

Beiträge aus der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) für das schriftliche Beteiligungsverfahren zum Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen

13. Dezember 2023

Inhalt

Einleitung	6
Vorbemerkung	6
Grundsätze	6
Barrierefreiheit und angemessene Vorkehrungen	7
Inklusivität.....	8
Diversität.....	9
Handlungsfeld I: Barrierefreie und inklusive Gesundheitsversorgung	10
I.1. Barrierefreie Arztpraxen	12
I.1.1 Allgemein	12
I.1.2 Angemessene Vorkehrungen / alternative Möglichkeiten	13
I.1.3 Barrierefreiheit nach Art der Beeinträchtigung in Arztpraxen und anderen Einrichtungen und Diensten der vertragsärztl. Versorgung	16
I.1.3.1 Motorische Beeinträchtigungen.....	16
I.1.3.2 Sinnesbeeinträchtigungen	17
I.1.3.3 Kognitive Beeinträchtigungen	18
I.1.3.4 Kommunikative Beeinträchtigungen.....	19
I.1.3.5 Psychische Beeinträchtigungen	20
I.1.4 Informationen über Barrierefreiheit.....	21
I.1.5 Regionale Erreichbarkeit.....	21
I.2. Barrierefreie Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen	22
I.2.1 Rehabilitationsdienste und -einrichtungen allgemein.....	22
I.2.2 Barrierefreiheit in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen.....	25

I.2.3 Angemessene Vorkehrungen als alternative Möglichkeiten im Einzelfall.....	26
I.2.4 Barrierefreiheit nach Art der Beeinträchtigung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen.....	27
I.2.4.1 Motorische Beeinträchtigungen.....	27
I.2.4.2 Sinnesbeeinträchtigungen	29
I.2.4.3 Kognitive Beeinträchtigungen	30
I.2.4.4 Kommunikative Beeinträchtigungen.....	31
I.2.4.5 Psychische Beeinträchtigungen	32
I.2.5 Rehabilitationsfähigkeit	33
I.2.6 spezifische Bedarfslagen	34
I.2.7 Assistenz in der Klinik	35
I.2.8 Information über Barrierefreiheit.....	36
I.2.9 Frührehabilitation	37
I.2.10 Beseitigung der Barrieren in der stationären Behandlung und Rehabilitation bei hohem Pflegebedarf.....	38
I.2.11 Beseitigung von Barrieren für die Rehabilitation geriatrischer Patienten.....	39
I.2.12 Beseitigung von Barrieren für eine Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation für Menschen mit außerklin. Intensivpflege (AKI)	39
I.2.13 Beseitigung von Barrieren in Form fehlender besonderer Expertise im Krankenhaus	40
I.2.14 Beseitigung von Barrieren in Form fehlender besonderer Expertise in der Reha-Einrichtung.....	41
I.3. Barrierefreiheit in sonstigen Gesundheitseinrichtungen	42
I.3.1 Herstellung von Barrierefreiheit bei der Inanspruchnahme von Heilmitteln.....	42
I.3.2 Herstellung von Barrierefreiheit bei sonstige Diensten und Einrichtungen.....	43
I.4. Barrierefreie Medizinprodukte/Hilfsmittelversorgung.....	43
I.4.1 Hilfsmittelversorgung.....	43

I.4.2	Barrierefreie Medizintechnik.....	48
I.4.3	Barrierefreiheit digitaler Gesundheitsanwendungen	48
I.5.	Barrierefreiheit im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdiensts	49
I.5.1.	Umfassende Barrierefreiheit im ÖGD.....	48
I.6.	Weitere Maßnahmen in der Gesundheitsversorgung	50
I.6.1	Zugänglichkeit und Erreichbarkeit	50
I.6.2	Lebensweltorientierung	51
I.6.3	Benachteiligungen	52
I.6.4	Einstellungen und Haltungen	52
I.6.5	Partizipation	53
I.6.5.1	Auf der individuellen Ebene	53
I.6.5.2	Auf der institutionellen Ebene	54
I.6.6	Wunsch- und Wahlrecht.....	55
I.6.7	Mobile Rehabilitation.....	56
I.6.8	Postakute komplexe medizinische Rehabilitation	58
I.6.9	Heilmittel	59
I.6.10	Nachsorge	62
I.6.11	Psychiatrie	63
I.6.12	Aus-, Fort- und Weiterbildung	65
I.6.13	SPZ.....	67
I.6.14	Frühförderung	70
I.6.15	MZEB.....	72

Handlungsfeld II: Barrierefreiheit in der Langzeitpflege	76
II.1. Abbau von Barrieren in der Versorgung, Digitalisierung	76
II.2. Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche	80
II.3. Barrierefreie Informationsaufbereitung	80
Handlungsfeld III: Inklusiv Prävention	81
III.1. Barrierefreie Präventionsleistungen	81
III.2. Berücksichtigung vulnerabler Personen bei Präventionsleistungen	82
III.3. Berücksichtigung von Inklusion bei Präventionsleistungen	83
Handlungsfeld IV: Inklusion durch Digitalisierung	84
IV.1. Etablierung personenzentrierter und digital unterstützter sektoren- und professionsübergreifender Versorgungsprozesse	84
IV.2. Generierung und Nutzung qualitativ hochwertiger Daten für eine bessere Versorgung und Forschung	84
IV.3. Nutzenorientierte Technologien und Anwendungen	84
IV.3.1 Zugänglichkeit von digitalen Gesundheitsleistungen.....	84
IV.3.2 Barrierefreiheit bei der Digitalisierung	85
IV.3.3 Digitalisierung ohne neue Barrieren.....	86
Handlungsfeld V: Diversität im Gesundheitswesen	88
V.1. Kultursensible Verständigung fördern	88
V.2. Gesundheitskompetenz fördern	88
V.3. Datenlage verbessern	89
Anhang:	90
Liste verwendeter Quellen	90
Über die DVfR	91

Einleitung

Vorbemerkung

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR) stützt sich in dieser Ausarbeitung auf ihre Arbeitsergebnisse und auf Vor- und Zuarbeiten ihrer Mitglieder und anderer Akteure. Zentrale Themen sind zusammengefasst in der „Agenda für einen Aktionsplan ‚Inklusives Gesundheitswesen‘ der Bundesregierung – ein Beitrag aus der DVfR. Positionen aus der DVfR“ vom November 2022. Da die Mitgliedschaft der DVfR sehr heterogen ist und aus Leistungsträgern, Leistungsanbietern, Betroffenenverbänden, Expertinnen und Experten und ihren Verbänden besteht, sind der Entwicklung konsentierter Positionen bei unterschiedlichen Interessenlagen Grenzen gesetzt. Dies gilt umso mehr in einem laufenden Prozess wie diesem Beteiligungsverfahren, in dem die Mitglieder der DVfR jeweils parallel aufgefordert sind, eigene Beiträge zu liefern. Vor diesem Hintergrund ist diese Agenda deshalb nicht als Konsenspapier aller Mitglieder der DVfR zu verstehen, sondern als Beitrag aus den Reihen der DVfR mit dem Ziel, Problemlagen und Fragestellungen zu beschreiben, die für die Erreichung eines inklusiven Gesundheitswesens von Bedeutung sind und die einer weiteren Bearbeitung im Sinne von Klärung und Erarbeitung von Lösungsoptionen bedürfen. Dabei können und sollen auch wissenschaftlich noch nicht aufgearbeitete Erfahrungen berücksichtigt werden, soweit es sich aus Sicht der DVfR nicht nur um vereinzelte Berichte handelt. Denn es gibt nicht zu allen Sachverhalten empirisch gute Studien und nicht immer werden spezifische Belange gerade von schwer von Beeinträchtigungen betroffenen Menschen in den Fachdiskursen hinreichend beachtet.

Die in der Tabelle gemachten Angaben enthalten die wesentlichen Teile der Agenda, gehen z. T. in der Darstellung möglicher Lösungsoptionen entsprechend der fortgeschrittenen Diskussion darüber hinaus. In der Spalte „Ziele“ der einzelnen Handlungsfelder sind weitgehend konsentrierte Anforderungen an ein barrierefreies und inklusives Gesundheitswesen aufgeführt. Die in den Spalten „Maßnahmen“, „Umsetzungsform“ und „Status“ genannten Lösungsoptionen markieren v. a. relevante Themen und Aspekte, die in einem Aktionsplan bearbeitet werden sollten, sind aber nur zum Teil konsentriert und bedürfen oft weiterer Diskussion und Prüfung.

Die Beiträge erheben nicht den Anspruch der Vollständigkeit; es sind nicht alle Zellen der vom BMG übersandten Tabellen ausgefüllt.

Grundsätze

Für den Aktionsplan sind Barrierefreiheit, Inklusivität und Diversität unterschiedliche und sich nur teilweise überschneidende Ziele. Während das Konzept von Barrierefreiheit sich auch gesetzlich normiert auf Menschen mit Behinderungen bezieht, wenngleich auch Menschen ohne Behinderungen davon profitieren können, sind die Konzepte von Inklusivität und Diversität nicht auf Menschen mit Behinderungen beschränkt. In der folgenden Stellungnahme beschränkt sich die DVfR auf Maßnahmen für Menschen mit Behinderungen. Dabei wird die Legaldefinition von Behinderung in § 2 SGB IX („Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen

haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.“) bzw. § 3 BGG („Menschen mit Behinderungen im Sinne dieses Gesetzes sind Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können. Als langfristig gilt ein Zeitraum, der mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate andauert.“) verwendet.

Das Gesundheitswesen umfasst alle gesellschaftlichen Aktivitäten, Strukturen und Organisationen, die sich der Erhaltung und Förderung von Gesundheit und der Vermeidung, Behandlung und Bewältigung von Krankheiten widmen. Dazu gehören auch Vermeidung, Verminderung und Bewältigung der Folgen von Krankheiten in Form von Behinderungen, d. h. von Beeinträchtigungen der Selbstbestimmung und der Teilhabe. Insofern gehen die gesetzlichen Grundlagen für das Gesundheitswesen deutlich über das SGB V hinaus und finden sich u. a. im SGB VI, VII, VIII, IX, XI, XII und XIV sowie anderen gesetzlichen Vorschriften, z. B. zum Öffentlichen Gesundheitsdienst, zu Ausbildungen im Gesundheitswesen u. v. a. m., sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene. Das bedeutet eine deutliche Erweiterung der Akteure über die Gesundheitsversorgung im engen Sinne hinaus, die an einem barrierefreien, inklusiven und diversen Gesundheitswesen zu beteiligen sind, z. B. die Unfallversicherungen, die Rentenversicherung als Träger u. a. der medizinischen Rehabilitation, die Versorgungsverwaltung und andere.

Barrierefreiheit und angemessene Vorkehrungen

Barrierefreiheit im engen Sinne wird durch das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) allgemein in § 4 sowie durch das Barrierefreiheitsstärkungsgesetz allgemein in § 3 Abs. 1 definiert. In Abhängigkeit von Art und Schwere der Beeinträchtigungen werden jedoch auch andere als bauliche, produkt- oder dienstleistungsbezogene Barrieren als Teilhabebehinderung bzw. als Exklusionsrisiken wirksam, so dass Barrierefreiheit heute im Kontext von Inklusion und Teilhabeförderung (Rehabilitation) umfassender verstanden wird und z. B. die Nutzung komplizierter Sprache, Kommunikation beeinträchtigender Zeitdruck oder unzureichende Spezialkenntnisse bzgl. Behinderungen im Sinne der UN-BRK als Barrieren verstanden werden (vgl. dazu die Ausführungen vor und in Kap. I 1.2). Barrierefreiheit ist eine allgemeine, systematische und universelle Eigenschaft von Umwelt, Produkten, Dienstleistungen und Prozessen. Demgegenüber sind angemessene Vorkehrungen – ein feststehender Begriff in der UN-BRK – notwendige und geeignete Änderungen und Anpassungen im Einzelfall, die keine unverhältnismäßige oder unbillige Belastung darstellen und die, wenn sie in einem bestimmten Fall erforderlich sind, vorgenommen werden, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt an der Gesundheitsversorgung in vollem Umfang teilhaben können (vgl. https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/positionen_nr_5_barrieren_im_einzelfall_ueberwinden.pdf). Solche angemessenen Vorkehrungen bedürfen nicht selten struktureller Voraussetzungen und sind häufig einer gesetzlichen Regelung zugänglich.

Inklusivität

Ein inklusives Gesundheitswesen umfasst auch solche Angebote, die Menschen wegen ihrer speziellen Gesundheitsstörung, ihrer Beeinträchtigung oder Pflegebedürftigkeit, insofern ihrer Behinderung benötigen (Art. 25 UN-BRK). Es hat zwei besondere Ziele: (1) Alle Bürgerinnen und Bürger können das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen, d. h., jegliche Exklusion bei der Nutzung von Gesundheitsleistungen wird verhindert. (2) Die Angebote des Gesundheitssystems sind darauf ausgerichtet, bei der Bewältigung von Krankheitsfolgen und Beeinträchtigungen umfassende und selbstbestimmte Teilhabe zu unterstützen und Behinderungen zu vermindern oder zu beseitigen.

Ein inklusives Gesundheitswesen

- arbeitet menschenrechtsorientiert und fördert die Selbstbestimmung und die Teilhabe,
- handelt ressourcen- und nicht defizitorientiert,
- ist Teil eines inklusiven Gemeinwesens und arbeitet sozialraumorientiert,
- ist frei von Benachteiligung und Diskriminierung bestimmter Personengruppen und begegnet proaktiv Exklusionsrisiken,
- fördert die Inklusion durch die Ausrichtung der Angebote am Ziel einer möglichst umfassenden und selbstbestimmten Teilhabe aller Mitglieder der Gesellschaft,
- ist partizipativ ausgerichtet und fördert die aktive Beteiligung sowohl der Nutzerinnen und Nutzer als auch der Mitarbeitenden im Gesundheitswesen,
- bezieht die individuelle Lebenssituation und das unmittelbare Lebensumfeld (Familie und Bezugspersonen) mit ein,
- orientiert sich am biopsychosozialen Modell von Behinderung und an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO),
- arbeitet trägerübergreifend und gestaltet die Schnittstellen zu anderen Lebensbereichen und nicht unmittelbar gesundheitsbezogenen Leistungen so, dass Gesundheit gefördert, Krankheiten vermieden, ihre Auswirkungen vermindert und ihre Bewältigung im Hinblick auf eine hohe Lebensqualität, Selbstbestimmung und Teilhabe der betroffenen Personen unterstützt werden.

Mit dem Zusatz „inklusiv“ wird der gesellschaftliche Anspruch an das Gesundheitswesen lediglich konkretisiert, da schon auf Grund der gesetzlichen Grundlagen für das Gesundheitswesen Benachteiligungen von Bevölkerungsgruppen ausgeschlossen sein müssten. Diese Konkretisierung

erscheint aber erforderlich, da das Gesundheitswesen für Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit noch nicht alle benötigten Leistungen zur Verfügung stellt, deren Erreichbarkeit nicht durchgängig sicherstellt, Benachteiligungen nicht durchgängig vermeidet und zudem die Sicherung der gesellschaftlichen Teilhabe nicht im möglichen und erforderlichen Ausmaß gewährleistet.

Nur ein inklusives Gesundheitswesen in diesem Sinne entspricht Art. 3 Abs. 3 Grundgesetz (GG), dem Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK; Art. 25 und 26), dem Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) und anderen gesetzlichen Grundlagen, z. B. den umfassenden Ansprüchen auf Selbstbestimmung und Teilhabe nach dem SGB IX, aber z. B. auch nach § 2a SGB V.

Diversität

Diversität geht von einer großen Vielfalt oder Verschiedenartigkeit von Merkmalen, Eigenschaften und Elementen innerhalb einer Organisation, einer Gruppe oder der Gesellschaft aus, der es im gesellschaftlichen Leben, der Arbeitswelt und auch im Gesundheitswesen Rechnung zu tragen gilt. Dabei ist stets eine intersektionale Betrachtungsweise im Hinblick auf Personen, ihre Lebenslagen und ihre gesellschaftliche Beteiligung erforderlich. Zu den Dimensionen von Vielfalt gehören u. a. eine unterschiedliche, ggf. non-binäre, geschlechtliche Identität oder Orientierung, unterschiedliche religiöse oder ethnische Zugehörigkeiten sowie Unterschiede in Fähigkeiten und Kompetenzen und ggf. deren Beeinträchtigungen. Darüber hinaus bezeichnet der Begriff aber auch ein gesellschaftliches Konzept, das auf der Idee basiert, dass jeder Mensch in seiner Einzigartigkeit wertvoll ist und dafür Anerkennung und Respekt verdient.

Im Hinblick auf das Gesundheitswesen sind die Dimensionen Alter, Migration, Gender und Behinderung von besonderer Bedeutung. Die notwendigen Maßnahmen für ein diverses Gesundheitswesen überschneiden sich weitgehend mit denen für ein inklusives, Exklusion vermeidendes Gesundheitswesen. Die DVfR beschränkt sich auf die Dimension Behinderung.

Handlungsfeld I: Barrierefreie und inklusive Gesundheitsversorgung

Dienste, Einrichtungen, Produkte und Dienstleistungen sind barrierefrei, wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind (vgl. Art. 3 Abs. 1 Satz 2 Barrierefreiheitsstärkungsgesetz). Nach § 4 Satz 2 BGG ist die Nutzung behinderungsbedingt notwendiger Hilfsmittel zulässig. Behinderungen entstehen vor allem als Folge der Wechselwirkung von funktionellen Beeinträchtigungen und vorhandenen Barrieren. Dabei sind allgemeine Barrieren, z. B. ein nicht barrierefreier öffentlicher Personennahverkehr (ÖPNV), so dass Menschen mit Mobilitätsbeeinträchtigungen nicht ohne weiteres eine Arztpraxis aufsuchen können, und solche, die spezifisch im Gesundheitswesen auftreten und deshalb auch dort zu beseitigen sind, zu berücksichtigen. Barrierefreiheit muss sich in Strukturen und Prozessen zeigen. Sie ist Voraussetzung jeder freien Arztwahl für Menschen mit Behinderungen. Dabei werden i. S. der UN-BRK auch fehlende angemessene Vorkehrungen zum Behinderungsausgleich als Barrieren verstanden.

Vorrangig bezieht sich Barrierefreiheit auf bauliche, technische und produktbezogene Eigenschaften. Jedoch sind auch weitere, bislang gesetzlich nicht normierte Barrieren wirksam, stehen einer gleichberechtigten und inklusiven Nutzung von Gesundheitsleistungen entgegen und sind deshalb zu beseitigen. Dabei sollen motorische und Sinnesbeeinträchtigungen, kognitive, kommunikative und psychische Beeinträchtigungen berücksichtigt werden. Barrierefreiheit soll für die Zugänglichkeit, die räumliche und technische Ausstattung, die Kommunikation und die Interaktion gelten.

Grundsätzlich sollen alle Angebote im Gesundheitswesen barrierefrei sein. Um das zu erreichen, ist in vielen Fällen ein längerer Zeitraum zur Umsetzung dieser Ziele erforderlich. Diese Umsetzung ist systematisch und nachhaltig zu fördern. Ausnahmen sind unvermeidlich, müssen aber begründet werden. Die Verpflichtung trifft nicht nur die Leistungserbringer und somit die Kostenträger im Gesundheitswesen, sondern ist auch als Aufgabe der Gesellschaft insgesamt zu sehen.

Ist Barrierefreiheit nicht oder nicht mit vertretbarem Aufwand zu erreichen und insofern ein Ausnahmetatbestand für den Grundsatz der Barrierefreiheit gegeben, ist es erforderlich, angemessene Vorkehrungen (i. S. der UN-BRK) für den Einzelfall zu treffen, die eine Inanspruchnahme von Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung und anderer Leistungen trotz Beeinträchtigungen ermöglichen oder erleichtern. „Angemessene Vorkehrungen sind spezifische personenbezogene Hilfsmaßnahmen, um Barrieren zu überwinden und an der Gesellschaft teilhaben zu können. Beispiele sind bauliche Veränderungen in der Mietwohnung, ein ärztliches Aufklärungsgespräch in Leichter Sprache, die Übersetzung eines Bescheides in Blindenschrift, die Anpassung von Arbeits- und Organisationsabläufen für Beschäftigte mit psychosozialen Behinderungen oder technische Arbeitshilfen, etwa eine Einhand-Tastatur oder barrierefreie Computersoftware,“ so das Deutsche Institut für Menschenrechte (<https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/themen/rechte-von-menschen-mit-behinderungen/diskriminierungsschutz>). Leistungsanbieter haben insofern nach Möglichkeit solche angemessenen Vorkehrungen zu treffen, die eine Inanspruchnahme der benötigten Gesundheitsleistungen ermöglichen. Ist auch dies nicht mit vertretbarem Aufwand möglich, ist dies zu begründen. Ein Beispiel für angemessene Vorkehrungen kann eine

angemessene persönliche Assistenz oder Begleitung sein. Für die Bereitstellung angemessener Vorkehrungen kommen ggf. auch Leistungen anderer Sozialsysteme in Betracht, z. B. Assistenzleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe, vgl. dazu das Grundsatzpapier der DVfR zur Gesundheitssorge.

Der erreichte Stand der Barrierefreiheit und der angemessenen Vorkehrungen ist transparent und vergleichbar zu erfassen und den PatientInnen sowie den anderen Akteuren im Gesundheitswesen niedrigschwellig in geeigneter, selbst wieder barrierefreier Form bekannt zu machen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen beispielsweise die Versicherten seit dem 1. Januar 2022 im Internet nach bundesweit einheitlichen Kriterien über die Barrierefreiheit von Arztpraxen informieren. Grundlage dafür ist eine entsprechende Informationspflicht nach § 75 Abs. 1a Satz 2 SGB V, die durch das im Mai 2019 in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungsgesetz eingeführt wurde. Analoge Regelungen sind auch für die anderen Einrichtungen und Dienste im Gesundheitswesen einschließlich der Rehabilitation erforderlich.

I.1. Barrierefreie Arztpraxen

Ziele:	Maßnahmen:	Umsetzungsform:	Status:	Zeitraumen:
<p>I.1.1 Allgemein Arztpraxen (einschl. Einrichtungen und Dienste, die an der vertragsärztlichen und der privatärztlichen Versorgung beteiligt sind) sollen barrierefrei werden, indem sie für alle Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind, ggf. unter Nutzung behinderungsspezifischer Hilfsmittel.</p> <p>Dabei sollen motorische und Sinnesbeeinträchtigungen, kognitive, kommunikative und psychische Beeinträchtigungen jeweils berücksichtigt werden.</p>	<p>Zu prüfen sind Regelungen zur Barrierefreiheit oder angemessenen Vorkehrungen über die Zulassungsvoraussetzungen für Arztpraxen und sonstige Einrichtungen und Dienste.</p> <p>Lösungsoptionen:</p> <p>Es kann gesetzlich klargestellt werden, dass die Schaffung gleichberechtigter Zugangsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung zum Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) gehört. Zur Erfüllung dieses Auftrags müssen die KVen alle geeigneten Maßnahmen ergreifen und unter anderem verstärkt Mittel des Strukturfonds einsetzen können.</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesetzliche Regelung und nachfolgend Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) und Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (Zahnärzte-ZV), einschl. Zeitrahmen als Regelvorschrift. • Vertragsarztsitze in überversorgten Gebieten im Sinne des § 103 Abs. 4 SGB V könnten ggf. nur mit barrierefreien Praxen neu besetzt werden dürfen. • Über Ausnahmen von der Regelvorschrift entscheidet der Zulassungsausschuss unter Beachtung der regionalen Verfügbarkeit von barrierefreien Praxen. • Anpassung und Erweiterung der Richtlinie der KBV zur Barrierefreiheit, mit Sanktionsbewehrung 	<p>Einzelne Bemühungen der KV sind vorhanden</p>	<p>Vollständige Zielerreichung in ca. 15 Jahren.</p> <p>Gesetzliche Regelungen und weitere Regelungen im Zulassungsverfahren, EBM etc. in 2-3 Jahren.</p>

<p>Barrierefreiheit soll für die Zugänglichkeit, die räumliche und technische Ausstattung, die Kommunikation und die Interaktion gelten.</p>	<p>Der Gesetzgeber könnte die Selbstverwaltungspartner verpflichten, zeitlichen Mehraufwand für die Behandlung von Menschen mit Behinderung, der als Barriere für die Behandlung wirkt, zu vergüten. Denkbar wäre etwa eine Zeitpauschale, wie sie der EBM z. B. für die Psychiatrie vorsieht (vgl. EBM-Ziffer 21220 Psychiatrisches Gespräch, Psychiatrische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung).</p> <p>Ein Mehraufwand, der durch die Herstellung von Barrierefreiheit für die Behandlung von Menschen mit Beeinträchtigungen entsteht, ist angemessen zu vergüten. Gleichzeitig sollten dafür Anreize vorgesehen werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bei der Umsetzung der Barrierefreiheit sind vorhandene Normen und die anerkannten Regeln der Technik zu berücksichtigen (z. B. DIN 18040 Teil 1 sowie DIN 18041 und damit verbundene weitere Normen und Regelungen). • Ergänzung des EBM zur Vergütung eines zeitlichen Mehraufwandes bei der Behandlung von Menschen mit Behinderungen • Transparente und einfache Möglichkeiten der Finanzierung zur Erleichterung der Herstellung von Barrierefreiheit 		
--	---	---	--	--

<p>I.1.2 Angemessene Vorkehrungen / alternative Möglichkeiten</p> <p>Sind Barrieren nicht sofort zu beseitigen, sollen alternative Möglichkeiten im Sinne angemessener Vorkehrungen zur Anwendung kommen und deren Möglichkeiten verbindlich geprüft werden.</p>	<p>Bei nicht zu beseitigenden Barrieren Angabe von angemessenen Vorkehrungen im Zulassungsverfahren, z. B. alternative Möglichkeiten der Inanspruchnahme, u. a. alternativer Ort der Sprechstunde, z. B. bei Kollegen (z. B. Gynäkologie), Hausbesuch, Treppensteighilfsmittel, für Praxis geeignetes Transportmittel usw.</p>	<p>Lösungsoptionen s. unter I.1.1</p> <p>Ferner:</p> <p>Erstellung eines Kataloges von Optionen für angemessene Vorkehrungen als Anlage zur o. g. Richtlinie der KBV.</p>		k. A.	
	<ul style="list-style-type: none"> • Ermöglichung/ Erleichterung von Hausbesuchen als Ersatz des Praxisbesuches, auch durch Fachärzte 	<p>Hausbesuche refinanzierende Erweiterung im EBM</p>	<p>Noch kein Vorgang</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> • Nutzung und Erleichterung telemedizinischer Behandlung. Diese ist barrierefrei zu gestalten. 	<p>Klare Rechtsgrundlagen für telemedizinische Behandlung und Berücksichtigung in den Verträgen sowie in den Richtlinien des G-BA, z. B. bzgl. Verordnung von Heilmitteln.</p>	<p>Teilweise in RL des G-BA berücksichtigt.</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> • Notwendige Assistenz bei der Inanspruchnahme von Diensten und Einrichtungen des Gesundheitswesens (z. B. Arztbesuch in der Praxis) sollte bei entsprechendem Bedarf regelhaft als Leistung in den Gesamt- und Teilhabeplänen der Eingliederungshilfe verankert werden. 	<p>Klarstellung, dass dies nach §§ 78 und 113 SGB IX möglich ist (vgl. DVfR: Gesundheitssorge).</p> <p>Klarstellung in den Landesrahmenverträgen und den Leistungsvereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern</p>	<p>Berücksichtigung ist derzeit regional und individuell sehr unterschiedlich.</p>	In 2-3 Jahren.	
	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung bei der Inanspruchnahme z. B. durch Begleitung könnte auch als Leistung der Pflege vorgesehen werden. 	<p>Dazu wäre eine Änderung der Richtlinie des G-BA zur häuslichen Krankenpflege erforderlich sowie der Anlage dazu. Nachfolgend Verträge zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern.</p>	<p>Bislang kein Vorgang</p>		

	<ul style="list-style-type: none"> • Sämtliche Informationen im Hinblick auf Zugänglichkeit und Verfahrensweisen in einer Praxis sind barrierefrei zu erstellen, auch in analoger Form (z. B. nicht nur rein digital, insbesondere Angebote für ältere Menschen, Formate in Blindenschrift oder Großdruck etc.) 	KBV-Richtlinie, s. o.	Erfolgt teilweise	1-2 Jahre
	<ul style="list-style-type: none"> • Schulung/Fortbildung der Vertragsärzte und Praxis-MA im Hinblick auf Barrierefreiheit. 	Ggf. über KBV-Richtlinie, s. o.	Erfolgt teilweise, jedoch nicht regelhaft trotz Bedarf	Laufend
	<ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellung personeller Unterstützung durch Praxismitarbeitende beim Besuch der Praxis, ggf. auch als Hausbesuche 	Bestandteil der Praxisorganisation. Als angemessene Vorkehrung ist die Berücksichtigung eines Mehraufwandes bei der Vergütung notwendig.		Laufend

I.1.3 Barrierefreiheit nach Art der Beeinträchtigung in Arztpraxen und anderen Einrichtungen und Diensten der vertrags- und privatärztlichen Versorgung				
I.1.3.1 Motorische Beeinträchtigungen Herstellung von Barrierefreiheit im Hinblick auf Motorische Beeinträchtigungen	Zur Barrierefreiheit gehören folgende Bereiche: 1. Zugang zur Praxis 2. Räumlichkeiten der Praxis: Barrierefreiheit für Rollstuhl nach DIN im Eingangs- / Wartebereich, 1 Arztzimmer, 1 WC 3. Ausstattung Empfang 4. Ausstattung Untersuchungsraum: Lagerung und Zugänglichkeit 5. Ggf. spezielle Lagerung (breite Liege, Höhenverstellbarkeit), gynäkologische, ophthalmologische und andere fachspezifische Untersuchungen 6. Achtsame und wertschätzende Umgangsformen	Lösungsoptionen s. I.1.1 und I.1.2.	s. I.1.1 und I.1.2	o. A.

<p>I.1.3.2 Sinnesbeeinträchtigungen</p> <p>Herstellung von Barrierefreiheit im Hinblick auf Seh- und Hörbeeinträchtigungen</p>	<p>Zur Barrierefreiheit gehören folgende Bereiche:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zugang zur Praxis 2. Ausstattung Empfang und Praxisräume 3. Schriftliche Informationen 4. sprachliche Kommunikation 5. Achtsame und wertschätzende Umgangsformen <p>Lösungsoptionen:</p> <p>Gebärden- und Schriftdolmetschung sowie deren Finanzierung für Menschen mit Hörbeeinträchtigungen und Sicherstellung von deren Inanspruchnahme</p> <p>Taktile wie kontrastreiche Leitsysteme und Orientierungshilfen für eine eigenständige Mobilität, insbesondere für blinde und sehbehinderte Menschen</p> <p>Zwei-Sinne-Prinzip in der Gestaltung von Gebäuden, Einrichtungen und Informationssystemen</p> <p>Mündliche Information sowie barrierefreie Schriftstücke / Blindenschrift ggf. unter Nutzung barrierefreier digitaler Medien</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Regelhafte Umsetzung § 17 Abs. 2 SGB I.</p> <p>Umsetzung der BITV 2.0 auch im Gesundheitswesen</p> <p>Aufnahme in Leitlinie der KBV</p> <p>Aufnahme in Leitlinie der KBV</p> <p>dto.</p> <p>dto.</p>	<p>Fehlende Umsetzung mangels Kenntnis und Wissen, wie das konkret umgesetzt werden kann</p>	<p>k. A.</p>
---	---	---	--	--------------

<p>I.1.3.4 Kommunikative Beeinträchtigungen</p> <p>Herstellung von Barrierefreiheit im Hinblick auf kommunikative Beeinträchtigungen (Aphasie, schwere Dysarthrie, Mutismus, Anarthrie, bei erworbenen Hirnschädigungen, bei Tracheostoma u. a.)</p>	<p>Zur Barrierefreiheit gehören folgende Bereiche:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nutzung von Unterstützter Kommunikation (UK) einschl. Assistiver Technologien (AT) 2. Beziehung von An- und Zugehörigen 3. Beziehung von Assistenz (ggf. über die Eingliederungshilfe oder die Pflege) 4. Höheres Zeitbudget 5. Achtsame und wertschätzende Umgangsformen 	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Fortbildung der Praxismitarbeitenden als regelhaftes Angebot</p> <p>bedarfsgerechte Ausstattung der Versicherten mit Assistiven Technologien (AT) und Strategien der Unterstützten Kommunikation (UK) im Rahmen der Heil- und Hilfsmittelversorgung (s. dort)</p> <p>Ergänzende Ausstattung mit AT und Strategien der UK sowie Training und ggf. Assistenz im Rahmen der Eingliederungshilfe durch Berücksichtigung bei der individuellen Teilhabeplanung</p> <p>Berücksichtigung eines erhöhten Zeitbedarfes (s.o.)</p>	<p>Unbekannt</p> <p>Erfolgt teilweise, nicht flächendeckend.</p> <p>Wird teilweise umgesetzt</p>	
---	---	---	--	--

<p>I.1.3.5 Psychische Beeinträchtigungen</p> <p>(mit und ohne kognitive Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten)</p> <p>Herstellung von Barrierefreiheit im Hinblick auf psychische Beeinträchtigungen</p>	<p>Zur Barrierefreiheit gehören folgende Bereiche:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. angepasste Interaktionsformen bei Verwaltungsvorgängen und im Rahmen der Therapie 2. Hausbesuche bzw. Besuche in einer Einrichtung 3. Beziehung von An- und Zugehörigen 4. Beziehung von Assistenz (ggf. über die Eingliederungshilfe oder die Pflege) 5. Höheres Zeitbudget 6. Achtsame und wertschätzende Umgangsformen 	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Achtsamkeit bei der Kommunikation und Eingehen auf spezifische Beeinträchtigungen, z. B. Ängste</p> <p>Hausbesuche bei psychischen Beeinträchtigungen, z. B. durch Psychiatrische Institutsambulanz sowie durch Hausärzte und Fachärzte</p> <p>Fortbildung der Praxismitarbeitenden</p> <p>Berücksichtigung eines erhöhten Zeitbedarfes, s. o.</p> <p>Begleitung oder praktische Unterstützung durch An- und Zugehörige oder durch Assistenzkräfte</p>	<p>teilweise vorhanden</p> <p>unbekannt</p>	
--	--	---	---	--

<p>I.1.4 Informationen über Barrierefreiheit</p> <p>Jeder Patient/jede Patientin soll niedrigschwellig Informationen über vorhandene Barrierefreiheit von Praxen erhalten können, um eine barrierefreie Praxis finden zu können.</p>	<p>Verzeichnis im Internet und auf Homepage der Arztpraxis</p>	<p>Ist z. T. gesetzliche Verpflichtung nach § 75 SGB V, vgl. Richtlinie der KBV.</p>		
<p>I.1.5 Regionale Erreichbarkeit</p> <p>Es ist sicherzustellen, dass Menschen, die den regionalen ÖPNV nicht nutzen können, dennoch in ihrer Region die benötigten Haus- und Fachärztinnen erreichen können.</p>	<p>Lösungsoptionen</p> <p>Prüfung der Regelungen zur Übernahme von Beförderungskosten, z. B. für Arztbesuche zur Sicherstellung der Behandlung</p> <p>kommunale Beförderungsdienste, ggf. als Rufdienste</p> <p>Im Rahmen angemessener Vorkehrungen im Einzelfall Hausbesuche oder telemedizinische Behandlung, s. o.</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Überprüfung der Beförderungsrichtlinie des G-BA</p> <p>Kommunale bzw. gebietskörperschaftliche Maßnahmen</p>	<p>In einigen Kommunen bereits vorhanden</p>	

I.2. Barrierefreie Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen

Die DVfR-Stellungnahme geht insbesondere auf stationäre, ambulante und mobile Rehabilitationseinrichtungen und -dienste ein. Die Erkenntnisse lassen sich überwiegend auf den Krankenhaussektor übertragen, zu dem die DVfR nur einige Hinweise gibt.

Ein inklusives Gesundheitswesen sichert die selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Ein zentrales Instrument sind die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Dabei sind stets in Ergänzung zu den trägerspezifischen Zielen die umfassenden Teilhabeziele im Sinne des SGB IX zu berücksichtigen, sowohl bei der am Anfang erforderlichen Bedarfsermittlung als auch im konkreten Reha-Prozess. Eine individuelle, personenzentrierte Bedarfsermittlung ist dazu notwendig.

Barrieren für die Inanspruchnahme von Rehabilitationseinrichtungen können nicht nur im Hinblick auf die räumliche Zugänglichkeit und Gestaltung der Einrichtung sowie deren Ausstattung bestehen, sondern auch im Hinblick auf das Rehabilitationskonzept, nach dem sich Personenkreis, Personal- und sonstige Ausstattung richten müssen. Solche Barrieren, insbesondere ein unzureichender Personalschlüssel können dazu führen, dass RehabilitandInnen gar nicht erst aufgenommen werden. Dadurch entstehen Lücken in der rehabilitativen Versorgung.

Die Ausführungen gelten für Reha-Einrichtungen und -Dienste sowohl der GKV (SGB V) als auch der RV (SGB VI) und der UV (SGB VII), jeweils unter Maßgabe des SGB IX.

Ziele:	Maßnahmen:	Umsetzungsform:	Status:	Zeit- rahmen:
<p>I.2.1 Rehabilitationsdienste und -einrichtungen allgemein</p> <p>Es soll sichergestellt werden, dass Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in bedarfsgerechter Anzahl und Qualität zur Verfügung stehen</p>	<p>Die Leistungsträger wirken unter Beteiligung der Politik (Bundesregierung und Landesregierungen) gemeinsam verstärkt darauf hin, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Anzahl und Qualität zur Verfügung stehen (§ 36 SGB IX).</p> <p>Lösungsoptionen:</p> <p>Um dies zu fördern, erhalten die BAR und die Bundesländer erweiterte Aufgaben bei der</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Verpflichtende Barrierefreiheit bei Neubauten und Bestandssanierungen, Vereinbarung von Konzepten zur Herstellung von Barrierefreiheit und ggf. angemessenen Vorkehrungen einschl. Finanzierung</p>	<p>z. T. durch Reha-Träger und Leistungsanbieter umgesetzt.</p> <p>Maßnahmen und Vorschläge befinden sich in der Diskussion</p>	<p>k. A.</p>

<p>und dabei für eine ausreichende Anzahl von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen keine Zugangs- und Kommunikationsbarrieren bestehen. Vorhandene Lücken bei den Angeboten sind zu schließen.</p>	<p>Bestandserhebung, der Bedarfsermittlung und -Planung insbesondere im Hinblick auf die Berücksichtigung der spezifischen Bedarfe von Menschen mit Behinderungen. Dabei sind stationäre, ambulante und mobile Formen sowie Personenkreis und das Reha-Konzept neben den Kriterien der Barrierefreiheit im erweiterten Sinne (s. u.) im Hinblick auf Bedarfsgerechtigkeit zu berücksichtigen.</p>	<p>Politisch in sog. Geriatrieplänen und bzgl. einiger Reha-Angebote in den Krankenhausplänen und anderen Landesplanungen (Altenhilfe, Teilhabe u.a.) umzusetzen</p> <p>Die BAR könnte die gesetzlich normierte Aufgabe erhalten, den Bestand an barrierefreien und bedarfsgerechten Reha-Angeboten bundesweit, zugleich regional gegliedert zu erheben und mit dem Bedarf abzugleichen.</p> <p>Eine entsprechende Methodik ist zu entwickeln. Dazu ist ggf. ein Forschungsprojekt sinnvoll.</p> <p>Die Länder könnten verpflichtet werden, für ihr Bundesland gemeinsam mit den Reha-Trägern im Hinblick auf die Sicherstellung des Angebotes in verbindlicher Form zu kooperieren und eine regionale Bestandsaufnahme</p>	<p>Konzeption eines Projektes ist noch zu entwickeln</p> <p>Bundesweite gesetzliche Regelung wäre im SGB IX erforderlich</p> <p>Änderung des § 36 Abs. 4 SGB IX denkbar</p>	
--	---	---	---	--

	<p>Besonderes Augenmerk für ein bedarfsdeckendes Angebot an Einrichtungen und Diensten der Rehabilitation ist dabei zu richten auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geriatrische Rehabilitation (mobil, ambulant, stationär) • Rehabilitation für Kinder und Jugendliche (ambulant, stationär) • Rehabilitation in der Psychiatrie (bei schwer psychisch kranken Menschen, ambulant, mobil, stationär, sozialraumbezogen) • Rehabilitation bei außerklinischer Intensivpflege 	<p>vorzulegen. Dabei sind regionale Besonderheiten durch die Nutzung von Reha-Einrichtungen von Nachbarländern oder von bundesweit zu nutzenden Reha-Einrichtungen angemessen einzubeziehen, z. B. bei der Kinderrehabilitation.</p> <p>Um dem Vorhaben einen Rahmen geben zu können, könnten die Bundesländer und die Reha-Träger verpflichtet werden, gemeinsame Arbeitsgemeinschaften zu bilden.</p> <p>Aktuell: Regelmäßige Überprüfung des Angebots und Weiterentwicklung im Zusammenwirken von Leistungsträgern und Leistungserbringern</p>	<p>Nur partiell umgesetzt, z. Zt. besteht dazu nur eine eingeschränkte Transparenz</p>	
--	--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Postakute komplexe Rehabilitation z. B. nach Polytrauma, schweren Operationen und Erkrankungen • Indikationsspezifische Rehabilitationsangebote bei Pflegebedürftigkeit und/oder Behinderung • Flächendeckendes und barrierefreies Angebot an Rehabilitationssport und Funktionstraining, auch im Wasser 			
<p>I.2.2 Barrierefreiheit in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen</p> <p>Vorhandene Einrichtungen und Dienste der Rehabilitation (und Krankenhäuser) sind im Hinblick auf die verschiedenen Beeinträchtigungen (motorisch, Sehen und Hören, kognitiv, kommunikativ, interaktiv) barrierefrei zu gestalten. Dies gilt insbesondere für neue oder zu renovierende Einrichtungen.</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Barrierefreiheit ist in den Qualitätsstandards für die Reha-Einrichtungen zu verankern und entsprechend einem klinikeigenen Konzept sukzessive umzusetzen. Dabei ist den verschiedenen Beeinträchtigungen sowie den Anforderungen bestimmter Personengruppen Rechnung zu tragen (s. u.).</p> <p>Schulung der Beschäftigten der Einrichtungen im Hinblick auf Barrierefreiheit, ggf. verpflichtend</p> <p>Ersatzweise personelle Hilfen durch Beschäftigte der Einrichtung (s. u.)</p> <p>Bedarfsgerechter Ausbau Mobiler Rehabilitation (s. dort)</p> <p>Zugängliche, auch zielgruppenspezifische Informationen zu Reha-Angeboten und zur Reha-</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Umsetzung in den Rahmenempfehlungen nach § 37 (insbes. Abs. 1) und Verträgen nach § 38 SGB IX sowie §§ 107ff. SGB V sowie in untergesetzlichen Regelungen, z. B. konzeptionellen Vorgaben etc.</p> <p>Verankerung der Standards der Barrierefreiheit und der notwendigen Vorkehrungen (s. u.) in den Gemeinsamen Empfehlungen der BAR</p> <p>Aufnahme in die Qualitätsstandards der Reha-Träger</p> <p>Berücksichtigung bei den Versorgungsverträgen, auch</p>		

	<p>Durchführung (z. B. nicht nur rein digitale Angebote, Formate in Blindenschrift oder Großdruck etc.)</p> <p>Dolmetscherdienste bei Fremdsprachlichkeit</p>	<p>im Hinblick auf Finanzierung von Mehraufwendungen</p> <p>Organisation und Refinanzierung von Dolmetscherdiensten bei Fremdsprachlichkeit: Umsetzung § 17 SGB I</p>		
<p>I.2.3 Angemessene Vorkehrungen als alternative Möglichkeiten im Einzelfall</p> <p>Allgemein</p> <p>Sind Barrieren nicht sofort zu beseitigen, sollen alternative Möglichkeiten im Sinne angemessener Vorkehrungen im Einzelfall zur Anwendung kommen und deren Möglichkeiten verbindlich geprüft werden. Dabei sind die jeweiligen Settings ambulant, mobil, stationär zu berücksichtigen.</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Bei nicht zu beseitigenden Barrieren Angabe von angemessenen Vorkehrungen im Konzept und in den Leistungsvereinbarungen, z. B. Treppensteighilfsmittel/Lifte, für die Klinik geeignetes Transportmittel usw.</p> <p>Dazu können auch gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erleichterung telemedizinischer Behandlung (ambulant und mobil) • Nutzung von Assistenz (An- und Zugehörige, MA der Eingliederungshilfe etc.) • Prüfung der Erweiterung der gesetzlichen Regelung zur Begleitung im Krankenhaus u. a. auch für Reha-Einrichtungen 	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Aufnahme in die Reha-Konzepte und die Leistungsvereinbarungen</p> <p>Assistenzleistung bei Klinikaufenthalt in Gesamt- und Teilhabep länen der Eingliederungshilfe sowie als Leistung der Pflege verankern, vgl. Gesundheits-sorge (DVfR 2021)</p> <p>Prüfung einer Erweiterung der gesetzlichen Regelung für Assistenz im Krankenhaus (§ 44b SGB V, § 113 SGB IX) sowie einer Ausweitung auf Rehabilitationseinrichtungen</p>	<p>Prüfung, ob die bei DRV und DGUV vorhandenen Möglichkeiten ausreichend sind und in der Praxis genutzt werden.</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> • Sämtliche Einrichtungsinformationen im Hinblick auf Zugänglichkeit und verfahren sind barrierefrei bereitzustellen, auch in analoger Form. (z. B. nicht nur rein digitale Angebote, u. a. für ältere Menschen, Formate in Blindenschrift oder Großdruck), ggf. auch individuell bei Fehlen von Infomaterial z.B. in leichter Sprache • Verstärkte personelle Hilfe im Einzelfall durch Klinikmitarbeitende 	<p>Aufnahme in die Leistungsvereinbarung und das QM</p> <p>Verbesserung des Personalschlüssels zur Deckung behinderungsbedingter Mehrbedarfe als Gegenstand der einrichtungsbezogenen Konzeption und Leistungsvereinbarung bzw. der allgemeinen Vergütungssystematik</p>	<p>u. a. Nutzung und Umsetzung der verbindlichen Entscheidungen der DRV (§ 15 SGB VI) zum Vergütungssystem</p>	
I.2.4 Barrierefreiheit nach Art der Beeinträchtigung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen	<p>Barrierefreiheit hat die verschiedenen Formen von Beeinträchtigungen zu berücksichtigen. Nur so können Kontextfaktoren als Barrieren identifiziert werden.</p>			
I.2.4.1 Motorische Beeinträchtigungen	<p>Zur Barrierefreiheit gehören folgende Bereiche:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zugang zur Einrichtung 2. Räumlichkeiten der Einrichtung: Barrierefreiheit für Rollstuhl nach DIN im 	<p>Lösungsoptionen:</p>	<p>Teilweise mit Umsetzung begonnen</p>	

<p>I.2.4.2 Sinnesbeeinträchtigungen (Sehen und Hören)</p>	<p>Zur Barrierefreiheit gehören folgende Bereiche:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zugang zur Einrichtung 2. Ausstattung Empfang und Räume mit Publikumsverkehr 3. Schriftliche Informationen 4. sprachliche Kommunikation 5. Achtsame und wertschätzende Umgangsformen <p>Lösungsoptionen:</p> <p>Gebärden- und Schriftdolmetschung sowie deren Finanzierung für Menschen mit Hörbeeinträchtigungen und Sicherstellung von deren Inanspruchnahme</p> <p>taktile wie kontrast-reiche Leitsysteme und Orientierungshilfen für eine eigenständige Mobilität, insbesondere für blinde und sehbehinderte Menschen</p> <p>Zwei-Sinne-Prinzip in der Gestaltung von Gebäuden, Einrichtungen und Informationssystemen</p> <p>Mündliche Information (ggf. Vorlesen) sowie barrierefreie Schriftstücke / Blindenschrift ggf. unter Nutzung digitaler Medien</p> <p>Ggf. Nutzung von Assistenz</p> <p>Ggf. Mobile Rehabilitation, insbesondere bei notwendiger Einbeziehung der Umwelt</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Umsetzung § 17 SGB I</p> <p>Integration in Qualitätsstandards</p> <p>Schulung und Fortbildung der Mitarbeitenden</p> <p>Ggf. Personalschlüssel oder Begleitung ins Krankenhaus, s. o.</p> <p>Angebot ist noch zu schaffen</p>	<p>Regelung nicht immer bekannt. Meist keine Integration in die Regelabläufe.</p>	
---	---	--	---	--

I.2.4.3 Kognitive Beeinträchtigungen	<p>Zur Barrierefreiheit gehören folgende Bereiche:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Infomaterial in Leichter Sprache 2. Kommunikation in Leichter Sprache 3. Beziehung von An- und Zugehörigen einschl. Finanzierung 4. Beziehung von Assistenz oder assistiven Technologien (ggf. über die Eingliederungshilfe oder die Pflege) einschl. Finanzierung 5. Höheres Zeitbudget 6. Achtsame und wertschätzende Umgangsformen <p>Insbesondere bei ausgeprägter Form, bei Verhaltensauffälligkeiten oder erheblichen Anpassungsstörungen Mobile Rehabilitation</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Erstellung eines elektronischen Handbuchs in leichter Sprache (einschl. Bildmaterial) zu den wesentlichen Themen der Einrichtung</p> <p>Fortbildung der Praxismitarbeitenden in leichter Sprache als Bestandteil der Fortbildungsangebote</p> <p>Personalschlüssel</p> <p>Angebot ist noch zu schaffen</p>		
---	--	---	--	--

I.2.4.4 Kommunikative Beeinträchtigungen	<p>Zur Barrierefreiheit gehören folgende Bereiche:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Information über und Nutzung von Dolmetscherdiensten 2. Sicherstellung von Gebärdensprache durch Dolmetscher oder Assistenz 3. Nutzung von Unterstützter Kommunikation 4. Beziehung von An- und Zugehörigen einschl. Finanzierung 5. Beziehung von Assistenz (ggf. über die Eingliederungshilfe oder die Pflege) einschl. Finanzierung 6. Höheres Zeitbudget 7. Achtsame und wertschätzende Umgangsformen <p>Bedarfsgerechte Ausstattung der Versicherten mit Assistiven Technologien (AT) und Strategien der UK im Rahmen der Heil- und Hilfsmittelversorgung (s. dort)</p> <p>Ergänzende Ausstattung der Versicherten mit AT und Strategien der UK sowie Training und ggf. Assistenz im Rahmen der Eingliederungshilfe durch Berücksichtigung bei der individuellen Teilhabeplanung</p> <p>Bei außerklinischer Intensivpflege oder extensiver UK (Locked-in-Syndrom) Mobile Rehabilitation</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Fortbildung der Mitarbeitenden als regelhaftes Angebot</p> <p>Bereitstellung von Kommunikationstechnologie für gemeinsame Nutzung durch verschiedene Stationen, insbesondere Intensivstation.</p> <p>Personalschlüssel</p> <p>Erweiterung der Regelungen zur Begleitung ins Krankenhaus, s. o.</p> <p>Angebot ist noch zu schaffen</p>		
---	--	---	--	--

<p>I.2.5 Rehabilitationsfähigkeit</p> <p>Der Begriff der Rehabilitationsfähigkeit, der sich häufig als Barriere für den Zugang zu einer Reha-Leistung auswirkt, ist neu zu definieren bzw. zu ersetzen.</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Die bisherige strenge Definition von Reha-Fähigkeit – vgl. z. B. den AHB-Katalog der DRV Bund – ist zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Sie darf nicht an der Begrenztheit oder dem Fehlen bedarfsgerechter, hier behinderungsgerechter, Reha-Angebote ausgerichtet werden.</p> <p>Dementsprechend sind die Indikationskriterien sowohl bei den Angeboten als auch bei den Begutachtungen neu zu fassen und an der Erreichung von Teilhabezielen zu orientieren. Dies kann eine Veränderung bei den Reha-Angeboten erfordern.</p> <p>Ein hoher Versorgungsaufwand ist bei einer leistungsadäquaten Vergütung zu berücksichtigen.</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Berücksichtigung von Reha-Bedarfen mit erhöhtem Aufwand an Pflege und Therapie bei den Angeboten der RV und der GKV: Neuverhandlungen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern</p> <p>Änderung der Indikationskriterien bei RV, GKV</p> <p>Nachfolgend Anpassung der Begutachtungsrichtlinien</p> <p>Anpassung der Leistungen durch die Leistungsanbieter</p>	<p>Wird in Einzelfällen (selten) umgesetzt.</p>	<p>k. A.</p>
---	---	---	---	--------------

<p>I.2.6 spezifische Bedarfslagen</p> <p>In Reha-Einrichtungen und -Diensten sind spezifische Bedarfslagen zu berücksichtigen.</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind so auszugestalten, dass auch spezifische Bedarfe berücksichtigt werden und sich nicht als Barrieren auswirken können, z. B. vorliegende Pflegebedürftigkeit oder Behinderung, Sprachbarrieren, psychische Komorbidität, Multimorbidität oder auch fachspezifische Bedarfe, z. B. bei seltenen Erkrankungen, in der Rheumatologie, bei zentralen neurologischen Störungen wie z. B. Epilepsie, Schädel-Hirntrauma, bei Sehverlust und anderen.</p> <p>Auch altersabhängigen Bedarfen (z. B. Kinder und Jugendliche im Vergleich zu Senioren) muss Rechnung getragen werden.</p> <p>Es bedarf einer ausreichenden Zahl und Ausstattung von Reha-Einrichtungen zur Bewältigung solcher spezieller Bedarfslagen.</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Ergänzung der Reha-Konzeptionen im Allgemeinen sowie für die jeweilige Reha-Einrichtung einschl. entsprechender vertraglicher Regelungen mit den Leistungsträgern, auch zur Vergütung</p> <p>Beibehaltung und ggf. bedarfsgerechter Ausbau von speziellen Einrichtungen.</p> <p>Vgl. oben I.2.1 Vorschlag zum Abgleich von Bedarfen und Bestand durch die BAR sowie ggf. regionale Arbeitsgemeinschaften der Länder.</p>	<p>In Einzelfällen vorhanden</p>	<p>k. A.</p>
--	--	---	----------------------------------	--------------

<p>I.2.7 Assistenz in der Klinik</p> <p>Sicherung notwendiger Assistenz im Krankenhaus und in Reha-Einrichtungen, auch zur Überwindung vorhandener beeinträchtigungsbedingter Barrieren</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Überprüfung der Wirksamkeit der neuen Regelungen zur Assistenz im Krankenhaus (§ 44b SGB V und § 113 SGB IX)</p> <p>Je nach Ergebnis Prüfung notwendiger Ergänzungen im Krankenhaus sowie Umsetzung (RV) oder Einführung (GKV, Eingliederungshilfe) entsprechender bedarfsgerechter Regelungen in stationären und ggf. ambulanten Rehabilitationseinrichtungen einschl. der Finanzierung.</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Auswertung der Evaluationsstudie</p> <p>Ggf. Änderung der gesetzlichen Grundlagen, nachfolgend G-BA-RL</p>	<p>Studie läuft</p>	<p>Ergebnis Mitte 2024</p>
--	--	---	---------------------	----------------------------

<p>I.2.8 Information über Barriere-freiheit</p> <p>Jeder Patient/jede Patientin soll niedrigschwellig Informationen über vorhandene Barrierefreiheit von Rehabilitations-einrichtungen und -Diensten erhalten können, um eine barrierefreie Einrichtung finden zu können.</p> <p>Dies gilt ebenso für die Krankenhäuser.</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Umfassende Angaben zur Barrierefreiheit verpflichtend auf Homepage jedes Krankenhauses und jeder Reha-Einrichtung</p> <p>Verzeichnis von Reha-Einrichtungen mit umfassenden und verlässlichen Angaben und Suchfunktion nach verschiedenen Elementen der Barrierefreiheit (vgl. BAR-Verzeichnis)</p> <p>Verzeichnis der Krankenhäuser, wie Reha-Einrichtungen</p> <p>Angaben zur Barrierefreiheit bei den Angaben zur externen Qualitätssicherung der RV (Public reporting nach § 15 Abs. 7 SGB VI)</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Aufgabe des Leistungserbringers, Angaben sind derzeit oft nicht vollständig</p> <p>Z. T. für die Reha-Einrichtungen bei der BAR vorhanden, jedoch nicht umfassend, Qualität und Verlässlichkeit der Angaben unklar.</p> <p>Ist im Aufbau. Die Angaben zur Barrierefreiheit erfassen nur wenige Dimensionen. Verlässlichkeit unklar</p>		
---	---	---	--	--

<p>I.2.9 Frührehabilitation</p> <p>Stärkung der Frührehabilitation im Krankenhaus und deren bedarfsgerechter Ausbau</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Sicherung einer barrierefreien Inanspruchnahme von Frühreha-Leistungen durch flächendeckendes, bedarfsgerechtes Angebot, Prüfung, welche Barrieren einer flächendeckenden Etablierung der fachübergreifenden Frührehabilitation im Krankenhaus entgegenstehen und wie es insbesondere im Rahmen der Krankenhausreform gelingen kann, Frührehabilitation bedarfsgerecht und flächendeckend anzubieten. Dabei ist zu diskutieren, ob sich nicht durch Konzentration der Krankenhausbehandlung bei bestimmten Fallkonstellationen auf größere und leistungsfähige Einheiten gute Chancen für eine fachübergreifende Frührehabilitation bieten und so eine Optimierung der Reha-Kette erreichen lässt (s. DVfR-Agenda).</p> <p>Erhaltung und ggf. bedarfsgerechte Erweiterung der vorhandenen neurologischen Frührehabilitationsangebote.</p> <p>Erhaltung und bedarfsgerechter Ausbau des Angebotes an geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung.</p>	<p>Lösungsoption:</p> <p>Berücksichtigung bei der Krankenhausreform</p>		
---	---	---	--	--

<p>I.2.10 Beseitigung der Barrieren in der stationären Behandlung und Rehabilitation bei hohem Pflegebedarf</p> <p>(vgl. u. a. Kap. zu Motorischen Beeinträchtigungen)</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Sicherstellung der Pflege auch bei sehr hohen, behinderungs- oder erkrankungsbedingten Bedarfen im Krankenhaus</p> <p>Sicherstellung eines Reha-Angebotes auch bei hohem Pflegebedarf: Hoher Pflegebedarf darf keine Barriere für Reha-Leistungen mehr sein, wenn sich damit relevante Teilhabeziele erreichen lassen.</p> <p>Optional: Mitnahme von Assistenz (vgl. Mitaufnahme nach § 11 Abs. 3 SGB V) auch zur Durchführung von Pflege</p> <p>Optional: Erweiterung der Kompetenzen um Mitwirkung bei der Pflege durch die Begleitung im Krankenhaus nach § 46b SGB V und § 113 SGB IX</p> <p>Mobile Rehabilitation</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Prüfung der Anpassung der Personalstärke und ggf. Finanzierung über das Pflegebudget im Krankenhaus</p> <p>Anpassung von Konzeption und Ausstattung der Reha-Einrichtungen an die Bedarfe Pflegebedürftiger</p> <p>Gesetzliche Änderung</p> <p>Gesetzliche Änderung</p> <p>Schaffung eines flächendeckenden Angebotes</p>		
---	---	--	--	--

<p>I.2.11 Beseitigung von Barrieren für die Rehabilitation geriatrischer Patienten</p> <p>durch bedarfsgerechten Ausbau stationärer, ambulanter und mobiler Rehabilitation</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Soweit geriatrische Patienten nicht in indikationsspezifischen Reha-Einrichtungen versorgt werden können (aus fachlichen Gründen oder wegen spezifischer Barrieren) ist ein bedarfsgerechter Erhalt oder Aufbau geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen zu prüfen. Diese sind zusätzlich zur geriatrischen Frührehabilitation (s. dort) erforderlich.</p> <p>Dazu sollten neben stationären auch geriatrische Tageskliniken, ambulante und mobile geriatrische Reha-Einrichtungen gehören.</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Prüfung der wohnortnahen Optionen im Zuge der Krankenhausreform</p> <p>Ausbau scheitert an Uneinigkeit über die Vergütung:</p> <p>Vordringlich Verständigung der Akteure über den Bedarf (s. § 36 SGB IX)</p>		
<p>I.2.12 Beseitigung von Barrieren für eine Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation für Menschen mit außerklinischer Intensivpflege (AKI)</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Sicherstellung der kontinuierlichen Überwachung und Begleitung von Personen, die mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege im Krankenhaus behandelt werden, auch ohne Nutzung der Intensivstation</p> <p>Mitnahme der vorhandenen und eingearbeiteten Intensivpflegedienste in das Krankenhaus</p> <p>Entwicklung eines Rehabilitationskonzeptes für Menschen mit AKI als sog intensivmedizinische Rehabilitation</p> <p>Entwicklung eines Konzeptes Mobiler Rehabilitation für Menschen mit AKI</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Ergänzung von § 11 Abs. 3 SGB V</p> <p>Konzeption liegt vor (Schönle et al.)</p> <p>Expertendiskussion hat begonnen</p>		

<p>I.2.13 Beseitigung von Barrieren in Form fehlender besonderer Expertise im Krankenhaus</p> <p>Sicherstellung einer teilhabeorientierten Versorgung von Menschen mit Behinderungen neben der Barrierefreiheit durch besondere fachliche Expertise im Krankenhaus (Medizin für Menschen mit Behinderung)</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Umfassende Barrierefreiheit (s. o.)</p> <p>Erhaltung und ggf. bedarfsgerechter Ausbau von besonderen Einrichtungen zur hochspezialisierten Versorgung</p> <p>Bedarfsgerechte Bereitstellung ärztlicher und nichtärztlicher Expertise (Medizin für Menschen mit Behinderung) und Kapazitäten für die Behandlung von Patienten mit komplexen und/oder seltenen Erkrankungen und Behinderungen als Kompetenzteam im Krankenhaus</p> <p>Bedarfsgerechte Bereitstellung rehabilitativer ärztlicher und nichtärztlicher Expertise für die Bedarfsermittlung, teilhabeorientierte therapeutische Maßnahmen, die weitere Rehabilitationsplanung und das Entlassmanagement, z. B. durch ärztliche Spezialisierung (etwa i. S. von Reha-Beauftragten), bedarfsgerecht ausgestatteter Sozialdienst (vgl. Entschließungsantrag des 126. Deutschen Ärztetags).</p> <p>Erschließung rehabilitationsmedizinischen Knowhows durch Konsil- oder Liaisondienste, Videokonferenzen etc.</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Im Rahmen der Krankenhausreform</p> <p>Als Leistung von Mitarbeitenden des Krankenhauses im Sinne eines Kompetenzteams, ergänzt durch Kooperation und Liaison-Dienste mit Berücksichtigung von Mehraufwand</p> <p>Berücksichtigung bei den Qualitätsstandards von Krankenhäusern, Einführung und ggf. Anerkennung als bedarfsgerechte Krankenhausleistung.</p> <p>Kooperationsvereinbarungen zwischen Akutkrankenhäusern und Experten z.B. in Reha-Einrichtungen, SPZ</p>	<p>vereinzelt vorhanden, z. B. Bethel, Kehl-Kork etc.</p> <p>Bislang vereinzelt vorhanden und durch Zusatzentgelte oder Anpassung des Pflegebudgets refinanziert,</p>	
--	---	--	---	--

	Schulungen und Fortbildung zur Medizin für Menschen mit Behinderung	oder MZEB etc. Verankerung als Qualitätsstandard/Teil des QM		
I.2.14 Beseitigung von Barrieren in Form fehlender besonderer Expertise in der Reha-Einrichtung	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Herstellung von Barrierefreiheit allgemein s. Kap. I.2.2.</p> <p>Bedarfsgerechte Bereitstellung ärztlicher und nichtärztlicher Expertise und Kapazitäten als Kompetenzteam für die Behandlung von Patienten mit komplexen und/ oder seltenen Erkrankungen und Behinderungen in der Rehabilitationseinrichtung</p> <p>Erschließung speziellen Knowhows im Bereich Medizin für Menschen mit Behinderung durch Konsil- oder Liaisondienste, Videokonferenzen etc. in den Reha-Einrichtungen</p> <p>Schulungen und Fortbildung zur Medizin für Menschen mit Behinderung</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Berücksichtigung in der Konzeption und Finanzierung</p> <p>Kooperationsvereinbarungen mit Experten in SPZ, MZEB u.a.</p> <p>Verankerung als Qualitätsstandard/Teil des QM</p>		

I.3. Barrierefreiheit in sonstigen Gesundheitseinrichtungen

Ziele:	Maßnahmen:	Umsetzungsform:	Status:	Zeitraumen:
<p>I.3.1 Herstellung von Barrierefreiheit bei der Inanspruchnahme von Heilmitteln</p> <p>Physiotherapie, Ergotherapie, Stimm-, Sprech-, Sprach und Schlucktherapie, Ernährungstherapie, Podologie</p>	<p>Die Ausführungen zur Barrierefreiheit in Arztpraxen in I.1 gelten sinngemäß auch für Praxen der Heilmittelerbringer.</p> <p>Lösungsoptionen:</p> <p>Barrieren bei der Verordnung von Heilmitteln durch Unkenntnis der Heilmittelrichtlinie des G-BA sowie der Erleichterungen bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung seitens der verordnenden Vertragsärzte sind zu beseitigen.</p> <p>Verstärkung der Teilhabeorientierung bei der Heilmittelerbringung, u. a. durch Fortbildung</p> <p>Beseitigung von Barrieren für die patientenbezogene interdisziplinäre Zusammenarbeit im ambulanten Setting</p>	<p>s. dort</p> <p>Lösungsoptionen:</p> <p>Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen. Ggf. Klarstellung in der G-BA-Richtlinie</p> <p>Fortbildungsangebote im Rahmen der Fortbildungspflicht.</p> <p>Teilhabeorientierung in Ausbildung und Weiterbildung der Gesundheitsberufe</p> <p>Förderung von Kooperation und Refinanzierung von Mehraufwand</p>	<p>s. dort</p> <p>vgl. Positionspapier der DVfR</p>	<p>s. dort</p>

I.3.2 Herstellung von Barrierefreiheit bei sonstigen Diensten und Einrichtungen	Die Ausführungen zur Barrierefreiheit in Arztpraxen in I.1 gelten sinngemäß auch für weitere Dienste und Einrichtungen des Gesundheitswesens wie Sanitätshäuser, Pflegestützpunkte, Beratungsstellen der Krankenkassen usw.	s. dort	s. dort	
--	---	---------	---------	--

I.4. Barrierefreie Medizinprodukte/Hilfsmittelversorgung

Der Bundestag ist am 12. Oktober 2023 der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (BT-Drucksache 20/8564) zur Petition Pet 2-19-15-8271-041743 (Familie Lechleuthner) gefolgt und hat diese mit entsprechenden Hinweisen der Bundesregierung zur Berücksichtigung überwiesen. Die dort genannten Aspekte werden zusätzlich zur erfolgten Fachdiskussion im Folgenden aufgenommen.

Auf diese Unterlagen wird zur Begründung verwiesen.

Ziele:	Maßnahmen:	Umsetzungsform:	Status:	Zeitraumen:
I.4.1 Hilfsmittelversorgung Beseitigung von Barrieren beim Prozess der Hilfsmittelversorgung (HMV) insbesondere bei Kindern und Jugendlichen und Erwachsenen mit schweren Behinderungen.	Lösungsoptionen Beseitigung der Barrieren, die einen transparenten, zügigen und bedarfsgerechten Versorgungsprozess behindern z. B. durch <ul style="list-style-type: none"> • Verzicht auf Prüfung der Erforderlichkeit von Hilfsmitteln durch den MD, wenn sozialpädiatrische Zentren oder MZEB die entsprechenden Hilfsmittel verordnet oder 	Lösungsoptionen (zu den meisten liegt noch kein konsentiertes Diskussionsergebnis vor) <ul style="list-style-type: none"> • Gesetzliche Regelung in § 33 SGB V 	Gesetzentwurf GVSG liegt vor, noch kein Stellungnahmeverfahren. MZEB werden	2024

	<p>empfohlen haben.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Begutachtungen durch den MD von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen sollen in anderen Versorgungsfällen, d. h. nach gesetzlicher Änderung, nur durch Ärzt*innen mit spezifischer fachlicher Qualifikation, z. B. in der Kinder- und Jugendmedizin/ Orthopädie, durchgeführt werden. • Für Hilfsmittelversorgungen soll eine zeitnahe Bearbeitung der Verordnungen und der Kostenvoranschläge sichergestellt werden. • Es sind konkrete, verbindliche Fristen für Widerspruchsverfahren festzulegen, insbesondere zum Behinderungsausgleich. • Auch durch die Krankenkassen (KK) soll die Teilhabe bei der Hilfsmittelversorgung berücksichtigt werden. • Die Kennzahlen zu Antragstellung, Antragsgenehmigung und -ablehnung, Widerspruchsverfahren und Art der Verfahrensbeendigung sollen differenziert nach Personenkreis und Hilfsmittelart 	<ul style="list-style-type: none"> • Verankerung in Begutachtungsrichtlinie des MD, ggf. gesetzliche Regelung • Interne Qualitätsstandards seitens der Leistungsträger • Gesetzliche Regelung im SGB V • Interne Verwaltungsverfahren und Qualitätsstandards der Krankenkassen • Gesetzliche Regelung im SGB V; mit differenzierten Angaben insbesondere für Kinder und 	<p>noch nicht berücksichtigt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Noch keine Bearbeitung • Noch kein konkreter Vorschlag • unbekannt • noch kein konkreter Vorschlag 	<p>2024</p> <p>2024</p> <p>2024</p>
--	--	--	--	-------------------------------------

	<p>veröffentlicht werden, auch für eine verbesserte Prozesssteuerung.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Verstärkung der Ausrichtung des gesamten Hilfsmittelversorgungsprozesses an der Teilhabe u. a. durch entsprechende Bedarfsermittlung, Beachtung der BSG-Rechtsprechung • Stärkung der Teilhabeorientierung des Hilfsmittelverzeichnisses • Umsetzung der gesetzlich vorgesehenen Beratungspflicht des Medizinischen Dienstes (MD) bei der Hilfsmittelversorgung, sofern im Einzelfall erforderlich (§ 275 Abs. 3 Nr.1 SGB V). Dazu ist eine Regelung erforderlich, da ein Großteil der Prüfung durch den MD per Aktenlage erfolgt, so dass die Beratung 	<p>Jugendliche, komplexe Versorgungen bei Menschen mit Behinderung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anpassung der Hilfsmittelrichtlinie des G-BA für Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich • Anpassung der Hilfsmittelrichtlinie des G-BA sowie des Hilfsmittelverzeichnisses • Anpassung des Hilfsmittelverzeichnisses • Interne Qualitätssicherung von KK und MD, u. a. mit Angaben zu Hausbesuch, Beratungsumfang, Konsensbildung zu 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratungsbeschluss des G-BA liegt vor, Beratungen laufen • Beratungsbeschluss des G-BA liegt vor, Beratungen laufen • Noch kein konkreter Vorschlag 	
--	--	---	---	--

<p>Insbesondere: Verbesserung, d. h. inklusive Gestaltung des Versorgungsprozesses für Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich u. a. durch entsprechende Bedarfsermittlung</p> <p>Hinweis: Für Menschen mit Beeinträchtigungen sind vor allem Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich wichtig.</p> <p>Kooperation der Krankenkassen mit anderen Trägern der Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX mit dem Ziel der Vermeidung von erneuten Anträgen der Versicherten bei Ablehnung und zur Beschleunigung des Verfahrens</p> <p>Wohnortnahe Versorgung: Ermöglichung der bedarfsgerechten barrierefreien Hilfsmittelversorgung durch wohnortnahe Anbieter</p> <p>Beseitigung von Barrieren</p>	<p>nicht oder nur eingeschränkt erfolgen kann. (Prüfung, ob telemedizinisch möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teilhabeplanung bei komplexen und mehrfachen Hilfsmittelversorgungen für längere Zeiträume im Zusammenwirken mit der Krankenkasse, um konkrete Absprachen gleichzeitig zu mehreren Hilfsmitteln zu treffen und Versorgungssicherheit und zeitnahe Versorgung zu ermöglichen. • Barrierefreie und zügige Zuständigkeitsklärung und Weiterleitung von Anträgen/Verordnungen von Hilfsmitteln an ggf. andere Leistungsträger, insbesondere die Eingliederungshilfe. Ggf. gemeinsame Teilhabeplanung. • flächendeckende und umfassende Vertragsgestaltung zur Sicherung der barrierefreien wohnortnahen Erreichbarkeit von Hilfsmittelerbringern, v. a. auch für Beratung, Korrekturen etc. • Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen zur 	<p>Zielen, Partizipation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufnahme in die Hilfsmittelrichtlinie des G-BA, krankenkasseninterne Qualitätssicherung für Reha-Prozess und regionale Kooperationsabsprachen, Verfahrensregelungen, Qualifizierung und Reorganisation der Sachbearbeitung bei KK, MD und Eingliederungshilfe • Aufgabe der Vertragsgestaltung zwischen den Leistungsträgern und den Leistungserbringern (vgl. Hinweise des BAS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratungsbeschluss des G-BA liegt vor, Beratungen laufen • Interne Regelungen zum Reha-Prozess • Stand unbekannt • Bei 	
--	--	--	---	--

<p>bei der HMV durch unzureichende fachliche Qualifikation der Beteiligten</p>	<p>HMV, ggf. zertifizierte Qualifikation nicht nur für ärztl./therapeutische/pflegerische Berufe, sondern auch für die Sachbearbeitung, Begutachtung etc. bei den Leistungsträgern.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qualifikations-sicherungs-maßnahmen bei allen Beteiligten 	<p>Fachgesellschaften z. T. begonnen, z. T. in Planung</p>	
--	---	---	--	--

<p>I.4.2 Barrierefreie Medizintechnik</p> <p>Barrierefreiheit medizinischer Geräte zur Selbsttherapie, z. B. des Diabetes mellitus (Medikamentenapplikation, Inhalation etc.)</p>	<p>Lösungsoptionen</p> <p>Notwendige medizintechnische Hilfsmittel (Blutzuckermessgeräte, Systeme zur kontinuierlichen Glukosemessung, Pens, Pumpen, Systeme zur automatisierten Insulindosierung etc.) und digitale Gesundheitsanwendungen sind so gestalten, dass sie auch von Menschen mit Behinderungen, u. a. mit einer Sehbeeinträchtigung oder Blindheit, sowie mit motorischen Beeinträchtigungen barrierefrei nutzbar sind.</p> <p>Patientinnen und Patienten erhalten eine bedarfsgerechte, dem Ausmaß ihrer Behinderung und dem individuellen Krankheitsbild z.B. des Diabetes mellitus entsprechende Einweisung in den Gebrauch der erforderlichen medizintechnischen Hilfsmittel und digitalen Gesundheitsanwendungen durch adäquat geschultes Fachpersonal.</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Nachweis bei der Zulassung sowie bei Aufnahme ins Hilfsmittelverzeichnis</p> <p>Beachtung vorhandener gesetzlicher und vertraglicher Regelungen</p>	<p>Laufend</p> <p>Laufend. Qualitätssicherung</p>	
<p>I.4.3 Barrierefreiheit digitaler Gesundheitsanwendungen</p> <p>Barrierefreiheit aller digitalen Gesundheitsanwendungen</p>	<p>Aufnahme von Barrierefreiheit in die Zulassungsvoraussetzungen für digitale Gesundheitsanwendungen (vgl. Abschnitt IV.3.1 und IV.3.2)</p>			

I.5. Barrierefreiheit im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdiensts

<i>Ziele:</i>	<i>Maßnahmen:</i>	<i>Umsetzungsform:</i>	<i>Status:</i>	<i>Zeitraumen:</i>
I.5.1 Umfassende Barrierefreiheit im ÖGD	Herstellung umfassender Barrierefreiheit im ÖGD, analog zu den Ausführungen zu Arztpraxen in I.1)			

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.

Ziele:	Maßnahmen:	Umsetzungsform:	Status:	Zeit- rahmen:
<p>I.6.1 Zugänglichkeit und Erreichbarkeit</p> <p>Die Angebote eines inklusiven Gesundheitswesens sind für alle zugänglich und unabhängig von ihrer persönlichen Lebenssituation in gleicher Weise erreichbar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zugänglichkeit bedeutet, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung für alle möglich ist und niemand von der Inanspruchnahme ausgeschlossen ist. • Erreichbarkeit bedeutet, dass alle Bürgerinnen und Bürger das benötigte Angebot mit ihren vorhandenen Mitteln und vertretbarem Aufwand tatsächlich aufsuchen und nutzen können. Das setzt voraus, dass es hinreichend Angebote in angemessener Entfernung gibt. • Dies bedeutet u. a. auch Barrierefreiheit, Niedrigschwelligkeit der Inanspruchnahme und Diskriminierungsfreiheit (u. a. Behinderungs-, Kultur- und Gendersensibilität). • Dazu gehört die Förderung von Gesundheitskompetenz als Förderfaktor für die Nutzung von Gesundheitsangeboten. 	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Vgl. Kap. I.2.1.</p> <p>Sicherstellung von Barrierefreiheit</p> <p>Vgl. Kap. V.2.1</p>		

	<ul style="list-style-type: none"> • Ferner gehört zur Erreichbarkeit auch das Vorhandensein von Ressourcen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens benötigt werden, z. B. finanzielle Mittel (für Eigenanteile, weitere Gesundheitsleistungen, Mobilität), sowie ggf. Unterstützung bei der konkreten Inanspruchnahme des Gesundheitswesens, z. B. bei der Beförderung, der Kommunikation, der Begleitung u. a. (s. DVfR-Agenda) 			
<p>I.6.2 Lebensweltorientierung</p> <p>In einem inklusiven Gesundheitswesen wird lebensweltorientiert vom Menschen ausgedacht und agiert, d. h., die individuellen Lebenssituationen der Menschen sind der Ausgangspunkt für die Organisation von notwendigen Leistungen, und zwar sowohl aus dem Gesundheits- als auch aus dem Sozialwesen.</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Dazu gehören u. a. ein gutes Management der Schnittstellen innerhalb des Gesundheitswesens zum Sozialwesen und innerhalb des Sozialraumes sowie eine qualifizierte Beratung, die flächendeckend und systematisch zur Verfügung stehen muss.</p> <p>Zum Beratungsangebot muss auch eine Beratung durch Peers gehören, durch die Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe ganz wesentlich unterstützt werden können (s. DVfR-Agenda).</p>			

<p>I.6.3 Benachteiligungen</p> <p>Es gilt, tatsächlich vorhandene Benachteiligungen bei der Gesundheitsversorgung zu identifizieren und Strategien zu entwickeln, Benachteiligungen und Diskriminierungen in Zukunft zu vermeiden.</p>	<p>Dazu bedarf es eines gesellschaftlichen Diskurses, der bislang erst partiell schon geführt wird, z. B. im Hinblick auf Benachteiligungen oder Diskriminierungen von Frauen, von Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit psychischen Erkrankungen, in Armut oder mit Behinderungen (s. DVfR-Agenda).</p>			
<p>I.6.4 Einstellungen und Haltungen</p> <p>Neben der Gestaltung von Rahmenbedingungen kommt es dabei besonders darauf an, dass Haltungen und Einstellungen von Akteuren im Gesundheitswesen von einem umfassenden Inklusionsgedanken geprägt sind und individuelle und strukturelle Diskriminierungen unterbleiben.</p>	<p>Dazu bedarf es einer menschenrechtlich fundierten Bewusstseinsbildung. Die aktuelle Diskussion um die alltägliche Präsenz von Rassismus in unserer Gesellschaft verdeutlicht beispielhaft, wie tief verwurzelt Vorurteile und mangelnde Wertschätzung sowie fehlende Anerkennung als gleichberechtigte Bürgerinnen und Bürger sein können. Das spiegeln auch Berichte und Erfahrungen von Menschen mit Behinderungen wieder (s. DVfR-Agenda).</p> <p>Auf Akzeptanz gegründete Haltungen müssen sich in achtsamen und wertschätzenden Umgangsformen im Gesundheitswesen widerspiegeln und dazu führen, dass jedwede Exklusion vermieden wird.</p>			

I.6.5 Partizipation				
<p>I.6.5.1 Auf der individuellen Ebene</p> <p>Partizipation auf der individuellen Ebene:</p> <p>In einem inklusiven Gesundheitswesen werden die individuellen Bedürfnisse, insbesondere im Hinblick auf (drohende) Behinderungen und Teilhabebeeinträchtigungen im Zusammenhang mit Gesundheitsstörungen, thematisiert und beachtet. Dies betrifft die Anamnese und Diagnostik, die Behandlungs- und Rehabilitationsplanung, -durchführung und die Nachsorge.</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Dazu ist eine Kommunikation auf Augenhöhe zu ermöglichen und ggf. Assistenz sicherzustellen.</p> <p>Der ggf. erhöhte Zeitaufwand ist bei der Festlegung der Vergütung der Leistungserbringer angemessen zu berücksichtigen.</p> <p>Handlungsoptionen und ggf. Wahlmöglichkeiten sind darzustellen und zu erörtern und ein Wunsch- und Wahlrecht so weit wie möglich umzusetzen.</p> <p>Informationen sind umfassend und verständlich zur Verfügung zu stellen.</p>			

<p>I.6.5.2 Auf der institutionellen Ebene</p> <p>Partizipation auf der institutionellen Ebene:</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Die Organisationen und Verbände der betroffenen Menschen sollten umfassend in die Steuerungs- und Verwaltungsgremien im Gesundheitswesen einbezogen werden und dort in vollem Umfang mitberaten und ihre Kompetenzen einbringen können sowie bei der Entscheidungsfindung angemessen einbezogen werden.</p> <p>Hier gilt es, sinnvolle Beteiligungsbereiche und -formate über die vorhandenen Möglichkeiten hinaus (z. B. im Gemeinsamen Bundesausschuss – G-BA, bei Zulassungsausschüssen, in der Gematik, im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes u. a.) zu identifizieren und zu etablieren, insbesondere bei den Rehabilitationsträgern (s. DVfR-Agenda).</p>			
---	---	--	--	--

<p>I.6.6 Wunsch- und Wahlrecht</p> <p>Wunsch- und Wahlrecht stärken</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Um das Wunsch- und Wahlrecht u. a. nach § 8 SGB IX wirksam werden zu lassen, müssen die Leistungsberechtigten sowohl über dieses Recht selbst informiert werden als auch adäquate (aussagekräftige, verlässliche, verständliche) Informationen über die in Frage kommenden Rehabilitationsleistungen erhalten.</p> <p>Um das Wunsch- und Wahlrecht sachgerecht ausüben zu können, kann eine vorherige Bedarfsermittlung erforderlich sein.</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Hierfür ist eine qualifizierte sozialrechtliche Beratung durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit als Leistung der Krankenhäuser sicherzustellen und entsprechend in allen Landeskrankengesetzen rechtlich zu verankern.</p> <p>Informationsportale, u. a. zur Qualität, zu Sonderbedarfen etc. sind umfassend und barrierefrei zur Verfügung zu stellen, um die Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts zu ermöglichen.</p> <p>Dieses Recht ist z. B. in den verbindlichen Entscheidungen der DRV (§ 15 SGB VI) festgehalten, bedarf aber z. T. noch der Umsetzung.</p>	<p>Portale bei der BAR und der DRV, z. T. im Aufbau</p>	
--	---	---	---	--

<p>I.6.7 Mobile Rehabilitation</p> <p>Flächendeckendes bedarfsgerechtes Angebot an Mobiler Rehabilitation als maximal barrierefreies Rehabilitationsangebot in häuslicher Umgebung, Kurzzeitpflege, Pflegeheim oder besonderen Wohnformen.</p> <p>Insbesondere wenn wegen bestehender Behinderungen adaptive Strategien der Rehabilitation im Vordergrund stehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • für Menschen mit Pflegebedürftigkeit, • für Menschen mit vorbestehender schwerer bzw. komplexer Behinderung, (Beeinträchtigungen der Motorik, Kognition, Kommunikation, Interaktion) 	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Prüfung,</p> <ul style="list-style-type: none"> • welche gesetzlichen Änderungen notwendig sind, um eine bedarfsgerechte Etablierung der Mobilen Rehabilitation zu erreichen bzw. zu fördern, vgl. dazu Kap I.2.1. <ul style="list-style-type: none"> • wie die Leistungserbringer und die Leistungsträger bzw. die Selbstverwaltung veranlasst werden können, Einrichtungen der Mobilen Rehabilitation zu beantragen bzw. zuzulassen, 	<p>Lösungsoptionen</p> <p>z. B. Prüfung von Änderungen in § 36 SGB IX, u. a. Erhebung der Bedarfsdeckung, ausdrückliche Erwähnung auch mobiler Rehabilitation, Stärkung der politischen Ebene, v. a. der Bundesländer durch verbindliche Kooperationsstrukturen auf Landesebene z. B. als Fortentwicklung der Konzeption regionaler Arbeitsgemeinschaften</p> <p>Verankerung in regionalen Geriatrie-, Pflege- oder Teilhabeplänen sowie in der sozialpolitischen Agenda. Förderprogramme</p> <p>Prüfung der Einführung einer verbindlichen Kooperationsstruktur auf Landesebene zur Sicherstellung eines</p>	<p>Vorschläge sind teilweise publiziert und werden kontrovers diskutiert</p> <p>Diskussion dazu erfolgt laufend</p> <p>Diskussion dazu hat erst begonnen.</p>	
--	--	---	---	--

<ul style="list-style-type: none"> • für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung, • für Menschen nach Frührehabilitation oder (zukünftig zu schaffender) postakuter Komplexrehabilitation oder nach akutstationärer Behandlung, wenn eine weitere Rehabilitation unter stationären Bedingungen (noch) nicht in Betracht kommt. • Für geriatrische Patienten sowie • Für Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen 	<ul style="list-style-type: none"> • ob es eines erweiterten, ggf. gesetzlich ermöglichten Handlungsspielraumes der Politik bedarf einschl. Förderprogramme <p>Prüfung,</p> <ul style="list-style-type: none"> • ob die Mobile Rehabilitation als Reha-Form auch im SGB IX sowie SGB VI und VII ausdrücklich verortet werden sollte, da es Hinweise darauf gibt, dass diese Reha-Form für einige Personengruppen auch zu einer Rückgewinnung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit beitragen kann (und damit auch über den Rechtskreis des SGB V hinaus wichtig wäre). • Weiterentwicklung der Konzeption insbesondere im Hinblick auf bestimmte Personengruppen (schwer psychisch kranke, Menschen mit außerklinischer Intensivpflege etc., ggf. modellhafte Erprobung 	<p>bedarfsgerechten Angebotes</p> <p>Förderprogramme i. S. einer Anschubfinanzierung</p> <p>Optional in § 36 SGB IX</p> <p>Erleichterungen bei der Zulassung im Bereich Psychiatrie und bei AKI durch Weiterentwicklung der gemeinsamen Empfehlungen MoRe Leistungsgerechte Vergütung</p>	<p>In Bayern umgesetzt</p> <p>Modellvorhaben im Bereich Psychiatrie erfolgreich abgeschlossen, Vertragsverhandlungen laufend (Stuttgart) Fachdiskussion zu AKI hat begonnen</p>	
--	---	---	---	--

<p>I.6.8 Postakute komplexe medizinische Rehabilitation</p> <p>Beseitigung von Versorgungslücken im Bereich der Rehabilitation nach akuter Krankheit und Behandlung</p> <p>Ermöglichung von Rehabilitation bei noch erheblichem Pflege- und Therapiebedarf und noch stark eingeschränkter Selbständigkeit – Vermeidung der Überbrückungs-/ Kurzzeitpflege</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Für das Erreichen von Selbstbestimmung und Teilhabe ist es oft notwendig, mit der medizinischen Rehabilitation frühzeitig einzusetzen, auch wenn die Betroffenen noch nicht in der Lage sind, sich auf Stationsebene (einer Reha-Einrichtung) selbst zu versorgen, oder noch sehr umfangreiche therapeutische und/oder pflegerische Unterstützung benötigen.</p> <p>Besonders nach einer Reihe von schweren Erkrankungen und Eingriffen ist dies oft der Fall, z. B. bei Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma, Polytrauma, hohen Amputationen und großen orthopädischen Operationen oder schweren psychischen Erkrankungen.</p> <p>Es gilt, bereits entwickelte Konzepte (z. B. bei Polytrauma) umzusetzen und die dafür erforderlichen Schritte einzuleiten. Für andere Indikationen sind entsprechende Reha-Konzepte im Sinne einer postakuten Komplexrehabilitation zu entwickeln und deren Umsetzungsmöglichkeiten zu prüfen, um auch in diesen Fällen das bestmögliche Ausmaß an Selbstbestimmung und Teilhabe zu erreichen.</p> <p>Das bislang genutzte Konzept der Reha-Fähigkeit ist in diesem Zusammenhang zu prüfen. Dabei ist auf die individuelle Bedarfsermittlung abzustellen und die Reha-Angebote sind auf die Bedarfe auszurichten. (s. o. Kap I.2.6.)</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Modellvorhaben für Polytrauma ist geplant</p> <p>Konzeptionelle Diskussionen dauern an. Ein Handlungsbedarf wird von verschiedenen Gremien und Experten gesehen. Dazu besteht noch kein Konsens.</p> <p>Einzelfalllösungen sollten in Absprachen zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern unbürokratisch sofort ermöglicht werden.</p>		
--	---	--	--	--

<p>I.6.9 Heilmittel</p> <p>Passgenaue und rechtzeitige Therapieangebote für Menschen mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen und komplexen Bedarfen, die ihre Funktionsfähigkeit verbessern und somit die Teilhabe stärken und sichern sollen barrierefrei zugänglich und bedarfsgerecht verfügbar sein.</p> <p>Barrierefreie Praxen (vgl. Abschnitt I.1)</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Besonders folgende Aspekte sind unter dem Blickwinkel von Inklusion zu prüfen (Agenda):</p> <ul style="list-style-type: none"> • individuelle Gestaltungsmöglichkeiten und Flexibilität des Therapieprozesses, z. B. in Bezug auf Dauer, Frequenz, Wahl des Heilmittels oder Ort der Therapie, orientiert an den Bedarfen, Ressourcen und Teilhabezielen der Klientinnen und Klienten. • Wegfall des Eigenanteils zur Sicherstellung der Zugänglichkeit unabhängig von den finanziellen Ressourcen; bei einer Beibehaltung sollte der Einzug der Zuzahlung direkt über die Kostenträger erfolgen (Bürokratieabbau, Entlastung der therapeutischen Beziehung). • Die Einbeziehung der Expertise des Menschen mit Behinderungen (und ggf. der An- und Zugehörigen) in den jeweiligen Therapieprozess gehört zur Grundlage teilhabeorientierter Therapie. Hier kann eine weitere Stärkung erfolgen. • Ein Direktzugang zu ambulanten Heilmitteln würde die besondere Expertise von Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen (oder ihrer An- und Zugehörigen) berücksichtigen, die häufig am besten einschätzen können, welche 	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Forcierung des Prozesses rund um die „Blankoverordnung“, Vertrag GKV mit den Leistungserbringer-Verbänden</p> <p>Änderung von § 61 SGB V</p> <p>Ergänzung von § 125a SGB V um Regelungen zum Direktzugang</p>	<p>Aktuell im Schiedsverfahren (Ergotherapie) bzw. in Verhandlungen (Physiotherapie)</p>	<p>bis 2024</p> <p>2025</p> <p>2026</p>
--	---	--	--	---

<p>Ausreichende ärztliche Verordnung bedarfsgerecht sicherstellen durch Nutzung von Möglichkeiten innerhalb der Heilmittelrichtlinie</p>	<p>Bedarfe vorliegen und welche Therapieangebote hilfreich sind. Ein direkter Zugang gerade für diese Menschen kann neben der Anerkennung ihrer Expertise auch ein Beitrag zu Kostenersparnis sein, z. B. durch die Minderung von Kontakten im Gesundheitswesen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wirksamer Zugang zu Heilmitteln auch in prekären Lebenssituationen. • Förderung von teilhabeorientierten sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten unter Beteiligung (ambulanter) Heilmittelerbringer, mit Finanzierung der damit einhergehenden Leistungen des interprofessionellen Austauschs. • Information der Vertragsärztinnen und -ärzte über das Verordnungsprozedere und das Potenzial zeitgemäßer Heilmittelversorgung sowie die Ordnungsbedingungen (Heilmittelrichtlinie, BVB-Liste), denn dazu fehlt es in der Praxis noch an Verbreitung mit der Folge der Befürchtung von Regressen. • Sicherstellung einer ausreichenden Zahl von Leistungserbringern. 	<p>Aufsetzung eines Forschungsprojekts durch das BMG</p> <p>Gemeinsam abgestimmte Information und gemeinsame Veranstaltungen der Berufsverbände mit den KVen</p> <p>Ausreichend Schulgeldfreie Ausbildungsplätze. Bereitstellung einer ausreichend hohen Zahl von Studienplätzen</p>	<p>Im Einzelfall bereits regional durch das Engagement einzelner Leistungserbringer mit vereinzelt KVen umgesetzt.</p>	<p>2026</p> <p>2024</p>
--	--	--	--	-------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung hinreichender Kapazität für Hausbesuche, Angebot der Telebehandlung in geeigneten Fällen. • Beratung der PatientInnen im Hinblick auf mehr Teilhabe • Unterstützung bei Hilfsmittelversorgung (Bedarfsermittlung, Konzeption, Gestaltung und Nutzung) • Durch Einsatz von zertifizierter Software in Arztpraxen wird gewährleistet, dass die Qualität der Heilmittelverordnungen verbessert wird. Dies fördert einen umgehenden Beginn der therapeutischen Versorgung für den Patienten. 	<p>Als Vorgabe der KBV wird der Anforderungskatalog für die zertifizierte Software so gestaltet, dass die verordnenden Ärzte durch genauere Plausibilitätsprüfungen auf fehlerhafte Verordnungen hingewiesen werden.</p>		<p>2024</p>
--	--	--	--	-------------

<p>I.6.10 Nachsorge</p> <p>Stärkung der Nachsorge nach Rehabilitation</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Dafür gibt es in der Rentenversicherung mit § 17 SGB VI eine klare Rechtsgrundlage, aber auch nach einer medizinischen Rehabilitation zulasten der GKV, z. B. nach geriatrischer Rehabilitation braucht es entsprechende Reha-Nachsorge (über Rehabilitationssport und Funktionstraining hinaus) mit einer adäquaten Rechtsgrundlage. Konzepte und Leistungsangebote sind zu diskutieren.</p> <p>Die Möglichkeiten digitaler Reha-Nachsorge sollten dabei stärker genutzt werden und müssen barrierefrei sein.</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Nachsorge nach Rehabilitation auch für die GKV, analog zu § 17 SGB VI.</p> <p>Entwicklung und Umsetzung entsprechender Nachsorgekonzepte.</p>		
--	---	--	--	--

<p>I.6.11 Psychiatrie</p> <p>Verbesserung der teilhabeorientierten Versorgung und der Rehabilitation für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen</p> <p>Siehe dazu auch den Psychiatrie-Dialog des BMG, auf den ausdrücklich verwiesen wird.</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Folgende wichtige Aspekte und Handlungsoptionen sind z. B. zu prüfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ambulante niedrigschwellige Hilfen und schneller Zugang zu psychiatrischen/ psychotherapeutischen Leistungen bei psychischen Krisen, psychiatrische Kriseninterventionsdienste, • 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), • Rechtsanspruch auf ambulante Komplexleistungen für psychisch Kranke und Aufbau entsprechender Angebote, • Beratung für (potenziell) Betroffene und ihre An- und Zugehörigen, • Bedarfsgerechter Auf- bzw. Ausbau von medizinischer Rehabilitation auch für schwer psychisch erkrankte Menschen und hierbei insbesondere <ul style="list-style-type: none"> ▪ Einführung mobiler, ambulanter und aufsuchender Rehabilitationsangebote, auch als 	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>vgl. Psychiatriedialog I und die laufende Fortführung</p> <p>Nutzung der Expertise der RPK</p> <p>Rahmenvereinbarung RPK bei der BAR</p> <p>Ergänzung der Gemeinsamen Empfehlungen zur</p>		
--	--	---	--	--

	<p>Anschlussrehabilitation,</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ stationäre Anschlussrehabilitation nach Krankenhausaufenthalt in der Psychiatrie, ▪ Reha-Angebote für schwer psychisch Kranke aus der vertragsärztlichen Versorgung heraus, <ul style="list-style-type: none"> • Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen, • Anschlussperspektiven für Menschen im Maßregelvollzug, • Gestaltung der Schnittstellen zur Gemeindepsychiatrie und zum Sozialraum, u. a. auch zu den RPK, den JobCentern, Einrichtungen der Tagesstruktur, den WfbM, usw. 	<p>Mobilen Rehabilitation</p>		
--	---	-------------------------------	--	--

I.6.12 Aus-, Fort- und Weiterbildung

Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung im Hinblick auf Teilhabesicherung für alle Gesundheitsberufe, u. a. behinderungs-spezifische Inhalte, Sicherstellung ausreichender Lehrangebote

Lösungsoptionen:

In allen Gesundheitsberufen (einschl. Pflege und Soziale Arbeit im Gesundheitswesen) sind durch Aus-, Fort- und Weiterbildung Kenntnisse und Kompetenzen im Hinblick auf die Förderung von Selbstbestimmung und Teilhabe auf einer gesetzlichen Grundlage zu vermitteln. Dazu gehören u. a. der Begriff der Behinderung, das bio-psycho-soziale Modell und die ICF, das Rehabilitationssystem, die menschenrechtlichen (UN-BRK) und gesetzlichen (SGB IX) Grundlagen, die Barrierefreiheit u. a. Hierzu wird auf die Stellungnahme der DVfR [„Berücksichtigung von Rehabilitation und Teilhabe in der Ausbildung von Gesundheitsfachberufen“](#) hingewiesen.

Auch die berufsbegleitende Fortbildung sollte regelhaft Teilhabesicherungsaspekte enthalten.

Regelhaft müssen in der ärztlichen und pflegerischen Ausbildung die Kommunikationskompetenz, partizipative Entscheidungsfindung der Patient*innen und der patientenorientierte Einsatz digitaler Medien und Anwendungen berücksichtigt werden.

Alle Gesundheitsdienstleistenden (auch Apotheker*innen und Mitarbeiter*innen der Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen) sind in Aus-, Fort- und Weiterbildungen regelmäßig entsprechend zu

Lösungsoptionen:

Die entsprechenden Vorkehrungen sind in Lehrplänen, Prüfungskatalogen und durch Ressourcenbereitstellung für Unterricht und Lehre zu treffen.

Einrichtung von 16 Professuren für inklusive Medizin, damit in jedem Bundesland eine Verankerung an den Hochschulen gewährleistet wird (vgl. Bad Nauheimer Erklärung).

	<p>schulen. In Lehreinheiten, die die Belange von Menschen mit Behinderung betreffen, sollte schon bei der Erarbeitung der Inhalte unter Beteiligung der Betroffenen selbst gearbeitet werden, um einen partizipativen Charakter („nicht über uns ohne uns“) sicherzustellen. Betroffene sind die Expert*innen in eigener Sache und sollten auch so behandelt werden.</p>			
	<p>Die Ausbildung und die Studiengänge jeglicher Berufe im Gesundheitswesen sollten auch für Menschen mit Behinderungen zugänglich sein bzw. gemacht werden. Die Durchlässigkeit der Ausbildungs- und Studiengänge ist zu fördern.</p>	<p>Novellierung der Approbationsordnung für Ärzte mit dem Ziel, das Medizinstudium durch eine flexiblere Studiengestaltung für Menschen mit Behinderungen zugänglich zu machen und einen umfassenden Anspruch auf angemessene Nachteilsausgleiche in allen Phasen des Studiums und der praktischen Ausbildung sowie bei allen Prüfungen (inkl. der Kenntnis- und Eignungsprüfungen für die Ärzteschaft) zu verankern (vgl. Bad Nauheimer Erklärung).</p>		

<p>I.6.13 SPZ</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>Prüfung von Weiterentwicklungsbedarf bei den SPZ insbesondere für folgende Bereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Ermöglichung bzw. Verbesserung der Beratung von Familien und von Einrichtungen, wie z. B. Kitas und Schulen, einschließlich der Finanzierung dieser Angebote 	<p>Lösungsoptionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stärkere Berücksichtigung bei der Konzeption und somit beim Stellenschlüssel und der Finanzierung. 	<ul style="list-style-type: none"> • Umsetzung durch Leistungserbringer und Leistungsträger vor Ort, unter Beteiligung der Gebietskörperschaften 	<ul style="list-style-type: none"> • Ab sofort möglich
	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkere Berücksichtigung bei der Konzeption und somit beim Stellenschlüssel und der Finanzierung 	<ul style="list-style-type: none"> • Umsetzung durch Leistungserbringer und Leistungsträger vor Ort, unter Federführung der Gebietskörperschaften 	<ul style="list-style-type: none"> • Ab sofort möglich

	<ul style="list-style-type: none"> • 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, s. a. Abschnitt Hilfsmittel 	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkere Berücksichtigung bei der Konzeption und somit beim Stellenschlüssel und eines Mehraufwandes bei der Finanzierung, s. a. Kap. Hilfsmittel 	<ul style="list-style-type: none"> • Umsetzung durch Leistungserbringer und Leistungsträger vor Ort, s. a. Kap. Hilfsmittel I.4.1. Vorschlag versch. Verbände 	<ul style="list-style-type: none"> • Ab sofort möglich.
--	---	---	--	--

<p>Prüfung der Ermöglichung psychosozialer nicht-ärztlicher Therapiekomponenten v. a. für Schulkinder zur Deckung eines dringlichen sozialpädiatrischen Behandlungsbedarfes</p>	<p>Lösungsoption: 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. Klärung und gesetzliche Klarstellung der Zuständigkeit</p>	<p>Lösungsoption: 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>Option aus Sicht u. a. der BAG SPZ und G-Kind, 125. Deutscher Ärztetag Forderung ist durch Fachverbände artikuliert und begründet, öffentlich noch nicht breit diskutiert. Bislang nicht zwischen GKV und Eingliederungs- bzw. Kinder- und Jugendhilfe konsentiert.</p>	<p>Nächst-mögliche Gesundheitsgesetzgebung</p>
---	---	---	---	--

<p>I.6.14 Frühförderung</p> <p>Erhaltung, Weiterentwicklung und Ausbau der Frühförderung als Beitrag zu einem inklusiven Gesundheitswesen</p> <p>Insbesondere: Bedarfsgerechter Einbezug von SchülerInnen im ersten Schuljahr in Leistungen der Frühförderung. Wegfall der Frühförderung erweist sich als Inklusionsbarriere am Übergang Kita-Schule</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Ermöglichung bzw. Verbesserung niedrigschwelliger Beratung von Familien und von Einrichtungen, wie z. B. Kitas und Schulen, einschließlich der Finanzierung dieser Angebote durch Frühförderstellen</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Stärkere Berücksichtigung bei der Konzeption und somit beim Stellenschlüssel und der Finanzierung</p>	<p>Umsetzung vor Ort unter Federführung des zuständigen Leistungsträgers</p>	<p>2-3 Jahre</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>Stärkere Berücksichtigung bei der Konzeption und somit beim Stellenschlüssel und der Finanzierung</p>	<p>Umsetzung vor Ort unter Federführung der Gebietskörperschaft</p>	<p>2-3- Jahre</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>Ergänzung § 79 Abs. 1 S. 1 SGB IX: nach „noch nicht eingeschulte Kinder“ „und Kinder bis zu einem Kalenderjahr nach ihrer Einschulung“ und entsprechende Änderung in § 1 FrühfVO. Alternativ: „bis zu drei Monaten nach ihrer Einschulung“</p>	<p>Forderung der Diakonie Deutschland und der BAG FW sowie der VIFF.</p> <p>Im Rahmen eines Artikelgesetzes in die Gesundheitsgesetzgebung einzubringen</p>	

	Gewährleistung der Komplexleistung Frühförderung beim Übergang zu einem neuen SGB VIII	Berücksichtigung im Gesetzgebungsver- fahren zum SGB VIII.	unklar	Ab sofort
--	--	--	--------	-----------

<p>I.6.15 MZEB</p> <p>Ausbau und Stärkung der Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB) nach § 119c SGB V zur Sicherstellung einer fachspezifischen bedarfsgerechten Versorgung (Art. 25 UN-BRK)</p>	<p>Zu prüfen ist, welche Unterstützung seitens der Politik bzw. des Gesetzgebers sowie der Selbstverwaltung in Betracht kommt, um dieses Ziel zu erreichen.</p> <p>Lösungsoptionen:</p> <p>MZEB ausbauen:</p> <p>Aufbau einer ausreichenden Zahl an MZEB mit jeweils ausreichender Kapazität</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erleichterung der Zulassungsverfahren, u. a. durch <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sicherstellung rechtskonformer Verfahren bei den Zulassungsausschüssen ▪ Beschleunigung/ Verbindliche Fristen für Verhandlungs- und Zulassungsverfahren (Planungssicherheit, z. T. mehrere Jahre) ▪ Vereinfachung und Erleichterungen beim Antragsverfahren • Zugangskriterien bedarfsgerecht anpassen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientierung am Gesetzestext § 119c SGB V, ohne Begrenzung auf Diagnosen oder GdB bzw. Merkzeichen nach Schwerbehindertenrecht 	<p>Optionen für die Form der Lösung</p> <p>Aufgabe der Selbstverwaltung und der Aufsicht</p> <p>Aufgabe der Selbstverwaltung, gesetzliche Regelung</p> <p>Aufgabe der Selbstverwaltung</p> <p>Aufgabe der Selbstverwaltung, ggf. Klarstellung durch BMG oder gesetzlich</p>	<p>Vorschläge aus der BAG MZEB u. a.</p>	<p>Ab sofort</p>
---	--	---	--	------------------

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Fallzahlbegrenzung • Anpassung der Aufgaben der MZEB an den Bedarf <ul style="list-style-type: none"> ▪ Umfassende Behandlungsmöglichkeiten einschl. Überweisung, Diagnostik, Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnung sowie weiterer veranlasster Leistungen analog den Vertragsärzten ▪ Ermöglichung aufsuchender Arbeit, z. B. in besonderen Wohnformen oder bei individueller Indikation ▪ Ermöglichung telemedizinischer Versorgung v. a. bei erheblicher Beeinträchtigung der Mobilität oder anderen Beeinträchtigungen ▪ Anerkennung der umfassenden Hilfsmittelversorgung als Leistung und als Bestandteil der Konzeption ▪ Mitbetreuung von Menschen mit Behinderung und außerklinischer Intensivpflege erleichtern 	<p>Gesetzliche Klarstellung</p> <p>Klarstellung durch BMG oder gesetzliche Klarstellung.</p> <p>Selbstverwaltung, ggf. gesetzliche Klarstellung</p> <p>Selbstverwaltung, ggf. gesetzliche Klarstellung</p> <p>Selbstverwaltung</p> <p>Ermöglichung einer erleichterten Anerkennung für Potentialermittlung und Verordnung auch ohne spezifische Facharztqualifikation</p>	<p>auch aus Kommentarliteratur. In einigen MZEB schon umgesetzt.</p> <p>In wenigen MZEB konzeptionell verankert, beschränkt auf Einzelfälle</p> <p>in Einzelfällen umgesetzt, jedoch Finanzierung z. T. offen.</p> <p>vgl. Abschnitt Hilfsmittel</p> <p>Ausnahmeregelung in der AKI-RL des G-BA</p>	
--	---	---	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungsgerechte Vergütung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anerkennung der ggf. unterschiedlichen Aufgaben und Leistungen unter besonderer Berücksichtigung der Interdisziplinarität und der Koordinationsaufgaben ▪ Leistungs- und aufwandsgerechte Vergütung, • Starthilfe für MZEB (notwendig für flächendeckenden Ausbau) ▪ Refinanzierung von Leistungen für die Eingliederungshilfe oder andere Reha-Träger ggf. im Rahmen von Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen 	<p>Betreuung</p> <p>Klare Orientierung am Bedarf der Zielgruppe.</p> <p>Selbstverwaltung mit Klarstellung durch BMG, ggf. auch gesetzlich.</p> <p>Vertragspartner, Schlichtungsstelle</p> <p>Länder und Gebietskörperschaften haben Fördermöglichkeiten.</p> <p>Vereinbarungen zwischen den zuständigen Trägern, insbesondere der Eingliederungshilfe und den MZEB auf kommunaler oder Landesebene.</p>	<p>Einige Schlichtungsverfahren</p> <p>Bisher nicht umgesetzt</p> <p>Bisher nicht umgesetzt</p>	
--	---	---	---	--

Handlungsfeld II: Barrierefreiheit in der Langzeitpflege

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

Ziele:	Maßnahmen:	Umsetzungsform:	Status:	Zeit- rahmen:
<p>II.1.1 Förderung der Teilhabe in der Pflege</p> <p>Die Pflege hat eine große Bedeutung für die Teilhabe und eine selbstbestimmte Lebensführung. Dies betrifft sowohl Art und Umfang der pflegerischen Verrichtungen selbst als auch den Lebensort. Gute, teilhabeorientierte Pflege zu Hause kann z. B. eine unerwünschte Heimaufnahme vermeiden helfen.</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Stärkere Orientierung der Pflege an der Ermöglichung und Verbesserung der Selbstbestimmung und der Teilhabe: Dies gilt sowohl für die häusliche Krankenpflege im Rahmen des SGB V als auch für die Pflege im Rahmen des SGB XI. Dies umfasst insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige Definition von Teilhabezielen im Rahmen der Pflegeplanung einschl. der Behandlungspflege. • Stärker teilhabeorientierte Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die z. T. von Pflegekräften verordnet werden können. • Die Pflegeplanung sollte regelmäßig mit einer Bedarfserkennung bzw. -ermittlung im Hinblick auf teilhabefördernde Leistungen im Rahmen der Krankenbehandlung (vgl. § 43 SGB IX) und Leistungen der medizinischen Rehabilitation verbunden werden. (Die Prüfung von Reha-Bedarf ist z. B. bei der Pflegebegutachtung durch den MD regelmäßig vorgesehen). 	<p>In allen Qualitätsstandards und Bestandteil des QM in ambulanten und stationären Settings.</p> <p>Berücksichtigung in Aus-Fort- und Weiterbildung</p> <p>Berücksichtigung bei der Personalbemessung und Refinanzierung</p>		

	<ul style="list-style-type: none">• Prüfung, ob die Leistungskataloge der häuslichen Krankenpflege bzw. der Leistungen nach SGB XI die Aspekte der Teilhabeförderung hinreichend berücksichtigen.• Ferner sollte überlegt werden, wie die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Pflegekräften mit Fachkräften und Diensten der Rehabilitation bzw. Teilhabeförderung in den verschiedenen Settings gefördert werden kann.• Die Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe sollte auch in stationären Versorgungssettings stärker beachtet werden. Zur Identifikation von Teilhabezielen gibt es eine ganze Reihe von Studien und Vorschlägen. Die Ergebnisse sollten im Hinblick auf die Möglichkeiten ihrer Umsetzung im Alltag geprüft und ggf. in die Praxis umgesetzt werden. Es zeigt sich nämlich, dass auch in Pflegeheimen Teilhabe in höherem Maße als bisher oft umgesetzt, möglich ist.• Förderung der Teilhabe durch die Pflege sollte auch durch eine starke Sozialraumorientierung erreicht werden.			
--	--	--	--	--

	<p>Rehabilitation bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit</p> <p>Zum Thema medizinische Rehabilitation bei vorliegender schwerer Behinderung gibt es noch wenige Daten und Berichte. Hier ist die Option zu prüfen, ob eine (postakute) Komplexrehabilitation (vgl. Kap. I.2.9 ff.) vorhandene Defizite beseitigen helfen kann; ebenso Mobile Rehabilitation.</p> <p>Menschen mit Behinderungen oder Pflegebedürftigkeit können durchaus erwerbsfähig sein oder werden. Deshalb sind auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung entsprechende Vorkehrungen bzgl. der Ermöglichung medizinischer Rehabilitation zu treffen.</p>			
--	---	--	--	--

II.2. Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche

Ziele:	Maßnahmen:	Umsetzungsform:	Status:	Zeitraumen:
Sicherstellung einer stationären Kurzzeitpflege	<p>Lösungsoption</p> <p>Schaffung eines bedarfsgerechten Angebots an Kurzzeitpflegeplätzen für pflegebedürftige Kinder- und Jugendliche.</p> <p>Diese sollten auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe ermöglicht werden.</p> <p>Diese sollten nicht nur eine palliative Ausrichtung haben, sondern auch Teilhabeziele verwirklichen.</p>			

II.3. Barrierefreie Informationsaufbereitung

Ziele:	Maßnahmen:	Umsetzungsform:	Status:	Zeitraumen:

Handlungsfeld III: Inklusiv Prävention

III.1. Barrierefreie Präventionsleistungen

<i>Ziele:</i>	<i>Maßnahmen:</i>	<i>Umsetzungsform:</i>	<i>Status:</i>	<i>Zeitraumen:</i>
III.1.1 Inklusiv Prävention Inklusive Angebote der Prävention	Präventionsangebote müssen barrierefrei sein. Anzustreben ist, dass Präventionsangebote inklusiv sind.	Vorschrift im SGB V, § 20ff.		
III.1.2 Verhältnisprävention Stärkung der Verhältnisprävention	Zu prüfen ist, wie Reha-Leistungen nicht nur die Verhaltens-, sondern auch die Verhältnisprävention sowie die Gesundheitskompetenz fördern können.			

III.2. Berücksichtigung vulnerabler Personen bei Präventionsleistungen

Ziele:	Maßnahmen:	Umsetzungsform:	Status:	Zeitraumen:
<p>III.2.1 Prävention in Rehabilitation</p> <p>Prävention ist auch ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Rehabilitation sowie bei schulischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation.</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Aufnahme in die Konzepte der Dienste und Einrichtungen</p> <p>Der Gesetzgeber sollte in § 20a SGB V klarstellen, dass besondere Wohnformen, WfbM und Tagesförderstätten zu den Lebenswelten gehören, in denen Präventionsleistungen erbracht werden können und in denen die Krankenkassen den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen fördern sollen (Deutscher Behindertenrat).</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Aufnahme in Qualitätsstandards, Rahmenverträge und Leistungsvereinbarungen</p> <p>Ergänzung des § 20a SGB V</p>		
<p>III.2.2 Prävention und Selbsthilfe</p>	<p>Die Schaffung von Präventionsangeboten durch die Selbsthilfe muss vereinfacht werden (Deutscher Behindertenrat).</p>			

III.3. Berücksichtigung von Inklusion bei Präventionsleistungen

<i>Ziele:</i>	<i>Maßnahmen:</i>	<i>Umsetzungsform:</i>	<i>Status:</i>	<i>Zeitraumen:</i>
<p>III.3.1 Inklusiv Prävention</p> <p>Prävention und Gesundheitsförderung sind inklusiv auszugestalten, so dass sie alle Bürgerinnen und Bürger erreichen, unabhängig von Alter, Geschlecht, Beeinträchtigung, Muttersprache usw.</p>	<p>Lösungsoptionen</p> <p>Die Krankenkassen sollten durch den Gesetzgeber in § 20 Abs. 1 SGB V verpflichtet werden, einen bestimmten Anteil der Präventionsleistungen auf Menschen mit Behinderung oder künftiger Behinderung auszurichten (Deutscher Behindertenrat)</p>	<p>Lösungsoption:</p> <p>Ergänzung des § 20 Abs. 1 SGB V</p>		

Handlungsfeld IV: Inklusion durch Digitalisierung

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

Ziele:	Maßnahmen:	Umsetzungsform:	Status:	Zeitraumen:

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

Ziele:	Maßnahmen:	Umsetzungsform:	Status:	Zeitraumen:
Einrichtungen, die zu Teilhabe und Rehabilitation forschen, bekommen Zugang zu relevanten Daten des Gesundheitswesens.	Einrichtungen, die zu Teilhabe und Rehabilitation forschen, dürfen auf die Daten zugreifen, die im Rahmen der nationalen Datenzugangs- und Koordinierungsstelle für Gesundheitsdaten (Gesundheitsdatennutzungsgesetz) erfasst werden.	Datenzugriff der Forschungseinrichtungen zu Teilhabe und Rehabilitation		2024

IV.3. Nutzenorientierte Technologien und Anwendungen

Ziele:	Maßnahmen:	Umsetzungsform:	Status:	Zeitraumen:
IV.3.1 Zugänglichkeit von digitalen Gesundheitsleistungen Zugänglichkeit von digitalen Gesundheitsleistungen wie	Lösungsoptionen: Es muss ein umfassender und barrierefreier Zugang zu telemedizinischen Angeboten, zur elektronischen Patientenakte und zu digitalen Anwendungen, wie dem E-Rezept oder dem	Lösungsoption: Die insofern bestehenden Gesetzeslücken im SGB V sind		

digitalen Gesundheits- und Pflegeanwendungen	elektronischen Medikationsplan, einschließlich der jeweils gespeicherten Informationen, gewährleistet werden. Dies gilt ebenso für Einrichtungsassistenten und Gebrauchsanleitungen (Deutscher Behindertenrat).	zu schließen.		
IV.3.2 Barrierefreiheit bei der Digitalisierung	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Es ist gesetzlich verbindlich zu regeln, dass alle digitalen Gesundheits- und Pflegeanwendungen, die durch Sozialleistungsträger finanziert werden, barrierefrei nutzbar sein müssen (Deutscher Behindertenrat).</p> <p>Im Prozess der Erarbeitung von Barrierefreiheitskriterien und Überprüfung der tatsächlichen Barrierefreiheit muss eine Patientenbeteiligung bzw. Beteiligung von Verbänden von Menschen mit Behinderung vorgesehen werden. Anderenfalls besteht die Gefahr von Mängeln in der Barrierefreiheit, der Gebrauchstauglichkeit und Funktionalität, sodass Nutzergruppen ausgeschlossen werden. Die entsprechenden Verbände müssen daher u. a. bei der Gematik sowie den Verfahren beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) – über die Schiedsstellen hinaus – einbezogen werden. Eine angemessene Beteiligung der Patientenvertretung nach § 140f SGB V bei der Umsetzung der Digitalisierungsstrategie des BMG ist unerlässlich (Deutscher Behindertenrat).</p>			

IV.3.3 Digitalisierung ohne neue Barrieren	Barrierefreie Präsenzangebote müssen für diejenigen, die es wünschen und benötigen, weiterhin vorhanden sein (Deutscher Behindertenrat).			
IV.3.4 Digitalisierung in der Rehabilitation Stärkung der Digitalisierung in der Rehabilitation	Sicherstellung von Barrierefreiheit, Datenschutz und bedarfsgerechter Unterstützung bei der Nutzung digitaler Angebote. Zu prüfen sind u. a. folgende Anwendungsbereiche: <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung der Bedarfserkennung und -ermittlung durch digitale Formate, • Vorbereitung auf medizinische Reha-Leistungen, • Durchführung einzelner Therapieangebote in digitalen Formaten im ambulanten und mobilen Bereich sowie in der Nachsorge, • regelmäßige teilhabefördernde Angebote zur Stabilisierung und weiteren funktionellen Verbesserung, • Prävention, • Beratung bzgl. vorhandener oder drohender Teilhabeprobleme, • Unterstützung durch Selbsthilfeorganisationen. 			

	<p>Mitwirkung der Versicherten und ihrer Verbände bei der Entwicklung digitaler Formate</p> <p>Anrecht auf analoge Kommunikation</p> <p>Beschleunigung und Verbesserung von Kommunikation, Koordination und Kooperation der Kosten- und Leistungsträger, um Schnittstellenprobleme zu verringern.</p> <p>(s. DVfR-Agenda)</p>			
--	---	--	--	--

Handlungsfeld V: Diversität im Gesundheitswesen

V.1. Kultursensible Verständigung fördern

<i>Ziele:</i>	<i>Maßnahmen:</i>	<i>Umsetzungsform:</i>	<i>Status:</i>	<i>Zeitraumen:</i>
V.1.1 Kultursensibilität Berücksichtigung kultureller Aspekte des Krankheitsverständnisses und deren Bewältigung (s. DVfR-Agenda)				

V.2. Gesundheitskompetenz fördern

<i>Ziele:</i>	<i>Maßnahmen:</i>	<i>Umsetzungsform:</i>	<i>Status:</i>	<i>Zeitraumen:</i>
V.2.1 Gesundheitskompetenz Stärkung der Gesundheitskompetenz	Lösungsoptionen: Wirksam zu fördern ist insbesondere das Vermögen, valide Information als solche zu erkennen und zu finden, diese zu verstehen und für das eigene Verhalten anzuwenden. Außerdem geht es darum, eigene Anliegen formulieren und angstfrei kommunizieren zu können sowie eigene Prioritäten, Werte und Haltungen zu entwickeln (z. B: in Bezug auf das Lebensende oder Organspende). (Agenda) Fundierte Beratung sowie Gesundheitsbildung, gerade für vulnerable Bevölkerungsgruppen, im			

	<p>Sinne von Empowerment.</p> <p>Prüfung, wie die Ziele in den jeweiligen Bereichen des Gesundheitssystems erreicht werden können.</p>			
--	--	--	--	--

V.3. Datenlage verbessern

Ziele:	Maßnahmen:	Umsetzungsform:	Status:	Zeitraumen:
<p>V.3.1 Bedarfsanalyse</p> <p>Das System der medizinischen Rehabilitation ist sowohl qualitativ als auch quantitativ bedarfsgerecht auszugestalten.</p>	<p>Lösungsoption:</p> <p>Bevölkerungsepidemiologisch und rehabilitationsmedizinisch ist zu analysieren, wo Reha-Bedarfen nicht (Unterversorgung) oder nicht adäquat (Fehlversorgung) Rechnung getragen wird.</p>	<p>Lösungsoption:</p> <p>Konzipierung und Förderung eines entsprechenden Projekts</p>		ca. drei Jahre
<p>V.3.2 Forschung</p> <p>Stärkung der teilhabeorientierten Gesundheits- und Rehabilitationsforschung</p>	<p>Lösungsoptionen:</p> <p>Förderung der Teilhabeforschung</p> <p>Outcomes sollten nicht nur Lebensqualität, sondern stets auch Teilhabe umfassen.</p>	<p>Lösungsoption</p> <p>Förderschwerpunkt „Teilhabeforschung“ oder Einrichtung eines Nationalen Zentrums für Teilhabeforschung</p> <p>Umsetzung in Forschungsstrategien</p>		

Anhang:

Liste verwendeter Quellen

Beschlüsse zu Rehabilitation und Teilhabe des 126. Deutschen Ärztetags 2022.

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Aerztetag/126.DAET/2022-06-17_Beschlussprotokoll.pdf

Deutscher Behindertenrat: Positionspapier des DBR: Anforderungen an einen Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen vom 15. September 2023. <https://www.vdk.de/deutscher-behindertenrat/mime/00134655D1694766855.pdf>

65. Treffen der Konferenz der Beauftragten von Bund und Ländern für Menschen mit Behinderungen: Bad Nauheimer Erklärung: Inklusive Gesundheit und Pflege vom 12. Mai 2023.

https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/PublikationenErklaerungen/20230516_Erklaerung_Bad_Nauheim.html

Positionspapier „Mobile Rehabilitation“ der BAG RPK: Flexibilisierung von Setting als Voraussetzung für Lebensweltorientierung und Individualisierung von Rehabilitationsangeboten für Menschen mit psychischen Erkrankungen vom 18. Oktober 2022. AutorInnen: S. Heyer, S. Kreß, M. Stuhlinger, A. Theißing, A. Torhorst, G. Wirtz. <https://www.bagrpk.de/wp-content/uploads/2022/11/20221107-BAG-RPK-Positionspapierpapier-Mobile-Reha.pdf>

Positionspapiere, Stellungnahmen, usw. der DVfR:

Stellungnahme der DVfR: Berücksichtigung von Rehabilitation und Teilhabe in der Ausbildung der Gesundheitsfachberufe vom 24. August 2022. <https://www.dvfr.de/arbeitsschwerpunkte/stellungnahmen-der-dvfr/detail/artikel/erweiterte-kompetenzen-zu-rehabilitation-und-teilhabe-in-ausbildung-von-gesundheitsfachberufen-verankern>

Positionspapier der DVfR zur Gesundheitssorge – Erhalt und Förderung von Gesundheit für Menschen mit Behinderungen unter besonderer Berücksichtigung der Eingliederungshilfe vom 16. Juli 2021. <https://www.dvfr.de/arbeitsschwerpunkte/stellungnahmen-der-dvfr/detail/artikel/positionspapier-der-dvfr-zur-gesundheitssorge-erhalt-und-foerderung-von-gesundheit-fuer-menschen-mit-behinderungen-unter-besonderer-beruecksichtigung-der-eingliederungshilfe>

Positionspapier der DVfR zur medizinischen Rehabilitation vor und bei Pflege vom 14. Dezember 2020.

<https://www.dvfr.de/arbeitsschwerpunkte/stellungnahmen-der-dvfr/detail/artikel/positionspapier-der-dvfr-zur-medizinischen-rehabilitation-vor-und-bei-pflege>

Diskussionspapier der DVfR zur Sicherung der beruflichen Teilhabe bei psychischen Beeinträchtigungen vom 23. Juli 2019.

<https://www.dvfr.de/arbeitschwerpunkte/stellungnahmen-der-dvfr/detail/artikel/diskussionspapier-der-dvfr-zur-sicherung-der-beruflichen-teilhabe-bei-psychischen-beeintraechtigungen>

Stellungnahme der DVfR zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) vom 15. Juli 2016.

<https://www.dvfr.de/arbeitschwerpunkte/stellungnahmen-der-dvfr/detail/artikel/dvfr-fordert-mehr-teilhabeorientierung-in-der-heil-und-hilfsmittelversorgung>

Zur Bedeutung der Heilmittel für die Förderung der Teilhabe unter Berücksichtigung des Auftrags therapeutischer Fachberufe – ein Beitrag zur aktuellen Diskussion vom 19. Februar 2016. <https://www.dvfr.de/arbeitschwerpunkte/stellungnahmen-der-dvfr/detail/artikel/dvfr-legt-vorschlaege-fuer-teilhabeorientierte-heilmittelversorgung-vor-1>

Agenda für einen Aktionsplan „Inklusives Gesundheitswesen“ der Bundesregierung – ein Beitrag aus der DVfR vom 30. November 2022.

<https://www.dvfr.de/arbeitschwerpunkte/stellungnahmen-der-dvfr/detail/artikel/beitrag-aus-der-dvfr-fuer-einen-aktionsplan-inklusive-gesundheitswesen>

Über die DVfR

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR) ist die einzige Vereinigung in Deutschland, in der Vertreterinnen und Vertreter aller Akteure im Bereich Rehabilitation und Teilhabe gleichberechtigt zusammenwirken: Selbsthilfe- und Sozialverbände, Sozialleistungsträger, Rehabilitationseinrichtungen und -dienste, Reha-Experten sowie Berufs- und Fachverbände. Die Mitglieder der DVfR und ihre Partner in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft engagieren sich gemeinsam in einem interdisziplinären und sektorenübergreifenden, konsensorientierten Diskurs zur Weiterentwicklung von Rehabilitation und selbstbestimmter Teilhabe.

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR)

Maaßstraße 26

69123 Heidelberg

Telefon: 06221 187 901-0

E-Mail: info@dvfr.de

www.dvfr.de | www.reha-recht.de