Form von Konsultätigkeit (auch digital). Die Maßnahmen sind auskömmlich zu finanzieren.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neudefinition einer Vergütungsziffer/OPS zum Ausgleich des Mehraufwands</li> </ul>		
Die Krankenhäuser sind für Menschen mit psychischen Erkrankungen barrierefrei zugänglich; Stationsäquivalente Behandlungsformate bzw. andere Angebote in der Psychiatrie werden ermöglicht.	<p>Die Behandlung und die Interaktionsformen bedürfen einer hohen Sensibilität.</p> <p>Darüber hinaus gilt es:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• höhere Zeitumfänge sowohl bei Verwaltungsvorgängen als auch im Rahmen der Therapie sicherzustellen</li> <li>• die Beziehung zu An und Zugehörigen zu gestalten</li> <li>• die Beziehung zur Assistenz (ggf. über die Eingliederungshilfe oder die Pflege) zu gestalten</li> <li>• höhere Zeitbudgets zu verankern und diese im Rahmen der Finanzierung abzubilden</li> </ul> <p>Ergänzend dazu muss die Behandlung in Krankenhäusern und Rehaeinrichtung in die übergreifende personenzentrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung eingebunden werden. Dazu müssen bei Entlassung, während der Behandlung und im Hinblick auf die Entlassung kontinuierliche Kooperationsbeziehungen zu den außerklinischen Einrichtungen unterhalten werden.</p>	<p>Gesetzlicher Änderungsbedarf:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schulung und Fortbildung der Mitarbeitenden</li> <li>• Ausbau der Personalschlüssel</li> <li>• Angebote sind in geringem Ausmaß oder gar nicht verfügbar und deshalb zu schaffen</li> <li>• Die stationsäquivalente Behandlung muss bedarfsorientiert flexibilisiert werden.</li> <li>• Individuelle Behandlungs- und Rehaplanung, systematisches Aufnahme- und Entlassmanagement</li> </ul>	Neu	Aktuelle Legislatur
Die Kommunikations- und Umgangsformen in den Krankenhäusern sind barrierefrei.	Vgl. Inhaltgleich zu den Ausführungen bei den Arztpraxen	Vgl. Inhaltgleich zu den Ausführungen bei den Arztpraxen	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Das Fachwissen aller Ärzte und Ärztinnen bzw. des medizinischen, pflegerischen und tätigkeitsverwandten.	Die medizinische bzw. pflegerische Aus- und Weiterbildung wird um die benötigten Inhalte (vgl. die Ausführungen zu den Arztpraxen) ergänzt.	Gesetzlicher Änderungsbedarf	Laufend	Aktuelle Legislatur

Personals bzgl. der Behandlung von Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung ist ausgebaut und weiterentwickelt.				
In allen Krankenhäusern steht ein „Kompetenzteam“ für die Medizin von Menschen mit Behinderung zur Verfügung.	Alle Krankenhäuser werden verpflichtet ein fachlich qualifiziertes, interdisziplinäres Kompetenzteam (medizinisch, therapeutisch und pflegerisches Team) vorzuhalten. Das Kompetenzteam wird in die Krankenhausstruktur, d.h. in die Organisationsform des KH integriert und eingebettet (Fallkonferenzen etc.).	Gesetzlicher Änderungsbedarf: Im Zuge der Krankenhausreform	Neu	Im Zuge der Umsetzung der Krankenhausreform
Die zeitlichen und finanziellen Rahmenbedingungen für die Behandlung von Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung werden über die Vergütung abgebildet.	Für die Durchführung der Behandlung von Menschen mit Behinderung psychischer Erkrankung bzw. die Durchführung der Behandlung durch das Kompetenzteam wird ein zusätzliches bzw. erhöhtes Entgelt vorgesehen.	Gesetzlicher Änderungsbedarf: Im Zuge der Krankenhausreform	Neu	Im Zuge der Krankenhausreform
Die Erreichbarkeit der Krankenhäuser ist sichergestellt.	Es ist sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderung oder/und psychischer Erkrankung in erreichbarer Nähe und vor allem im ländlichen Raume stationäre Versorgungsstrukturen vorgehalten werden und diese auffindbar und zugänglich sind. Darüber hinaus müssen die Beförderungsmöglichkeiten weiterentwickelt werden. Der ÖPNV ist auszubauen und die Beförderungsrichtlinien sind anzupassen. Die Kostenübernahme der Beförderung ist zu prüfen, sofern die Behandlung dadurch sichergestellt wird.	Gesetzlicher Änderungsbedarf: Im Zuge der Krankenhausreform wird sichergestellt, dass die KH in erreichbarer Nähe auffindbar sind.  Überprüfung der Beförderungsrichtlinie des G-BA und ggfs. Anpassung	Laufend	Im Zuge der Krankenhausreform
Refinanzierung der barrierefreien Weiterentwicklung der Rehaeinrichtungen	Dazu werden Rahmenverträge zwischen Rehabilitationsträger und Verbänden der Leistungserbringer geschlossen.	Rahmenvertrag zwischen Rehaträgern und Verbänden der Leistungserbringer		Aktuelle Legislatur

<p>Flächendeckende Umsetzung der mobilen Rehabilitation</p>	<p>Auf Bundes- sowie Landesgesetzlicher Ebene und im Rahmen der Selbstverwaltung: Änderungen in § 36 SGB IX (u. a. Erhebung der Bedarfsdeckung, ausdrückliche Erwähnung auch mobiler Rehabilitation), und Weiterentwicklung des kooperativen Sicherstellungsauftrags. Gesetzliche Verankerung im SGB IX, um über die GKV hinaus die Reha-Träger auf das Angebot der MoRe zu verpflichten; parallel ist die MoRE in SGB VI und VII zu verankern. Verankerung in regionalen Geriatrie-, Pflege- oder Teilhabeplänen; Förderprogramme i. S. einer Anschubfinanzierung.</p>	<p>Anpassung regionaler Geriatrie-, Pflege- oder Teilhabepläne  Förderprogramme</p>	<p>Neu</p>	<p>Aktuelle Legislatur</p>
<p>Die Komplexleistung Frühförderung wird auch Schulkindern gewährt.</p>	<p>Gesetzliche Anpassung von § 79 SGB IX und der Frühförderungsverordnung (§1): Regelung, dass Kindern bis zu einem Jahr nach der Einschulung die Frühförderleistung (Komplexleistung) in Anspruch nehmen können. Für die Komplexleistung Frühförderung ist eine Schiedsstellenregelung zu schaffen.</p>	<p>Gesetzlicher Änderungsbedarf Novellierung des SGB I. Überarbeitung der Frühförderungsverordnung.</p>	<p>Neu</p>	<p>Aktuelle Legislatur</p>
<p>Barrierefreier Zugang zur neuropsychologischen Rehabilitation</p>	<p>Menschen mit einer Sehbehinderung müssen in die Lage versetzt werden die computerbasierten bzw. digitalen Programme zu nutzen</p>	<p>Gesetzlicher Änderungsbedarf: Anpassung der Vorgaben der DRV/GKV</p>	<p>Neu</p>	<p>Aktuelle Legislatur</p>
<p>Die Regelungen zur Begleitung bzw. Assistenz im Krankenaus sind weiterentwickelt und Leistungslücken geschlossen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es wird gesetzlich klargestellt, dass Begleitpersonen, auch dann Krankengeld, erhalten, wenn sie weniger als 8 Stunden, anwesend (inkl. An und Abreise) sind.</li> <li>• Begleitpersonen erhalten auch dann Krankengeld, wenn Sie Menschen mit Behinderung begleiten, die keine Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen.</li> <li>• Die Regelung zur vorrangigen Inanspruchnahme von Begleitpersonen im familiären Umfeld wird gestrichen.</li> </ul>	<p>Gesetzlicher Änderungsbedarf:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die gesetzlichen Regelungen zu § 44 b SGB V und § 113 Abs. V SGB IX müssen nachgebessert werden und die jeweiligen Vorgaben angepasst bzw. gestrichen werden.</li> </ul>	<p>Neu</p>	<p>Die Regelung wird bis Ende 2024 erarbeitet und tritt am 1.1.2025 in Kraft.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Regelungen in § 44 b Abs. 1 S. 2 und Abs. 1 Nr. 1 c SGB V werden gestrichen.</li> <li>Die Regelungen in § 113 Abs. VI SGB IX zur vorrangigen Inanspruchnahme von Begleitpersonen im familiären Umfeld wird gestrichen.</li> </ul>		
Besondere Krankenhäuser, spezialisierte Einrichtungen bzw. Abteilungen für die Medizin von Menschen mit Behinderung werden erhalten und bedarfsgerecht weiterentwickelt.	Die Rahmenbedingungen für entsprechende Einrichtungen und Angebote sind zu erhalten und in Anlehnung an vorhandene Bedarfslagen weiterzuentwickeln.	Gesetzlicher Änderungsbedarf:  Im Rahmen der Krankenhausreform wird sichergestellt, dass die entsprechenden Einrichtungen und Angebote erhalten und entsprechend spezialisierter Bedarfe weiterentwickelt werden.	Laufend bzw. aktuelle Legislatur	Im Rahmen der Krankenhausreform
Rehabilitationseinrichtungen und Dienste stehen in bedarfsgerechter Anzahl und Qualität zur Verfügung, damit die Sicherstellung (§ 36 SGB IX) gelingt.	Der derzeitige Bestand wird ermittelt und offengelegt. Dazu werden die Länder verpflichtet, gemeinsam mit den Reha-Trägern zu kooperieren und eine Bestandsaufnahme vorzulegen.	Gesetzlicher Änderungsbedarf: § 36 Abs 4 SGB IX wird dahingehend geändert und angepasst.	Neu	Aktuelle Legislatur
Kinder und Jugendliche mit kognitiver Beeinträchtigung erhalten den lückenlosen Zugang zu Rehabilitationsleistungen.	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	Gesetzlicher Änderungsbedarf: Anpassung des § 40 SGB V um zusätzliche spezifische Regelungen für die Kinder- und Jugendrehabilitation, deren	Neu	Aktuelle Legislatur

	<p>§ 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 sind damit auf die Inanspruchnahme von weniger umfangreichen Rehabilitationsleistungen nach dem SGB V (regelmäßige Dauer beträgt höchstens drei Wochen) zurückgeworfen. Um diese strukturelle Ungleichbehandlung zu beseitigen, werden die Vorschriften des SGB V und SGB VI für den Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation angeglichen</p>	<p>Umfang der Regelung des § 15a SGB VI entspricht.</p>		
<p>Die med. Rehabilitation für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen ist weiterentwickelt.</p>	<p>Verankerung der med. Reha bei psychischen Beeinträchtigungen und ihrer sozialräumlichen Ausrichtung im SGB IX und V</p>	<p>Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen. Einführung mobiler und ambulanter Rehabilitationsangebote im Rahmen der gemeindepsychiatrischen Verbände</p>	<p>Neu</p>	<p>Aktuelle Legislatur</p>
<p>Es gibt passgenaue Rehabilitationsangebote in ausreichender Anzahl für Menschen mit Sehverlust, hörbehinderte/gehörlose oder kognitiv beeinträchtigte Menschen. Gleiches gilt für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf, ältere Menschen und Pflegebedürftige sowie für Kinder und Jugendliche.</p>	<p>Die Entstehung passgenauer Angebote wird gefördert.  Es wird ein entsprechender Sicherstellungsauftrag der Krankenkassen im SGB V geregelt.  Der erhöhte Aufwand in der Versorgung dieser Personengruppen wird für Rehabilitationseinrichtungen auskömmlich finanziert.</p>	<p>Die Bundesregierung legt entsprechende Förderprogramme auf.  Gesetzlicher Änderungsbedarf:  In §§ 111, 111a, 111c SGB V wird ein entsprechender Sicherstellungsauftrag der Krankenkassen geregelt. Der GKV-Spitzenverband und die Bundesverbände der Rehabilitationseinrichtungen werden in §§ 111, 111a und 111c SGB V verpflichtet, in den</p>	<p>Neu</p>	<p>Förderprogramme werden bis Ende 2025 aufgelegt. Gesetzliche Änderungen werden bis Ende 2024 verkündet und treten zum 1.1.2025 in Kraft.</p>

		Rahmenempfehlungen Sonderregelung zur Vergütung von Rehabilitationseinrichtungen vorzusehen, die auf die genannten Personenkreise spezialisiert sind.		
--	--	---	--	--

### I.3. Barrierefreiheit in sonstigen Gesundheitseinrichtungen

<b>Ziele:</b>	<b>Maßnahmen:</b>	<b>Umsetzungsform:</b>	<b>Status:</b>	<b>Zeitraumen:</b>
<p>Ambulant und aufsuchende Leistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen (wie Soziotherapie, häusliche Krankenpflege etc.) sind verfügbar und zugänglich.</p> <p>Spezifisch psychiatrische Notfall- und Krisendienste sind flächendeckend verfügbar.</p>	<p>Die Handlungsempfehlungen aus dem ersten Psychiatriedialog sind vom Gesetzgeber umzusetzen.</p> <p>Im Rahmen der Krankenhausreform sind Anreize zu schaffen, insbesondere sind die aufsuchenden, ambulanten und teilstationären Behandlungsangebote der psychiatrischen Kliniken und Fachabteilungen zu stärken. Dabei sind Doppelstrukturen zu vermeiden. Kooperationen mit ambulanten Leistungserbringern sowie gemeinsam erbrachte Leistungsformen sind zu stärken, um Menschen mit hohem psychiatrisch-psychotherapeutischen Unterstützungsbedarf besser zu erreichen. Die multiprofessionellen Teams sind um Peers zu erweitern. Deren auskömmliche Vergütung ist tariflich zu regeln.</p> <p>Umsetzungsprobleme bei der Soziotherapie, der häuslichen Krankenpflege sowie der KSV-Psych-RL sind durch die Selbstverwaltung bzw. die Leistungserbringer abzubauen.</p> <p>Die Bedarfsplanung für Psychotherapie ist zu reformieren.</p>	<p>Die Entwicklung bzw. Umsetzung psychiatrisch-psychotherapeutischer Angebote soll dialogisch erfolgen, d.h. unter Beteiligung der Betroffenen, ihrer Angehörigen sowie der Leistungserbringer.</p> <p>Überprüfung einschlägiger gesetzlicher Vorgaben und ggfs. Anpassung der Richtlinien</p>	<p>Laufend bzw. Neu</p>	<p>Aktuelle Legislatur bzw. im Zuge der Umsetzung der Krankenhausreform</p>



<b>Ziele:</b>	<b>Maßnahmen:</b>	<b>Umsetzungsform:</b>	<b>Status:</b>	<b>Zeitraumen:</b>
Es sind flächendeckend barrierefreie gynäkologische Praxen verfügbar.	Barrierefreie Räumlichkeiten, Ausstattung, Kommunikation etc., Beschreibung von Standards und deren Finanzierung	Gesetzlicher Änderungsbedarf Richtlinienprüfungen/ Anpassungen  Sicherstellungsauftrag der KV installieren	Neu	Aktuelle Legislatur
Die zahnmedizinische Versorgung vulnerabler Personen, z.B. Menschen mit Schwerstmehrfachbehinderung, die in Vollnarkose versorgt werden müssen, ist sichergestellt.	An den Universitätskliniken muss die entsprechende zahnmedizinische Versorgung sichergestellt und entsprechende Stellen vorgehalten werden. Zudem müssen die Abrechnungsmodalitäten reformiert werden: Im stationären Setting erfolgt dies über eine Anpassung der entsprechenden Fallpauschalen.	Gesetzlicher Änderungsbedarf  Die Selbstverwaltungspartner werden in § 87 SGB V verpflichtet, Vergütungsanreize für die zahnmedizinische Behandlung vulnerabler Personen, die nur in Vollnarkose zahnmedizinisch versorgt werden können, zu schaffen.	Neu bzw. laufend	Aktuelle Legislatur
Die Praxen von Heilmittelerbringern sind barrierefrei zugänglich und auffindbar.	Neue Praxen von Heilmittelerbringern werden nur zugelassen, wenn sie barrierefrei sind oder angemessene Vorkehrungen getroffen werden. Für alle bestehenden Heilmittelerbringer wird ein Bestandsschutz bis zum Jahr 2035 vereinbart. Bis dahin müssen sie angemessene Vorkehrungen getroffen haben.	Gesetzlicher Änderungsbedarf:  In § 124 Abs. 1 Nr. 2 SGB V ist vorzusehen, dass die Zulassungen nur an barrierefreie Praxen erfolgt bzw. im Zulassungsverfahren angegeben wird, welche angemessenen Vorkehrungen getroffen wurden.	Neu	Aktuelle Legislatur
Die Ausführungen zur Barrierefreiheit gelten sinngemäß auch für weitere Dienste und Einrichtungen des Gesundheitswesens wie Sanitätshäuser, Pflegestützpunkte, Beratungsstellen der Krankenkassen etc.				

Ziele:	Maßnahmen:	Umsetzungsform:	Status:	Zeitraumen:

#### I.4. Barrierefreie Medizinprodukte/Hilfsmittelversorgung

Ziele:	Maßnahmen:	Umsetzungsform:	Status:	Zeitraumen:
Die Hilfsmittel sind barrierefrei bedienbar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es wird ein gesetzlicher Anspruch auf die Versorgung mit barrierefrei bedienbaren Hilfsmitteln verankert. Zusätzlich könnte der Anwendungsbereich des BFSG auf Hilfsmittel erweitert werden.</li> <li>• Voraussetzung für die Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis ist die Barrierefreiheit des Hilfsmittels. Da das Hilfsmittelverzeichnis nicht bindend ist, werden hierdurch Hilfsmittel, die nicht barrierefrei sind, nicht von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen.</li> <li>• Der GKV-Spitzenverband wird gesetzlich verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass Hilfsmittel, die bereits im Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen sind, barrierefrei werden.</li> <li>• Der GKV-Spitzenverband wird gesetzlich verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich über den Anteil der im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten barrierefreien Hilfsmittel und die zur Erhöhung des Anteils ergriffenen Maßnahmen zu berichten.</li> </ul>	<p>Gesetzlicher Änderungsbedarf:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In § 33 SGB V wird geregelt, dass die Versorgung auf Wunsch des Versicherten mit einem barrierefrei bedienbaren Hilfsmittel erfolgen muss. Das BFSG wird entsprechend angepasst.</li> <li>• § 139 SGB V wird entsprechend angepasst.</li> </ul>	Neu	Die Regelung wird bis Ende 2024 erarbeitet und verkündet und tritt zum 1.1.2027 in Kraft.

	Hinsichtlich der Kriterien, die ein Hilfsmittel erfüllen muss, um barrierefrei zu sein, könnte man sich an den Kriterien aus § 21 der Verordnung zum BFSG orientieren			
Medizinprodukte und Medizintechnik sind barrierefrei bedienbar.	<p>Medizinische Hilfsmittel wie Pens, Pumpen, Systeme zur automatischen Insulindosierung, Blutzuckergeräte, usw. wie auch digitale Gesundheitsanwendungen sind so zu entwerfen, dass sie auch für Menschen mit Behinderung (z.B. Blindheit oder motorische Beeinträchtigungen) barrierefrei bedienbar sind</p> <p>Der Anwendungsbereich des Barrierefreiheitsstärkungsgesetzes (BFSG) wird auf Medizinprodukte erweitert, alternativ könnte im Medizinprodukterecht eine Regelung getroffen werden.</p> <p>Hinsichtlich der Kriterien, die ein Medizinprodukt erfüllen muss, um barrierefrei zu sein, könnte man sich an den Kriterien aus § 21 der Verordnung zum BFSG orientieren.</p>	Gesetzlicher Änderungsbedarf:  Entsprechende Änderung des Medizinprodukterechts und/oder des BFSG.	Neu	Die Regelung wird bis Ende 2024 erarbeitet und verkündet und tritt zum 1.1.2027 in Kraft.
Der Verwaltungsprozess ist inklusiv ausgerichtet.	Umsetzung der gesetzlich vorgesehenen Beratungspflichten des MD bei der Hilfsmittelversorgung, wenn erforderlich (§ 275 Abs. 3 Nr. 1 SGB V).	Gesetzliche Änderung, die eine Entscheidung gemäß Aktenlage nur in Ausnahmefällen zulässt, da bei einer Entscheidung nach Aktenlage oft keine Beratung erfolgt	Neu	Erarbeitung und Verkündung der Regelung bis Ende 2024, in Kraft zum 1.1.2025
Die Barrieren sind beseitigt und die bedarfsgerechte Versorgung ist sichergestellt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Für Hilfsmittel, die von einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) oder von einem MZEB empfohlen wurden, entfällt der Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen in § 33 Abs. 5 SGB V.</li> <li>Strukturen, die zu umfassenden Qualitätsdefiziten in der Hilfsmittelversorgung geführt haben, werden beseitigt.</li> </ul>	<p>Für einen Teil der Vorschläge ist ein Beratungsprozess beim G-BA zur Hilfsmittelrichtlinie eingeleitet worden.</p> <p>Ansonsten bedarf es folgender gesetzlicher Änderungen:</p>	Laufend	Änderung des § 33 Abs. 5 SGB V bis Sommer 2024 Reform des Hilfsmittelrechts bis Sommer 2025 Wegfall der Festbeträge bzw.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Instrument der Festbeträge zur Preisregulierung wird aufgegeben bzw. modifiziert.</li> <li>• Begutachtungen durch den MD von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen sollen in anderen Versorgungsfällen (Nicht SPZ) nur durch Ärzt*innen mit spezifischer fachlicher Qualifikation, z.B. in der Kinder- und Jugendmedizin/Orthopädie, durchgeführt werden.</li> <li>• Für Hilfsmittelversorgungen zum Behinderungsausgleich sind konkrete, verbindliche Fristen für Widerspruchsverfahren festzulegen.</li> <li>• Durch die Krankenkassen soll eine die Teilhabe berücksichtigende und zugleich zeitnahe Bearbeitung der Hilfsmittelverordnungen sichergestellt werden</li> <li>• Die Kennzahlen zu Antragstellung, Antragsgenehmigung und Ablehnung, Widerspruchsverfahren und Art der Verfahrensbeendigung veröffentlicht werden.</li> <li>• Die Qualität der ärztlichen Verordnung soll verbessert und am Bedarf der Versicherten, d.h. wesentlich an Teilhabezielen unter Beachtung der Vorschriften zur Bedarfsermittlung nach dem SGB IX ausgerichtet werden.</li> <li>• Verstärkung der Teilhabeorientierung der Hilfsmittelversorgung, u.a. durch eine sachgerechte Bedarfsermittlung unter Beachtung der BSG-Rechtsprechung</li> <li>• Verstärkte Teilhabeorientierung des Hilfsmittelverzeichnisses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entsprechende Anpassung des § 33 Abs. 5 SGB V.</li> <li>• Umfassende Reform des Hilfsmittelrechts unter Aufgabe des wettbewerbsbasierten Vertragsmodells.</li> <li>• In Betracht kommt die Zulassung von Hilfsmittelerbringern durch Verwaltungsakt und die Regelung von auskömmlichen Vergütungen in einheitlichen Verträgen.</li> <li>• Die Ermächtigung des GKV-Spitzenverbandes in § 36 SGB V Festbeträge festzulegen, wird zumindest für den Bereich der Hilfsmittel abgeschafft.</li> <li>• Sofern dies nicht erfolgt, wird Leistungserbringern und Patientenvertretungen bei der Bestimmung von Festbeträgen zumindest ein Mitbestimmungsrecht eingeräumt.</li> </ul>		<p>gesetzliche Verankerung eines Mitbestimmungsrechts für Patientenvertretungen bis Ende 2024</p>
--	---	---	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umsetzung der Beratungspflicht nach § 275 Abs. 3 Nr.1 durch den MD</li> <li>• Einführung einer Teilhabeplanung bei komplexen oder mehrfachen Hilfsmittelversorgungen für längere Zeiträume, z.B. 1-2 Jahre mit Beteiligung der Krankenkasse, der Eingliederungshilfe und den anderen Beteiligten</li> <li>• Zeitnahe und sachgerechte Weiterleitung von Verordnungen bei Nichtzuständigkeit.</li> <li>• Flächendeckende und umfassende Vertragsgestaltung zur Sicherung der barrierefreien wohnortnahen Erreichbarkeit von Leistungserbringern</li> <li>• Berücksichtigung der teilhabeorientierten Hilfsmittelversorgung in Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe</li> </ul>			
--	--	--	--	--

## I.5. Barrierefreiheit im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdiensts

<b>Ziele:</b>	<b>Maßnahmen:</b>	<b>Umsetzungsform:</b>	<b>Status:</b>	<b>Zeitraumen:</b>
Der ÖGD evaluiert und identifiziert das Versorgungsniveau und initiiert die jeweiligen zu Entwicklungsschritte.	Partizipative Forschung: Bedarfserhebung und Analyse	Forschungsauftrag	Neu	Laufend
Der ÖGD übernimmt Koordinierungsaufgaben und Vernetzungsaufgaben mit wesentlichen Akteuren in Zusammenarbeit mit den Ländern.	Koordinierungsauftrag gesetzlich verankern	Gesetzlicher Änderungsbedarf	Neu	Aktuelle Legislatur
Der ÖGD fungiert als Impulsgeber zur Weiterentwicklung von Inklusion in Einrichtungen in Diensten.	Inklusionsauftrag gesetzlich implementieren	Gesetzlicher Änderungsbedarf	Neu	Aktuelle Legislatur
Der ÖGD stellt die Zugänglichkeit zu Leistungen sicher.	Unterstützung entlang des individuellen Bedarfs, z.B. Hausbesuche; aufsuchende Termine für Menschen mit psychischen Erkrankungen	Gesetzlicher Änderungsbedarf	Neu	
Die für die Schuleingangsuntersuchungen zuständigen Stellen des ÖGD sind zu einer engen Zusammenarbeit und Vernetzung mit den Frühförderstellen verpflichtet.	Zusammenarbeit und Vernetzung gesetzlich implementieren	Gesetzlicher Änderungsbedarf	Neu	Die Regelung wird bis Ende 2024 erarbeitet und tritt im Jahr 2027 in Kraft.

## I.6. Weitere Maßnahmen in der Gesundheitsversorgung

Da die Handlungsfelder I.1 bis I.5 in den Überschriften nur die Barrierefreiheit nennen, werden im Folgenden Maßnahmen zur Stärkung von Inklusion und Teilhabe durch die Gesundheitsversorgung angesprochen, auch wenn sie sich auf Arztpraxen (I.1) oder Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen (I.2) oder sonstige Gesundheitseinrichtungen (I.3) beziehen.

<b>Ziele:</b>	<b>Maßnahmen:</b>	<b>Umsetzungsform:</b>	<b>Status:</b>	<b>Zeitraumen:</b>
Beseitigung von Qualitätsdefiziten bei der Hilfsmittelversorgung	<p>Für Hilfsmittel, die von einem SPZ oder von einem MZEB empfohlen wurden, entfällt der Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen in § 33 Abs. 5 SGB V.</p> <p>Strukturen, die zu umfassenden Qualitätsdefiziten in der Hilfsmittelversorgung geführt haben, werden beseitigt.</p> <p>Das Instrument der Festbeträge zur Preisregulierung wird aufgegeben bzw. modifiziert.</p>	<p>Gesetzlicher Änderungsbedarf:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anpassung des § 33 Abs. 5 SGB V.</li> <li>• Reform des Hilfsmittelrechts unter Aufgabe des wettbewerbsbasierten Vertragsmodells.</li> <li>• Denkbar wäre die Zulassung von Hilfsmittelerbringern durch Verwaltungsakt und die Regelung von auskömmlichen Vergütungen in einheitlichen Verträgen.</li> <li>• Die Ermächtigung des GKV-Spitzenverbandes in § 36 SGB V,</li> </ul>	<p>Laufend (GVSG) bzw. Neu</p>	<p>Änderung des § 33 Abs. 5 SGB V bis Sommer 2024</p> <p>Reform des Hilfsmittelrechts bis Sommer 2025 Wegfall der Festbeträge bzw. gesetzliche Verankerung eines Mitbestimmungsrechts für Patientenvertretungen bis Ende 2024</p>

		<p>Festbeträge festzulegen, wird für den Bereich der Hilfsmittel abgeschafft. Sofern dies nicht erfolgt, wird Leistungserbringern und Patientenvertretungen bei der Bestimmung von Festbeträgen zumindest ein Mitbestimmungsrecht eingeräumt.</p>		
--	--	---	--	--



<p>Hilfsmittel sind barrierefrei bedienbar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es wird ein gesetzlicher Anspruch auf die Versorgung mit barrierefrei bedienbaren Hilfsmitteln verankert. Zusätzlich könnte der Anwendungsbereich des BFSG auf Hilfsmittel erweitert werden.</li> <li>• Voraussetzung für die Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis ist die Barrierefreiheit des Hilfsmittels. Da das Hilfsmittelverzeichnis nicht bindend ist, werden hierdurch Hilfsmittel, die nicht barrierefrei sind, nicht von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen.</li> <li>• Der GKV-Spitzenverband wird gesetzlich verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass Hilfsmittel, die bereits im Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen sind, barrierefrei werden.</li> <li>• Der GKV-Spitzenverband wird gesetzlich verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich über den Anteil der im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten barrierefreien Hilfsmittel und die zur Erhöhung des Anteils ergriffenen Maßnahmen zu berichten.</li> </ul> <p>Hinsichtlich der Kriterien, die ein Hilfsmittel erfüllen muss, um barrierefrei zu sein, könnte man sich an den Kriterien aus § 21 der Verordnung zum BFSG orientieren.</p>	<p>Gesetzlicher Änderungsbedarf:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In § 33 SGB V wird geregelt, dass die Versorgung auf Wunsch des Versicherten mit einem barrierefrei bedienbaren Hilfsmittel erfolgen muss. Das BFSG wird entsprechend angepasst.</li> <li>• § 139 SGB V wird entsprechend angepasst.</li> </ul>	<p>Neu</p>	<p>Die Regelung wird bis Ende 2024 erarbeitet und verkündet und tritt zum 1.1.2027 in Kraft.</p>
---	--	---	------------	--

Entstigmatisierung von psychischen Störungen, um Menschen mit psychischen Erkrankungen zu befähigen, sich frühzeitig an das Gesundheitssystem zu wenden; entsprechende Sensibilisierung der Zivilgesellschaft	Kampagne zur Entstigmatisierung psychischer Störungen und psychosozialer Krisen  Förderung niedrigschwelliger Bildungsangebote  Förderung des Aufbaus von Recovery-Colleges	Kampagnen durchführen	Neu	Aktuelle Legislatur
Beendigung von Zwangsbehandlungen und Medikation, Fixierung in der Psychiatrie und Altenhilfe	Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen wird evaluiert.	Gesetzlicher Änderungsbedarf	Neu	Aktuelle Legislatur
Psychotherapeutische Praxen verfügen über barrierefreie Zugangsmöglichkeiten.	Maßnahmen zur Herstellung von Barrierefreiheit vgl. oben zu den Arztpraxen I.1.	Gesetzlicher Änderungsbedarf	Neu	Vgl. zu den Zeitschienen die Ausführungen zu I 1
Digitale Gesundheitsangebote sind barrierefrei gestaltet.	Alle DiGAs müssen den Vorgaben der DITV zur Barrierefreiheit entsprechen.	Gesetzlicher Änderungsbedarf	Neu	Aktuelle Legislatur
Die sektorenübergreifende Versorgung und interprofessionelle Zusammenarbeit in Teams erfolgt ohne Versorgungslücken.	Die Versorgung muss intersektoral erfolgen, damit auch für Menschen mit Behinderung die Versorgungslücken zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor geschlossen werden.	Gesetzlicher Änderungsbedarf:  Im Rahmen der Krankenhausreform ist sicherzustellen, dass das Entlassmanagement unabhängig vom Level in seiner Struktur und Qualität gestärkt wird.  Es ist zu regeln, dass der Sozialdienst über Vorhaltepauschalen finanziert wird.	Neu	Regelung erarbeitet und verkündet bis Ende 2024, in Kraft zum 1.1.2025

<p>Verbesserung der teilhabeorientierten Versorgung und der Rehabilitation für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen; ergänzend wird auf den Psychiatriedialog des BMG, verwiesen.</p>	<p>Verbesserung der teilhabeorientierten Versorgung und der Rehabilitation für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen</p> <p>Folgende Handlungsoptionen kommen in Betracht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) ambulante niedrigschwellige Hilfen und schneller Zugang zu psychiatrischen/ psychotherapeutischen Leistungen bei psychischen Krisen, psychiatrische Kriseninterventionsdienste,</li> <li>b) Umsetzung der Richtlinie des G-BA über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSV-Psych-RL),</li> <li>c) Rechtsanspruch auf ambulante Komplexleistungen für psychisch Kranke und Aufbau entsprechender Angebote,</li> <li>d) Beratung für (potenziell) Betroffene und ihre An- und Zugehörigen,</li> <li>e) medizinische Rehabilitation für schwer psychisch erkrankte Menschen und hierbei insbesondere</li> <li>f) Einführung mobiler, ambulanter und aufsuchender Rehabilitationsangebote, auch als Anschlussrehabilitation,</li> <li>g) stationäre Anschlussrehabilitation nach Krankenhausaufenthalt in der Psychiatrie,</li> <li>h) Reha-Angebote für schwer psychisch Kranke aus der vertragsärztlichen Versorgung heraus,</li> <li>i) Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen,</li> <li>j) Anschlussperspektiven für Menschen im Maßregelvollzug und Strafvollzug,</li> <li>k) Schnittstelle</li> </ul>	<p>vgl. Psychiatriedialog I und die laufende Fortführung</p>		
---	---	--	--	--

<p>Weiterentwicklung der Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) als Beitrag zu einem inklusiven Gesundheitswesen für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen mit (drohenden) Beeinträchtigungen und dadurch bedingten Exklusionsrisiken.</p>	<p>Weiterentwicklungsbedarf bei den SPZs insbesondere für folgende Bereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ermöglichung bzw. Verbesserung der Beratung von Familien und von Einrichtungen, wie z. B. Kitas und Schulen, einschließlich der Finanzierung dieser Angebote</li> <li>• Stärkere Vernetzung im Sozialraum, einschließlich der Bereitstellung von Ressourcen für die Netzwerkarbeit, insbesondere mit Einrichtungen und Diensten der Kinder- und Jugendhilfe, Kindertagesstätten, Schulen, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie den regionalen Beratungseinrichtungen und wohnortnahen Diensten für die soziale Teilhabe</li> <li>• Stärkung und Professionalisierung im Bereich der Hilfsmittelversorgung durch Berücksichtigung als regulärer Bestandteil des Leistungsspektrums insbesondere zur Bedarfsermittlung als Leistung zur medizinischen Rehabilitation bei Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich</li> </ul>	<p>Berücksichtigung bei der Konzeption und beim Stellenschlüssel und der Finanzierung.</p> <p>Berücksichtigung bei der Konzeption und somit beim Stellenschlüssel und der Finanzierung</p> <p>Berücksichtigung bei der Konzeption und somit beim Stellenschlüssel und eines Mehraufwandes bei der Finanzierung</p>	<p>Umsetzung durch Leistungserbringer und Leistungsträger vor Ort, unter Beteiligung der Gebietskörperschaften</p> <p>Umsetzung durch Leistungserbringer und Leistungsträger vor Ort, unter Federführung der Gebietskörperschaften</p> <p>Umsetzung durch Leistungserbringer und Leistungsträger vor Ort</p>	
--	---	--	--	--

<p>Ermöglichung psychosozialer nichtärztlicher Therapie-komponenten v. a. für Schulkinder zur Deckung eines dringlichen sozialpädiatrischen Behandlungsbedarfs; bislang: nur bis zur Diagnose und Aufstellung des Behandlungsplans (bei nicht-psychiatrischen Krankheiten).</p>	<p>Erweiterung des Leistungsangebotes der SPZ für nichtärztliche Leistungen für Schulkinder und solche Vorschulkinder, die keine Frühförderungsleistung erhalten bzw. benötigen als regulärer Behandlungsbestandteil und nicht nur bis zur Diagnose und Erstellung eines Behandlungsplanes; Gesetzliche Klarstellung der Zuständigkeit</p>	<p>Ergänzung des § 43a Abs. 2 SGB V: „Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die unter ärztlicher Verantwortung in der ambulanten psychiatrischen Behandlung oder durch Sozialpädiatrische Zentren erbracht werden“.</p>	<p>Neu</p>	<p>Aktuelle Legislatur</p>
<p>Erhaltung, Weiterentwicklung und Ausbau der Frühförderung; insbesondere bedarfsgerechte Einbeziehung von SchülerInnen im ersten Schuljahr in die Leistungen der Frühförderung.</p>	<p>Verbesserung bzw. Ermöglichung niedrigschwelliger Beratung von Familien und von Einrichtungen, wie z. B. Kitas und Schulen, einschließlich der Finanzierung dieser Angebote durch Frühförderstellen.</p> <p>Stärkere Vernetzung im Sozialraum, einschließlich der Bereitstellung von Ressourcen für die Netzwerkarbeit, insbesondere mit Einrichtungen und Diensten der Kinder- und Jugendhilfe, Kindertagesstätten, Schulen, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie den regionalen Beratungseinrichtungen und wohnortnahen Diensten für die soziale Teilhabe.</p> <p>Erweiterung des Personenkreises der Frühförderung auf Kinder im Übergang zwischen KiTa und Schule bis längstens zum Ende des ersten Schuljahres zur Bewältigung der neuen Anforderungen bei bestehenden Beeinträchtigungen.</p> <p>Gewährleistung der Komplexleistung Frühförderung beim Übergang zu einem neuen SGB VIII</p>	<p>Stärkere Berücksichtigung bei der Konzeption und somit beim Stellenschlüssel und der Finanzierung</p> <p>Stärkere Berücksichtigung bei der Konzeption und somit beim Stellenschlüssel und der Finanzierung</p> <p>Ergänzung § 79 Abs. 1 S. 1 SGB IX um folgenden Passus: „Heilpädagogische Leistungen werden an noch nichteingeschulte Kinder <u>und Kinder bis zu einem Kalenderjahr nach ihrer Einschulung erbracht...</u>“ und entsprechende Änderung in § 1 FrühfVO.</p> <p>Alternativ: bis zu 3 Monaten nach ihrer Einschulung</p> <p>Berücksichtigung im Gesetzgebungsverfahren zum SGB VIII.</p>	<p>Umsetzung vor Ort unter Federführung des zuständigen Leistungsträgers</p> <p>Umsetzung vor Ort unter Federführung der Gebietskörperschaft</p> <p>Forderung der Diakonie Deutschland und der BAG FW sowie der VIFF.</p> <p>In die Gesetzgebung einbringen (Artikelgesetz)</p>	<p>Aktuelle Legislatur</p>

<p>Ausbau und Stärkung der Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB) nach § 119c SGB V zur Sicherstellung einer fachspezifischen bedarfsgerechten Versorgung (Art. 25 UN-BRK)</p>	<p>Es bedarf der Unterstützung der Politik bzw. des Gesetzgebers sowie der Selbstverwaltung, um dieses Ziel zu erreichen.</p> <p><u>Erleichterung der Zulassungsverfahren, u.a. durch</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicherstellung rechtskonformer Verfahren bei den Zulassungs-ausschüssen</li> <li>• Beschleunigung/Verbindliche Fristen für Verhandlungs- und Zulassungsverfahren (Planungssicherheit, z. T. mehrere Jahre)</li> <li>• Vereinfachung und Erleichterungen beim Antragsverfahren</li> <li>• Ausreichend lange Ermächtigungs-Zeiträume, um einen Strukturaufbau überhaupt sinnvoll zu ermöglichen (mind. 5 Jahre)</li> </ul> <p><u>Zugangskriterien bedarfsgerecht anpassen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientierung am Gesetzestext § 119c SGB V, ohne Begrenzung auf Diagnosen oder GdB bzw. Merkzeichen nach Schwerbehindertenrecht</li> <li>• Keine Fallzahlbegrenzung</li> </ul> <p><u>Anpassung der Aufgaben der MZEB an den Bedarf</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Umfassende Behandlungsmöglichkeiten einschl. Überweisung, Diagnostik, Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnung sowie weiterer veranlasster Leistungen analog den Vertragsärzten</li> <li>• Ermöglichung aufsuchender Arbeit, z. B. in besonderen Wohnformen oder bei individueller Indikation</li> <li>• Ermöglichung telemedizinischer Versorgung v. a. bei erheblicher Beeinträchtigung der Mobilität oder anderen Beeinträchtigungen</li> <li>• Anerkennung der umfassenden Hilfsmittelversorgung als Leistung und als</li> </ul>	<p>Klarstellung des BMG und klare Verfahrensregelungen für die Selbstverwaltung und Verhandlungen mit den Kostenträgern (Aufsichtspflicht des BMG)</p> <p>Ermöglichung systematischer Transition durch überlappenden Behandlungszeitraum (im 18. Lebensjahr) und aufwandsgerechte Refinanzierung, Aufbau einer ausreichenden Zahl an MZEB mit Strukturgrößen mindestens analog der SPZ</p>	<p>Vorschläge der BAG MZEB in Rahmenkonzeption 2.0 In einigen MZEB schon umgesetzt.</p>	<p>Ab sofort</p>
--	---	--	---	------------------

	<p>Bestandteil der Konzeption</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitbetreuung von Menschen mit Behinderung und außerklinischer Intensivpflege erleichtern</li> <li>• Ermöglichung der fachlich-spezifischen Unterstützung bei der Behandlung im Krankenhaus</li> <li>• Erleichterung der Beteiligung des MZEB bei der Durchführung von Diagnostik/ kleinen Behandlungsmaßnahmen unter Sedierung/Narkose</li> <li>• Klärung der Mitwirkung bei der Bedarfsermittlung sowie Teilhabe/Gesamtplanung</li> <li>• Transition aus pädiatrischen Kontexten, insbesondere SPZ</li> </ul> <p><u>Leistungsgerechte Vergütung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anerkennung der ggf. unterschiedlichen Aufgaben und Leistungen unter besonderer Berücksichtigung der Interdisziplinarität und der Koordinationsaufgaben</li> <li>• Leistungs- und aufwandsgerechte Vergütung,</li> <li>• Starthilfe für MZEB (notwendig für flächendeckenden Ausbau). Neben der Anschubfinanzierung auch Finanzierung von apparativer Diagnostik</li> <li>• Refinanzierung von Leistungen für die Eingliederungshilfe oder andere Reha-Träger ggf. im Rahmen von Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen</li> </ul>			
--	--	--	--	--

## Handlungsfeld II: Barrierefreiheit in der Langzeitpflege

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

Ziele:	Maßnahmen:	Umsetzungsform:	Status:	Zeitraumen:
Teilstationäre und vollstationäre Pflegeeinrichtungen sind barrierefrei zugänglich und nutzbar.	Barrierefreie Ausstattung der teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen (räumlich, sächlich, personell, Kommunikationsmittel) für die Bewohner*innen und Tagespflegegäste	Bestandteil der Investitionskostenförderung und Erfordernis von spezifischen Förderprogrammen für die verschiedenen Formen der Barrierefreiheit	Laufend	Über die aktuelle Legislatur hinaus
Die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege wird am Wunschort der Versicherten ermöglicht; die Entstehung von Leistungslücken wird verhindert; Versorgungshemmnisse werden beseitigt.	<p>Es wird gesetzlich klargestellt, dass das Erfordernis der „ständigen Anwesenheit einer geeigneten <i>Pflegefachkraft</i>“ 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).</p> <p>Während eines Übergangszeitraumes wird die Erhebung des Entwöhnungspotentials nur für die ersten zwei Jahre des Leistungsbezuges als verpflichtend vor jeder Verordnung vorgesehen.</p> <p>Die verpflichtende Erhebung des Entwöhnungspotentials vor jeder Verordnung entfällt, wenn über einen Zeitraum von zwei Jahren kein Entwöhnungspotential festgestellt wurde.</p>	<p>Gesetzlicher Änderungsbedarf</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entsprechende Klarstellung der Anspruchsvoraussetzungen in § 37c Abs. 1 SGB V</li> <li>• Regelung der besonderen Bestimmungen für den Übergangszeitraum in einem neuen Abs. 1a in § 37c SGB V</li> <li>• Entsprechende Anpassung der Vorgaben zur Potentialerhebung in § 37c Abs. 1 SGB V</li> </ul> <p>Die Kostenerstattungsregelung für selbstbeschaffte Pflegekräfte des § 37 Abs. 4 SGB V wird vollständig, inkl. der Worte „oder besteht Grund, davon abzusehen“, in § 37c Abs. 4 SGB V überführt.</p>	Neu	Die Regelung wird bis Sommer 2024 erarbeitet und tritt rückwirkend zum 31.10.2023 in Kraft, um die Versorgungskontinuität der Versicherten zu gewährleisten.



	Versicherten wird ein Anspruch auf Kostenerstattung für eine selbstbeschaffte Kraft gewährt, 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 z.B. wegen der Art der Erkrankung für eine erfolgreiche Pflege notwendig ist.			
Das Fachwissen der Mitarbeitenden von Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten ist bzgl. der Bedarfe von Menschen mit Pflegebedarf und einer Behinderung weiterentwickelt.	Fachkenntnisse in Bezug auf spezifische Unterstützungsbedarfe von Menschen mit Pflegebedarf und einer Behinderung werden besser in die Aus-, Fort- und Weiterbildungsregelungen integriert.	Überprüfung der entsprechenden Regelungen	Neu	Aktuelle Legislatur
Regelungen zu den einfachsten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V sind gesetzlich konkretisiert.	Die aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zu den einfachsten Maßnahmen der Behandlungspflege wird gesetzlich implementiert.	Gesetzlicher Änderungsbedarf: § 37 SGB V wird dahingehend ergänzt und entsprechend konkretisiert.	Neu	Aktuelle Legislatur

## II.2. Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche

<b>Ziele:</b>	<b>Maßnahmen:</b>	<b>Umsetzungsform:</b>	<b>Status:</b>	<b>Zeitraumen:</b>
Barrierefreie Ausstattung der teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen (räumlich, sächlich, personell, Kommunikationsmittel) für die Bewohner*innen und Tagespflegegäste	Die Kriterien der Barrierefreiheit werden definiert und verbindlich festgelegt.	Bestandteil der Investitionskostenförderung; Spezifische Förderprogramme für die verschiedenen Formen der Barrierefreiheit	Laufend	Über die aktuelle Legislatur hinaus

<p>Teilstationäre und vollstationäre Pflegeeinrichtungen sind auf die besonderen Bedürfnisse von pflegebedürftigen Kindern ausgerichtet; es besteht eine ausreichende Anzahl an Kurzzeitpflegeplätzen.</p>	<p>Die Pflegekassen werden verpflichtet, die pflegerischen Versorgungsstrukturen für Kinder und Jugendliche zu verbessern. Der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen wird dahingehend spezifiziert.</p> <p>Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird verpflichtet, einen näher zu bestimmenden Anteil des Ausgleichsfonds für die Förderung dieses Vorhabens aufzuwenden.</p> <p>Es wird eine auskömmliche Vergütung für Kurzzeitpflegeeinrichtungen vorgesehen.</p>	<p>Gesetzlicher Änderungsbedarf:</p> <p>Der Sicherstellungsauftrag wird entsprechend angepasst.</p> <p>Die Vorgaben zu der Verwendung der Mittel des Ausgleichsfonds in § 8 SGB XI werden entsprechend angepasst.</p> <p>Die Regelungen zur Vergütung werden für Kurzzeitpflegeeinrichtungen angepasst. Die Vergütungssätze entsprechen einheitlich und unabhängig vom individuellen Versorgungsbedarf den Vergütungssätzen für Pflegegrad 4 in vergleichbaren vollstationären Pflegeeinrichtungen. Es wird ein Auslastungsgrad von maximal 70 % für die Pflegesatzverhandlungen vorgesehen und es wird ein Vergütungszuschlag zur Abgeltung des erhöhten Aufwands und der Vorhaltekosten gezahlt.</p>	<p>Neu</p>	<p>Aktuelle Legislatur</p>
<p>Für die Pflege von Kindern und Jugendlichen sind Schutzkonzepte entwickelt.</p>	<p>Die Verpflichtung Schutzkonzepte vorzuhalten, wird gesetzlich geregelt.</p>	<p>Gesetzlicher Änderungsbedarf</p>	<p>Neu</p>	<p>Aktuelle Legislatur</p>
<p>Das Fachwissen der Mitarbeitenden von</p>	<p>Fachkenntnisse in Bezug auf spezifische Unterstützungsbedarfe von Menschen mit</p>	<p>Gesetzlicher Änderungsbedarf:</p>	<p>Neu</p>	<p>Aktuelle Legislatur</p>

<p>Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten bzgl. der Bedarfe von pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen ist ausgebaut und weiterentwickelt.</p>	<p>Pflegebedarf und/oder Behinderung werden in die Aus-, Fort- und Weiterbildungsregelungen integriert.</p>	<p>Anpassung der Ausbildungsordnungen</p>		
<p>Schaffung von Entlastungsangeboten für die Eltern durch geeignete und ausreichend vorhandene Kurzzeitpflegeangeboten für Kinder und Jugendliche.</p>	<p>Ausbau der Kurzzeitpflegeangebote und des Kurzzeitwohnens für Kinder und Jugendliche mit Behinderung und Pflegebedarf; Etablierung neuer Entlastungsangebote für Eltern</p>	<p>Evaluation und Ausbau der Angebote</p>	<p>Laufend</p>	<p>Aktuelle Legislatur</p>

### II.3. Barrierefreie Informationsaufbereitung

<b>Ziele:</b>	<b>Maßnahmen:</b>	<b>Umsetzungsform:</b>	<b>Status:</b>	<b>Zeitraumen:</b>
<p>Barrierefreie Informationen zu den möglichen Pflegeleistungen und zur Pflegebegutachtung stehen zur Verfügung. Barrierefreie Kommunikation beinhaltet die Verwendung von einfacher und leichter Sprache bzw. eine durch Vorleser zugänglich gemachte Sprache, Brailleschrift sowie die Zuhilfenahme ergänzender und alternativer Formen. Weitere Mittel und Formate der Kommunikation sowie Informationstechnologien müssen eingeführt werden.</p> <p>Dies umfasst geeignete Orientierungshilfen, taktile kontrastreiche Kommunikationsmittel, Unterstützte Kommunikation (UK), Gebärdensprachen sowie anderer nicht gesprochener Sprachen.</p> <p>Auch die Beantragung und Begutachtung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird barrierefrei ausgestaltet.</p>	<p>Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird verpflichtet entsprechende Informationen in einem Online-Portal innerhalb einer angemessenen Frist zur Verfügung zu stellen und das Beantragungs- und Begutachtungsverfahren barrierefrei auszugestalten.</p>	<p>Gesetzlicher Änderungsbedarf: Entsprechende Regelung ist im SGB XI zu verankern.</p>	<p>Neu</p>	<p>Die Regelung wird bis Ende 2024 erarbeitet und verkündet und tritt zum 1.1.2025 in Kraft.</p>

## Handlungsfeld III: Inklusiv Prävention

### III.1. Barrierefreie Präventionsleistungen

Ziele:	Maßnahmen:	Umsetzungsform:	Status:	Zeitraumen:
<p>Präventionsangebote sind inklusiv und barrierefrei gestaltet und auf die Bedarfslagen von Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung zugeschnitten.</p>	<p>Es müssen spezifische Präventions- und Beratungsangebote für Menschen mit (drohender) Behinderung und psychischer Erkrankung etabliert werden.</p> <p>Bestehende Präventionsangebote müssen für Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung nutzbar und auffindbar sein.</p> <p>Dazu müssen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kenntnisse zu typischen Erkrankungsrisiken ausgebaut werden</li> <li>• Barrierefreie Informations- und Kommunikationswege eingesetzt und bereitgestellt werden</li> </ul>	<p>Gesetzlicher Änderungsbedarf:</p> <p>Es ist gesetzlich zu regeln, dass Präventionsleistungen auf Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung zuzuschneiden sind (jedenfalls ein gewisser Prozentsatz) und diese barrierefrei anzubieten sind.</p> <p>Dafür muss § 20 Abs. 1 SGB V ergänzt und nachgebessert werden.</p> <p>Der GKV Spitzenverband wird beauftragt unter Beteiligung von Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung festzulegen, welche Anforderungen Leistungen erfüllen müssen, um barrierefrei zu sein. Dies wird in § 20 Abs. 2 SGB V geregelt.</p> <p>In der Nationalen Präventionsstrategie wird die Barrierefreiheit verankert;</p> <p>Es ist gesetzlich klarzustellen, dass auch in Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe</p>	<p>Neu</p>	<p>Aktuelle Legislatur</p>

		(Wohnformen, Tagesstätten, Werkstätten) Präventionsleistungen erbracht werden dürfen und gesundheitsförderliche Strukturen aufgebaut werden können.		
--	--	--	--	--

### III.2. Berücksichtigung vulnerabler Personen bei Präventionsleistungen

<b>Ziele:</b>	<b>Maßnahmen:</b>	<b>Umsetzungsform:</b>	<b>Status:</b>	<b>Zeitraumen:</b>
Bei der Verhaltens- und Verhältnisprävention sind vulnerable Gruppen zu beteiligen.	Gesetzliche Grundlage für ein Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG/BIPAM) schaffen:  Das zu schaffende Bundesinstitut übernimmt moderierende, sichtende und konzeptionelle Aufgaben auf Bundesebene zur Einbeziehung der Gruppen vulnerabler Personen; dazu gehört auch die Durchführung von Modellprojekten. Es trägt zur Harmonisierung der Bestimmungen der Nationalen Präventionsstrategie bei.	Gesetzlicher Änderungsbedarf	Neu	Aktuelle Legislatur
Prävention bei Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung fördern	In die Auflistung der Lebenswelten nach § 20 a SGB V werden Einrichtungen der Eingliederungshilfe aufgenommen. In der Sekundär- sowie Tertiärprävention sind Maßnahmen ergriffen, die der Verschlimmerung einer Beeinträchtigung (unter Einbeziehung der Umwelt) gezielt entgegenwirken.	Gesetzlicher Änderungsbedarf	Neu	Aktuelle Legislatur
Präventionsleistungen werden für Menschen mit einem Migrationshintergrund und oder einer Behinderung oder	Präventionsmaterialien werden mehrsprachig aufbereitet.	Gesetzlicher Änderungsbedarf	Neu	Aktuelle Legislatur

<b>Ziele:</b>	<b>Maßnahmen:</b>	<b>Umsetzungsform:</b>	<b>Status:</b>	<b>Zeitraumen:</b>
psychischen Erkrankung sichtbar gemacht.				
<p>Prävention im MZEB:</p> <p>Die fachliche Expertise und Interpretations-, Kommunikations- u. Handlungskompetenz für Menschen mit geistiger Behinderung, Sinneseinschränkungen und/oder schweren Mehrfachbehinderungen muss auch für die Prävention von Chronifizierungen, Komplikationen und Folgekrankheiten nutzbar sein.</p>	<p>Klarstellung, dass zu den Kernaufgaben der MZEB zielgruppenspezifische Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Prävention gehören.</p>	<p>Gesetzlicher Änderungsbedarf:</p> <p>Klarstellung der gesetzlichen Regelungen zum §119c, SGB V</p>	<p>Neu</p>	<p>Aktuelle Legislatur</p>

### III.3. Berücksichtigung von Inklusion bei Präventionsleistungen

<b>Ziele:</b>	<b>Maßnahmen:</b>	<b>Umsetzungsform:</b>	<b>Status:</b>	<b>Zeitraumen:</b>
Inklusive Ausrichtung der Prävention	Es wird ein Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit und die entsprechende gesetzliche Grundlage geschaffen Die inklusive Prävention und die damit im Zusammenhang stehenden Aufgaben sind zu bestimmen.	Gesetzlicher Änderungsbedarf	Neu	Aktuelle Legislatur
Inklusive Ausrichtung der Prävention	Novellierung des Präventionsgesetzes: Hier sind die Aussagen zur trägerübergreifenden, gesundheitsförderlichen Gestaltung des Sozialraums und zu Gesundheitsförderung im Sozialraum zu konkretisieren. Barrierefreiheit, Inklusion und die Berücksichtigung vulnerabler Gruppen sind als Elemente gesundheitsförderlichen Sozialraumorientierung gesetzlich zu fixieren.	Gesetzlicher Änderungsbedarf	Neu	Aktuelle Legislatur



## Handlungsfeld IV: Inklusion durch Digitalisierung

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

<b>Ziele:</b>	<b>Maßnahmen:</b>	<b>Umsetzungsform:</b>	<b>Status:</b>	<b>Zeitraumen:</b>
Der Zugang zu den digitalen Angeboten im Gesundheitssektor ist sichergestellt.	Barrierefreier Zugang zu telemedizinischen Angeboten, insbesondere: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elektronische Patientenkarte</li> <li>• digitalen Anwendungen, wie dem E- Rezept</li> <li>• Elektronischer Medikationsplänen</li> <li>• Einrichtungsassistenten</li> <li>• Gebrauchsanleitungen</li> </ul>	Gesetzlicher Änderungsbedarf:  Die entsprechenden Gesetzeslücken müssen geschlossen werden .	Neu	Aktuelle Legislatur
Die Barrierefreiheit von digitalen Gesundheits-, und Pflegeanwendungen ist durch die Sozialleistungsträger sichergestellt und wird finanziert.	Barrierefreie Gestaltung der dafür zur Verfügung gestellten und entwickelten Apps  Gesetzliche Verankerung in § 33 a SGB V und § 40 a SGB XI	Gesetzlicher Änderungsbedarf	Laufend	Aktuelle Legislatur
Barrierefreiheitskriterien und Prüfmechanismen sind gemeinsam mit Patientinnen und Verbänden erarbeitet.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einbeziehung der Patient*innen in die Verfahren beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)</li> <li>• Einbeziehung der Patientenvertretung bei der Umsetzung der Digitalisierungsstrategie des BMG nach § 140 f SGB V</li> </ul>	Fachgespräche zur Digitalisierungsstrategie	Neu	Aktuelle Legislatur

<p>Sektoren- und Professionsübergreifende Versorgungsprozesse sind so gestaltet, dass Versorgungsabbrüche von Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung verhindert werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funktionierendes Entlassmanagement in Krankenhäusern müssen sichergestellt werden um fehlerhafte Anschlussbehandlungen zu vermeiden</li> <li>• Vorhaltung von Sozialdienst mit ausreichend Personal und entsprechende Verfahrensanweisungen müssen gesetzlich implementiert werden</li> <li>• Finanzierung des Sozialdienstes über Vorhaltepauschalen</li> <li>• Verpflichtende Kooperation mit den MZEBs und den SPZs um Anschlussbehandlungen sicherzustellen</li> </ul>	<p>Gesetzliche Verpflichtung der Krankenhäuser Entlassmanagement sicherzustellen nach § 39 Abs 1 a SGB V</p>		<p>Aktuelle Legislatur</p>
--	---	--	--	----------------------------

#### IV.2. Generierung und Nutzung qualitativ hochwertiger Daten für eine bessere Versorgung und Forschung

<b>Ziele:</b>	<b>Maßnahmen:</b>	<b>Umsetzungsform:</b>	<b>Status:</b>	<b>Zeitraumen:</b>

### IV.3. Nutzenorientierte Technologien und Anwendungen

<b>Ziele:</b>	<b>Maßnahmen:</b>	<b>Umsetzungsform:</b>	<b>Status:</b>	<b>Zeitraumen:</b>
Die Digitalisierung erfolgt barrierefrei.	Alle digitalen Gesundheits- und Pflegeanwendungen sind barrierefrei auszugestalten, so dass sie für jeden problemlos nutzbar sind.  Die Entwicklung der Barrierefreiheitskriterien sind unter Patientenbeteiligung, sowie der Beteiligung von Verbänden von Menschen mit Behinderung vorzunehmen. Die Patientenvertretung gem. § 140 f SGB V ist an der Umsetzung der Digitalisierungsstrategie des BMG zu beteiligen	Gesetzlicher Änderungsbedarf:  In den einschlägigen Sozialgesetzbüchern; für alle Sozialleistungsträger die diese Anwendung finanzieren	Neu	Die Regelung wird bis Ende 2024 erarbeitet und verkündet und tritt zum 1.1.2025 in Kraft.
Die Digitalisierung im Gesundheitswesen erzeugt keine neuen Barrieren.	Die Digitalisierung darf nicht dazu führen, dass die Präsenzangebote ersetzt werden. Es bedarf weiterhin des Ausbaus und Fortschritts barrierefreier Präsenzangebote.	Gesetzlicher Änderungsbedarf: Es wird ein Bestandschutz für barrierefreie Präsenzangebote geschaffen und die Krankenkassen und Leistungserbringer werden verpflichtet, diese Angebote in angemessenem Maße aufrecht zu erhalten.	Neu	Die Regelung wird bis Ende 2024 erarbeitet und verkündet und tritt zum 1.1.2025 in Kraft.
Bei der digitalen Dokumentation der Behandlung besteht der Anspruch von Patient*innen (auf Verlangen) einen Ausdruck über die stattgefundenen Leistungen zu erhalten.	Falls dies noch nicht in den untergesetzlichen Normen niedergelegt sein sollte (bisher noch unklar), müsste dazu eine entsprechende gesetzliche Regelung erfolgen.	Gesetzlicher Änderungsbedarf	Neu	Die Regelung wird bis Ende 2024 erarbeitet und verkündet und tritt zum 1.1.2025 in Kraft.

## Handlungsfeld V: Diversität im Gesundheitswesen

### V.1. Kultursensible Verständigung fördern

<b>Ziele:</b>	<b>Maßnahmen:</b>	<b>Umsetzungsform:</b>	<b>Status:</b>	<b>Zeitraumen:</b>
Menschen ohne bzw. mit geringen Deutschkenntnissen erhalten eine gute gesundheitliche Versorgung.	Der Anspruch auf Sprachmittlung im Gesundheitswesen wird als Krankenkassenleistung im SGB V verankert.	Gesetzlicher Änderungsbedarf	Neu	Aktuelle Legislatur
Geflüchtete Menschen erhalten eine gute gesundheitliche Versorgung.	Der Anspruch auf Sprachmittlung im Gesundheitswesen wird im Asylbewerberleistungsgesetz verankert.	Gesetzlicher Änderungsbedarf	Neu	Aktuelle Legislatur

### V.2. Gesundheitskompetenz fördern

<b>Ziele:</b>	<b>Maßnahmen:</b>	<b>Umsetzungsform:</b>	<b>Status:</b>	<b>Zeitraumen:</b>
Es stehen barrierefreie Informationen für Versicherte über den geschlechtsspezifischen Nutzen und die geschlechtsspezifischen Risiken von neuen Therapieverfahren zur Verfügung.	Der G-BA erfasst entsprechende Informationen und veröffentlicht diese in barrierefreier Form in einem Online-Portal.	Anpassung der entsprechenden Vorgaben für die Bewertung neuer Therapieverfahren durch den G-BA.	Neu	Aktuelle Legislatur

Es gibt Angebote der Krankenkassen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz, die die besonderen Belange von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen berücksichtigen.	Die Krankenkassen werden verpflichtet, einen bestimmten Prozentsatz ihrer Angebote zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu verwenden.	Gesetzlicher Änderungsbedarf: § 20k SGB V wird entsprechend geändert.	Neu	Aktuelle Legislatur
Es erfolgt eine Weiterbildung der Vertrags- und Klinikärzt*innen im Bereich der gesundheitskompetenten Kommunikation (z.B. Teach-Back Methode, Ask me 3, etc.) und eines sensibilisierten Umgangs mit Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung (vgl. oben)	Fortsetzung der Gespräche mit Landes- und Bundesärztekammern, z. B. über eine Allianz für Gesundheitskompetenz	Fachgespräche	Laufend	Aktuelle Legislatur

### V.3. Datenlage verbessern

<b>Ziele:</b>	<b>Maßnahmen:</b>	<b>Umsetzungsform:</b>	<b>Status:</b>	<b>Zeitraumen:</b>
Versorgungsforschung zur Feststellung einer ausreichenden Anzahl an flächendeckenden Praxen sowie Angeboten und Diensten	Die Bundesregierung initiiert und fördert Forschungsvorhaben (partizipative Forschung) zu diesem Vorhaben.	Forschungsvorhaben definieren und initiieren; Mittel beantragen	Neu	Aktuelle Legislatur

<p>Die Datenlage zu vorhandenen, barrierefreien Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Einrichtungen, die der gesundheitlichen Versorgung dienen, ist verbessert.</p>	<p>Es wird ermittelt, welche Krankenhäuser, Rehaeinrichtungen und sonstigen Einrichtungen barrierefrei sind.</p>	<p>Gesetzlicher Änderungsbedarf:  Die zuständigen Gremien werden beauftragt abzufragen, ob die Kriterien zur Barrierefreiheit erfüllt werden.  Die Gremien werden beauftragt die Informationen barrierefrei zu veröffentlichen.</p>	<p>Neu</p>	<p>Aktuelle Legislatur und über die aktuelle Legislatur hinaus</p>
<p>Die nutzerkontrollierte Versorgungsforschung wird gefördert.</p>	<p>Vorgabe eines zu bestimmenden Anteils von Projektmodellen beim Innovationsfonds, die nutzerkontrollierte Forschung betreiben.</p>	<p>Anpassung Förderrichtlinie Innovations-Fonds</p>	<p>Neu</p>	<p>Aktuelle Legislatur</p>
<p>Ein Gender-Data-Gap wird vermieden.</p>	<p>Die Forschung agiert genderspezifisch. Es wird darauf geachtet, dass Frauen in den Datensätzen gleichermaßen repräsentiert sind, wie Männer und die Daten nach Geschlecht differenziert sind.</p>	<p>Anpassung der entsprechenden Forschungsvorgaben</p>	<p>Neu</p>	<p>Aktuelle Legislatur</p>