

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Corinna Rüffer, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
– Drucksache 19/22752 –**

### **Umsetzung einer barrierefreien Gesundheitsversorgung**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Durch das sogenannte Terminservice- und Versorgungsgesetz wurde im Mai 2019 in § 75 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) die Verpflichtung für die Kassenärztlichen Vereinigungen eingeführt, „die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit)“ zu informieren. Die Beauftragten von Bund und Ländern stellten hingegen im August 2020 in einer gemeinsamen Erklärung fest, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen dieser Verpflichtung bislang „nicht in angemessener Weise“ nachkommen („Kassenärztliche Vereinigungen kommen ihrem Sicherstellungsauftrag zur barrierefreien vertragsärztlichen Versorgung nicht nach“, Erklärung der Beauftragten von Bund und Ländern für Menschen mit Behinderungen, 7. August 2020). Trotz der eindeutigen gesetzlichen Verpflichtung habe sich wenig getan. Zwar gäbe es inzwischen auf den Seiten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) Recherchemöglichkeiten für barrierefreie Arztpraxen. Diese seien aber unzulänglich, böten keine „echte und verlässliche Informationsmöglichkeit“, seien schwer auffindbar, nur bedingt zugänglich und von Menschen mit Behinderungen „kaum nutzbar“ (ebd.).

Darüber hinaus kritisierten die Beauftragten den Umsetzungsprozess. Unter anderem seien die Erhebungen zur Barrierefreiheit nur freiwillig, beruhten auf Selbstauskünften und würden nicht von qualifizierten Stellen überprüft. Der Kriterienkatalog für die Barrierefreiheit von Arztpraxen sei unvollständig, undifferenziert und teilweise widersprüchlich. Bei bestehenden Praxen und auch bei Praxisverkäufen spiele Barrierefreiheit derzeit keine Rolle. Nur bei Neubauten von Arztpraxen sei zumindest die bauliche Barrierefreiheit vorgeschrieben. Besonders im ländlichen Raum verschärfe dieser Zustand Mängel in der Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen sowie für anderweitig mobilitätseingeschränkte Menschen (ebd.).

Die Beauftragten forderten in ihrer Erklärung auch die Bundesregierung und namentlich den Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn auf, die Umsetzung insbesondere der gesetzlichen Regelung nach § 75 Absatz 1a SGB V zu beaufsichtigen und wo nötig mit gesetzlichen Bestimmungen oder Aufsichts-

maßnahmen nachzusteuern. Außerdem werden Anreize in den Vergütungssystemen gefordert, um eine bessere Honorierung barrierefreier Angebote und eine Kürzung bei einer nichtbarrierefreien Versorgung zu erreichen (ebd.).

Auch die Antwort auf die Kleine Anfrage auf Bundestagsdrucksache 19/21310, S. 4 bestätigt nach Auffassung der Fragesteller, dass die gesetzliche Verpflichtung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen bislang nur unzureichend umgesetzt wurde.

### Vorbemerkung der Bundesregierung

Wie bereits in der Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der FDP-Fraktion betreffend „Barrierefreiheit im Gesundheitswesen“ auf Bundestagsdrucksache 19/21310 dargelegt, ist es ein wesentliches Ziel der Bundesregierung, Menschen mit Behinderungen ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen und ihre Teilhabe in allen Bereichen des Lebens zu gewährleisten. Hierzu gehört auch die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) erfolgte Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, im Internet auch über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderung zur Versorgung zu informieren. Es ist Aufgabe insbesondere der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder, als Aufsichtsbehörden über die Kassenärztlichen Vereinigungen die Umsetzung der gesetzlichen Regelung nach § 75 Absatz 1a SGB V zu beaufsichtigen und bei entsprechendem Bedarf aufsichtsrechtlich tätig zu werden.

1. Was versteht die Bundesregierung konkret unter barrierefreien Arztpraxen?

Im Gesetz zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (Behindertengleichstellungsgesetz – BGG) ist in § 4 Barrierefreiheit wie folgt beschrieben: „Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind. Hierbei ist die Nutzung behinderungsbedingt notwendiger Hilfsmittel zulässig.“

Dies gilt auch für Arztpraxen.

2. a) Welche Vorgaben zur einheitlichen Definition der Barrierefreiheit von Angeboten der Gesundheitsversorgung existieren nach Kenntnis der Bundesregierung?

Wenn keine existieren, in welcher Form wird die Bundesregierung auf derartige einheitliche Vorgaben hinwirken?

Wenn ja, durch wen wurden diese erarbeitet?

- b) Unterstützt die Bundesregierung den Vorschlag der fragstellenden Fraktion, diese Vorgaben nach Bedarfen, die sich aus unterschiedlichen Beeinträchtigungen (zum Beispiel Mobilitäts-, Sinnes-, psychische oder kognitive Beeinträchtigungen) ergeben, zu differenzieren?

Wenn ja, wird die Bundesregierung hierzu eine gesetzliche oder anderweitige rechtliche Regelung auf den Weg bringen oder auf eine solche hinwirken?

Die Fragen 2a und 2b werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Unter den Begriff „Angebote der Gesundheitsversorgung“ lassen sich unterschiedlichste Dienste, Dienstleistungen und Angebote fassen. Richtschnur für „Barrierefreiheit“ dieser Angebote ist die in § 4 BGG enthaltene allgemeine Beschreibung (s. Antwort zu Frage 1).

Differenzierungen nach Bedarfen richten sich nach den Zielsetzungen der jeweiligen Gesundheitsangebote und lassen sich auch aufgrund unterschiedlicher Zuständigkeiten in Bund, Ländern und Kommunen nicht vereinheitlichen.

Im Hinblick auf barrierefreie Arztpraxen hat die Bundesregierung in ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage der FDP-Fraktion betreffend „Barrierefreiheit im Gesundheitswesen“ ausführlich Stellung genommen und auf differenzierte Informationen u. a. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie auf diverse Portale zur Information über barrierefreie Arztpraxen hingewiesen. Auf die entsprechenden Antworten auf Bundestagsdrucksache 19/21310 wird verwiesen.

3. Wie hoch ist aktuell nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil von für die Versorgung gesetzlich Versicherter zugelassenen barrierefreien hausärztlichen Praxen (bitte nach KVs sowie nach vollständig und teilweise barrierefrei aufschlüsseln), und welche Definition von Barrierefreiheit liegt nach Kenntnis der Bundesregierung dieser Zählung zugrunde?
4. Wie hoch ist aktuell nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil von für die Versorgung gesetzlich Versicherter zugelassenen barrierefreien fachärztlichen Praxen (bitte nach Arztgruppen, KVs sowie nach vollständig und teilweise barrierefrei aufschlüsseln), und welche Definition von Barrierefreiheit liegt nach Kenntnis der Bundesregierung dieser Zählung zugrunde?

Die Fragen 3 und 4 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Nach Mitteilung der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ist die Datenquelle zur Barrierefreiheit in Arztpraxen auf der Bundesebene das von ihr geführte Bundesarztregister (BAR), das durch regelmäßige Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) auf Landesebene befüllt und gepflegt wird. Für Statistiken zur Erfassung von Barrierefreiheit würde in der Grundgesamtheit als Praxis jeder Standort (Leistungsort) gezählt. Diese Zahl sei höher als die Zahl der Praxen als Wirtschaftseinheiten, da etwa Zweigpraxen und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften nicht mit dem Hauptstandort zusammengefasst würden.

Die Erfassung von Merkmalen zur Barrierefreiheit sei im BAR derzeit noch im Aufbau. Zum jetzigen Zeitpunkt würden in ca. zwei Dritteln der KVen die notwendige technische und prozessuale Infrastruktur zur Meldung der Barrierefreiheits-Merkmale bestehen. Die Merkmale würden in der Übergangsphase daher aktuell in drei verschiedenen Systematiken erhoben: Die neue bundeseinheitliche Systematik, eine alte bundeseinheitliche Systematik und eine alte, nicht bundeseinheitliche Systematik. Zur besseren Vergleichbarkeit würden KVen, deren Daten zum Stichtag noch in der alten, nicht bundeseinheitlichen Systematik vorlagen, aus der Untersuchung ausgeschlossen. Dadurch sei nur für eine Minderheit der KVen belastbares Datenmaterial verfügbar.

Da die Datenerfassung und Lieferung noch ein neuer Prozess sei, sei es auch denkbar, dass auch in den KVen, in denen Daten gemeldet werden, nicht alle

Praxen mit allen Merkmalen erfasst sind. Die nachstehenden Werte zu Praxen mit Merkmalen von Barrierefreiheit seien daher als Untergrenze zu verstehen.

Die KBV hat folgende Übersicht zur Verfügung gestellt:

Kassenärztliche Vereinigung	Hausärztliche Praxen	
	Zugang uneingeschränkt barrierefrei	Zugang mindestens begrenzt barrierefrei
Hamburg	22,4 %	44,2 %
Westfalen-Lippe	21,5 %	21,5 %
Rheinland-Pfalz	15,9 %	20,1 %
Saarland	22,2 %	22,2 %
Brandenburg	46,2 %	46,2 %
Thüringen	23,1 %	23,1 %
Sachsen	33,6 %	33,6 %
Gesamt	26,4 %	28,6 %
Kassenärztliche Vereinigung	Fachärztliche Praxen	
	Zugang uneingeschränkt barrierefrei	Zugang mindestens begrenzt barrierefrei
Hamburg	15,4 %	27,7 %
Westfalen-Lippe	20,6 %	20,6 %
Rheinland-Pfalz	16,3 %	19,1 %
Saarland	23,6 %	23,6 %
Brandenburg	53,6 %	53,6 %
Thüringen	25,8 %	25,8 %
Sachsen	39,1 %	39,1 %
Gesamt	26,1 %	28,3 %

(Quelle: Bundesarztregister; Stichtag 31.12.2019)

Hinsichtlich der Definition von Barrierefreiheit gilt nach Mitteilung der KBV folgendes: Die Kategorien „Zugang uneingeschränkt barrierefrei“ und „Zugang mindestens begrenzt barrierefrei“ umfassen folgende Codes aus den verwendeten Systematiken: Danach bedeutet „Zugang uneingeschränkt barrierefrei“ mindestens einer der Codes „Praxisräume uneingeschränkt barrierefrei zugänglich“ oder „Stufenloser Eingang/Zugang“. „Zugang mindestens begrenzt barrierefrei“ bedeutet mindestens einer der Codes „Praxisräume uneingeschränkt barrierefrei zugänglich“ oder „Stufenloser Eingang/Zugang“ oder „Praxisräume weitgehend barrierefrei zugänglich“ oder „Praxisräume für gehbehinderte Patienten zugänglich“.

Hinsichtlich der inhaltlichen Definitionen der einzelnen Codes gilt folgendes:

**Praxisräume uneingeschränkt barrierefrei zugänglich** (neue bundeseinheitliche Systematik)

Alle genannten Merkmale müssen zutreffen:

- Ebenerdiger Zugang (Schwellenhöhe max. 3 cm bzw. Rampen mit max. 6 Prozent Steigung) und/oder rollstuhlgerechter Aufzug (Türbreite mind. 90 cm, Tiefe mind. 140 cm; Fahrstuhlkabine mindestens 110 cm x 140 cm)
- Türbreite der Eingangs- und Innenraumtüren mindestens 90 cm
- Bewegungsflächen (zusammenhängende unverstellbare Bodenfläche) in den Räumen mindestens 150 x 150 cm

**Stufenloser Eingang / Zugang** (alte bundeseinheitliche Systematik)

Türbreite 90 cm

Türhöhe 205 cm

Türdrückerhöhe 85 cm

Bewegungsfläche 150 x 150 cm

Rampen mit max. Steigerung von 6 Prozent

Türschwellen max. 2 cm

**Praxisräume weitgehend barrierefrei zugänglich** (neue bundeseinheitliche Systematik)

Alle genannten Merkmale müssen zutreffen:

- Weitgehend ebenerdiger Zugang (max. eine Stufe bzw. Rampen mit max. 20 Prozent Steigung) und/oder Aufzug (Türbreite mind. 70 cm, Fahrstuhlkabine mind. 70 cm x 90 cm)
- Türbreite der Eingangs- und Innenraumtüren mindestens 80 cm
- Bewegungsflächen (zusammenhängende unverstellbare Bodenfläche) in den Räumen mindestens 110 x 110 cm

**Praxisräume für gehbehinderte Patienten zugänglich** (neue bundeseinheitliche Systematik)

Alle genannten Merkmale müssen zutreffen:

- Zugang mit max. drei aufeinander folgenden Stufen (Höhe der Stufen je max. 15 cm)
- Handläufe/Geländer vorhanden
- Sitzgelegenheiten in Anmelde- und Wartezonen

5. Wie hoch ist aktuell nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil von barrierefreien Apotheken?

Daten zum Anteil barrierefreier Apotheken liegen der Bundesregierung nicht vor.

6. Wie hoch ist aktuell nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil von Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringern mit einer barrierefreien Praxis (bitte nach Berufsgruppe aufschlüsseln)?

Daten zum Anteil barrierefreier Heilmittelpraxen liegen der Bundesregierung nicht vor. Im Rahmen des TSVG wurde der GKV-Spitzenverband in § 124 Absatz 2 Satz 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) ermächtigt, eine Liste über die zugelassenen Leistungserbringer mit den maßgeblichen, auf die Praxis bezogenen Daten des jeweiligen Leistungserbringers zu veröffentlichen. Dadurch soll den Versicherten eine zielgerichtete Suche nach einer geeigneten Praxis ermöglicht werden. Welche Daten in der Liste veröffentlicht werden, ist zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene in ihren Verträgen nach § 125 SGB V zu vereinbaren. Die Vertragspartner können dabei auch Daten zur Barrierefreiheit von Praxen aufnehmen. Zudem wurde den jeweiligen Vertragspartnern mit § 125 Absatz 4 SGB V vorgegeben, eine gemeinsame Empfehlung zur Ausgestaltung einer barrierefreien Praxis abzugeben. Die Verhandlungen über die Verträge nach § 125 SGB V sind derzeit im Gange.

7. Wie hoch ist aktuell nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil von Plankrankenhäusern, die vollumfänglich barrierefrei sind?

Barrierefreiheit in Krankenhäusern ist eine wesentliche Voraussetzung für eine angemessene stationäre Behandlung behinderter Menschen. Die Herstellung der Barrierefreiheit ist eine Frage der Krankenhausorganisation, für die in Deutschland die Länder zuständig sind. Entsprechend verpflichten die Krankenhausgesetze mehrerer Länder die Krankenhäuser ausdrücklich, die besonderen Belange behinderter Patientinnen und Patienten mit ihrem besonderen Bedürfnis nach Fortführung eines selbstbestimmten Lebens zu berücksichtigen und entsprechende Behandlungskonzepte zu erarbeiten. Für Investitionen in Barrierefreiheit können die Krankenhäuser Investitionsfördermittel der Länder erhalten. Aus Mitteln des Krankenhauszukunftsfonds können nach dem Inkrafttreten des Krankenhauszukunftsgesetzes auch Vorhaben zur Anpassung der Notaufnahmen von Krankenhäusern an den Stand der Technik gefördert werden, wozu auch die Herstellung von Barrierefreiheit gehört. Gesonderte Informationen über den Anteil vollumfänglich barrierefreier Plankrankenhäuser liegen der Bundesregierung nicht vor.

8. Hat die Bundesregierung bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung darauf hingewirkt, dass die Informationen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Barrierefreiheit von Arztpraxen in einheitlicher Form veröffentlicht werden und hierbei auch die Zugänglichkeit und Verständlichkeit der Informationen sichergestellt ist?

Wenn nein, auf welche Weise wird die Bundesregierung sicherstellen, dass diese Informationen zumindest künftig einheitlich, verständlich und leicht zugänglich sind?

Nach § 75 Absatz 1a Satz 2 SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich auch über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit) zu informieren. Nähere Regelungen zur konkreten Umsetzung dieser Regelung enthält das Gesetz nicht. Auch eine die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) verpflichtende gesetzliche Vorgabe, eine Richtlinie aufzustellen, besteht nicht. Es ist also Aufgabe der KVen, die bundesweit einheitliche Information über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung sicherzustellen.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat sich gleichwohl bereits im November des vergangenen Jahres an die KBV gewandt und um Stellungnahme zum Stand der Umsetzung der gesetzlichen Verpflichtung durch die KVen gebeten. Die KBV hat daraufhin mitgeteilt, dass sie gemeinsam mit den KVen noch im Jahr 2019 Hinweise und weitergehende Informationen zur bundeseinheitlichen Veröffentlichung von Informationen zur Barrierefreiheit von Arztpraxen erarbeitet hat. Auf der Grundlage dieser Hinweise wurde Anlage 37 des Schlüsselverzeichnisses zum Bundesarztregister-Datensatz entsprechend zum 1. Januar 2020 angepasst.

Nach Mitteilung der KBV werden die Landesarztregister der KVen um Merkmale der Barrierefreiheit ergänzt. Dieser Prozess ist noch nicht flächendeckend abgeschlossen. Das Bundesarztregister, in dem alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verzeichnet sind, sieht Datenfelder für den Eintrag entsprechender Merkmale vor, die als entsprechende Vorlage dienen. Für Neuzulassungen werden diese Informationen in der Regel mit der Niederlassung erhoben. Für Bestandspraxen gehen die KVen dazu über, in online-Arztportalen diese Information zu erheben und dann in das Landesarztregister aufzunehmen.

9. Trifft es zu, dass die Kennzeichnung als barrierefrei bislang auf Selbsteinschätzungen der jeweiligen Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber beruht?
10. Wird die Bundesregierung eine gesetzliche Regelung auf den Weg bringen, um eine regelmäßige Überprüfung der Barrierefreiheit von Leistungserbringern durch unabhängige und hierzu qualifizierte Stellen vorzuschreiben?  
Wenn nein, warum nicht?  
Wenn ja, wann?

Die Fragen 9 und 10 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Wie § 4 BGG zeigt, umfasst der Begriff der Barrierefreiheit eine Fülle verschiedener Aspekte, die unter einem einzigen „Siegel“ kaum zu erfassen sind. Daher gibt es keine allumfassende „Kennzeichnung“. Vielmehr geben die Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber in der Regel an, welche Kriterien der Barrierefreiheit für ihre Einrichtungen erfüllt sind. Es liegt im Interesse der Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber, gegenüber ihren Patientinnen und Patienten wahrheitsgemäße Angaben zu machen. Eine wie auch immer geartete gesetzlich angeordnete „regelmäßige Überprüfung“ der Barrierefreiheit von Leistungserbringern hält die Bundesregierung angesichts des dynamischen Prozesses weder für praktikabel noch für mit angemessenem bürokratischem Aufwand umsetzbar.

11. Wird die Bundesregierung eine rechtliche Regelung auf den Weg bringen, um die Berücksichtigung des Kriteriums der Barrierefreiheit von Praxen im Rahmen des vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Zulassungsverfahrens sicherzustellen, und wenn ja, welche verschiedenen Kriterien der Barrierefreiheit werden darin beachtet?
12. Strebt die Bundesregierung eine rechtliche Regelung an, um die Barrierefreiheit auch in Bestandspraxen sicherzustellen, in denen aktuell keine baurechtlichen Genehmigungen notwendig sind?

Die Fragen 11 und 12 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung erfolgt durch die jeweiligen Zulassungsausschüsse, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen für den Bezirk jeder KV/KZV oder für Teile dieses Bezirks errichtet werden. Die Zulassungsentscheidungen erfolgen auf der Grundlage von Bedarfsplänen, die von den KVen/KZVen im Einvernehmen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach Maßgabe der vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Bedarfsplanungs-Richtlinie auf Landesebene aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen sind. Der Bedarfsplan ist der Landesaufsichtsbehörde vorzulegen, die ihn innerhalb einer Frist von zwei Monaten beanstanden kann.

Die Barrierefreiheit in Arztpraxen ist bereits an diversen Stellen in der Bedarfsplanung verankert. Insoweit wird auf die Antwort zu Frage 12 der in der Vorbemerkung der Fragesteller erwähnten Kleinen Anfrage Bezug genommen. Bei der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen in Planungsbereichen, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, hat der Zulassungsausschuss zudem nach § 103 Absatz 5 Satz 5 Nummer 8 SGB V die Belange von Menschen mit

Behinderungen beim Zugang zur Versorgung zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund ist derzeit nicht beabsichtigt, zusätzliche rechtliche Regelungen zur Berücksichtigung des Kriteriums der Barrierefreiheit von Praxen im Rahmen des vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Zulassungsverfahrens vorzusehen.

13. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung zur Förderung von barrierefreier Kommunikation in Gesundheitseinrichtungen ergriffen?

Soweit es sich bei einer Gesundheitseinrichtung um eine öffentliche Stelle des Bundes handelt, gelten die Vorgaben nach § 12 ff des Behindertengleichstellungsgesetzes (BGG) und der Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung (BITV 2.0) zur Barrierefreiheit von Websites und mobilen Apps. Hierunter fällt auch, dass die öffentlichen Stellen eine Erklärung zur Barrierefreiheit auf ihrer Website veröffentlichen und dabei für die Bürgerinnen und Bürger die Möglichkeit zur barrierefreien Kontaktaufnahme (feed-back) anbieten muss.

14. In welchem Umfang ist nach Kenntnis der Bundesregierung die Vermittlung von Fähigkeiten zur barrierefreien Kommunikation derzeit in der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen verpflichtend verankert?

Die Vermittlung von Fähigkeiten zur barrierefreien Kommunikation ist in den Berufsgesetzen und -verordnungen, die die Ausbildung der Gesundheitsberufe regeln, verankert.

So ist nach der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) Ziel der ärztlichen Ausbildung der wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufs, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist. Die ärztliche Ausbildung soll grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern vermitteln, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind. Dies umfasst auch die Fähigkeit zur auf den jeweiligen Patienten oder auf die jeweilige Patientin ausgerichteten Kommunikation. Die konkrete Ausgestaltung der ärztlichen Ausbildung obliegt den Universitäten. Mit dem Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM), der im Rahmen der geltenden Approbationsordnung fakultativ für die Fakultäten ist, steht den Universitäten für die Ausgestaltung der ärztlichen Ausbildung ein Mustercurriculum zu Verfügung. Der NKLM enthält mit Kapitel 14c ein eigenes Kapitel zur ärztlichen Gesprächsführung, in dem die Vermittlung der für den Umgang mit den unterschiedlichsten Gesprächssituationen erforderlichen Kompetenzen als Lernziele beschrieben sind. Als Beispiele für die Vermittlung von Fähigkeiten zur barrierefreien Kommunikation sind die Wahrnehmung, das Einnehmen und Respektieren der Patientenperspektive (Ziffer 14c.2.1.3), das Anpassen an das Sprachverständnis von Patientinnen und Patienten (Ziffer 14c.5.1.1) oder der den besonderen Anforderungen entsprechende Umgang mit Patientinnen und Patienten, deren Wahrnehmungs- und Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt oder gestört ist, (Ziffer 14c.5.4), zu nennen. Mit dem von den Gesundheits- und Wissenschaftsministerinnen und -ministern von Bund und Ländern beschlossenen „Masterplan Medizinstudium 2020“ wurde vereinbart, dass der NKLM weiterentwickelt und der weiterentwickelte NKLM verbindlicher Bestandteil der ÄApprO wird (Maßnahmen 1 und 4 des Masterplan Medizinstudium 2020). Damit sollen auch die Lernziele des NKLM zum Thema barrierefreie Kommunikation künftig verbindliche Bestandteile des Medizinstudiums werden.

Bei der Ausbildung in den nichtärztlichen Heilberufen sehen beispielsweise das Hebammengesetz und die Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen sowie das Pflegeberufegesetz und die Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vor, dass im Rahmen des Studiums bzw. der Ausbildung die erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen vermittelt werden, die für die selbständige und umfassende Tätigkeit des Berufes erforderlich sind. Hierzu gehört auch die Beachtung der besonderen Belange von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen sowie die personen- und situationsorientierte Kommunikation. Die nähere Ausgestaltung des Hebammenstudiums erfolgt durch die Hochschulen. Die nähere Ausgestaltung der Ausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann erfolgt durch die Pflegeschulen. Diese können bei der Entwicklung der schulinternen Curricula auf die Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 des Pflegeberufegesetzes zurückgreifen. Diese sehen das Erkennen und den Abbau von Kommunikationsbarrieren durch den Einsatz unterstützender und kompensierender Maßnahmen im Rahmen verschiedener Kontexte ausdrücklich vor, insbesondere bei gesundheits-, alters- oder kulturbedingten Kommunikationsbarrieren.

Die Zuständigkeit für die Weiterbildung in den Gesundheitsberufen liegt bei den Ländern beziehungsweise bei den Landesärzte- und – soweit eingerichtet – den Landespflegekammern.

15. Wie positioniert sich die Bundesregierung zu der Forderung der Beauftragten von Bund und Ländern für Menschen mit Behinderung nach einer gesetzlichen Regelung, nach der barrierefreie vertragsärztliche Leistungserbringer einen Vergütungszuschlag und solche ohne Barrierefreiheit einen Abschlag erhalten ([https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2020/PM13\\_Barrierefreie%20Arztpraxen.html](https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2020/PM13_Barrierefreie%20Arztpraxen.html))?
16. Sieht die Bundesregierung es als erforderlich an, neben den notwendigen Investitionen für bauliche Veränderung durch eine Anpassung der Vergütungsstrukturen ebenfalls einem evtl. höheren Zeitbedarf in der Behandlung im Einzelfall Rechnung zu tragen?

Die Fragen 15 und 16 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die vertragsärztliche Vergütung wird durch den Bewertungsausschuss, bestehend aus der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV), festgelegt. Der Bewertungsausschuss bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander in eigener Verantwortung. Bei der Abbildung der ärztlichen Leistungen in Pauschalen, Einzelleistungen oder Leistungskomplexen sind die Zeitbedarfe für die jeweilige Behandlung der Versicherten kalkulatorisch berücksichtigt. Der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) ist in bestimmten Zeitabständen zu überprüfen.

Darüber hinaus eröffnen bereits heute die bestehenden gesetzlichen Regelungen der regionalen Selbstverwaltung, bestehend aus Kassenärztlichen Vereinigungen und Landesverbänden der Krankenkassen sowie Ersatzkassen, angemessene Zuschläge zur Vergütung nach § 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V sowie nach § 105 Absatz 1a Satz 3 Nummer 2 SGB V zur Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung in besonders förderungswürdigen Leistungsbereichen zu zahlen.

17. Welche öffentlich finanzierten Investitionsprogramme zur Verbesserung der Barrierefreiheit in Krankenhäusern existieren nach Kenntnis der Bundesregierung?

Es wird auf die Beantwortung der Frage 7 verwiesen.

18. Wie viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bieten nach Kenntnis der Bundesregierung auch Therapien für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen an, und was macht die Bundesregierung, um den Zugang für diese Personengruppe zu Psychotherapien zu fördern?

Die Gruppe von „Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen“ ist sehr heterogen, da es sich hierbei nicht um abgrenzbare Diagnosen handelt, sondern vielmehr um ein Symptom, welches im Rahmen diverser Störungen beobachtbar ist. Insoweit sind alle Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der Behandlung Betroffener vertraut und mit dieser Fragestellung befasst. Im engeren Sinne können als ein Teilbereich von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen Menschen mit einer Intelligenzminderung (F7\*, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, ICD) verstanden werden. Auch ihnen steht das psychotherapeutische Angebot uneingeschränkt zur Verfügung. Im vergangenen Jahr haben mindestens 14 549 Therapeutinnen und Therapeuten Personen behandelt, bei denen eine sogenannte F7-Diagnose (ICD) (zusätzlich) kodiert wurde. Da eine F7-Diagnose allein keine Psychotherapieindikation (§ 27 Psychotherapie-Richtlinie) darstellt, ist sie allerdings nicht zwingend zu dokumentieren. Bei der Interpretation der Leistungsdaten muss daher davon ausgegangen werden, dass die vorliegenden Zahlen die tatsächliche Anzahl von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in psychotherapeutischer Behandlung unterschätzen. Zur Förderung des Zugangs für diese Personengruppe zu Psychotherapien wird auf die Antwort zu Frage 19 verwiesen.

19. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung seit dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss zur Psychotherapie-Richtlinie vom 18. Oktober 2018 (zusätzliche Regelungen für Menschen mit einer geistigen Behinderung) die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Maßnahmen von kognitiv beeinträchtigten Personen entwickelt?

Zur Förderung des Zugangs von Menschen mit Intelligenzminderung (F7\*, ICD) wurden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in der Psychotherapie-Richtlinie die Stundenkontingente ausgeweitet und die Einbeziehung von Bezugspersonen erleichtert. Über den o. g. G-BA-Beschluss hinaus wurden die Bedarfe für diese Gruppe auch bei der Aktualisierung der Psychotherapie-Vereinbarung (2020, Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte, BMV-Ä) zur Ausgestaltung der Rahmenbedingungen für ambulante Psychotherapie im System der gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigt. Seit Etablierung der vorgenannten Fördermaßnahmen konnte bereits eine leichte Zunahme der Inanspruchnahme verzeichnet werden – sowohl hinsichtlich der Anzahl der psychotherapeutisch Behandelten (99.547 im Jahr 2018; 99.829 im Jahr 2019) als auch mit Blick auf die Anzahl der Therapeutinnen und Therapeuten, welche mit Menschen mit Intelligenzminderung arbeiten (14.093 in 2018; 14.549 in 2019). Da die F7-Diagnose jedoch lediglich als Nebendiagnose in diesem Bereich geführt wird, ist davon auszugehen, dass die dargestellten Leistungsdaten die tatsächliche Inanspruchnahme unterschätzen.

20. a) Wie viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bieten nach Kenntnis der Bundesregierung auch Therapien für hörbeeinträchtigte Menschen an (in deutscher Gebärdensprache, Praxis verfügt über Induktionsschleifen oder andere geeignete Kommunikationshilfen)?

Hierzu liegen der Bundesregierung bislang keine entsprechende Daten vor. Auch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung liegen hierzu keine Daten vor.

- b) Welche Probleme sind der Bundesregierung hierbei bekannt, und was macht die Bundesregierung, um den Zugang für diese Personengruppe zu Psychotherapien zu verbessern?

Über die Terminservicestelle werden Patientinnen und Patienten mit Hörbeeinträchtigungen ebenfalls Termine vermittelt. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurden bislang keine systematisch auftretenden Probleme mitgeteilt. Insoweit sind auch der Bundesregierung keine Probleme beim Zugang zu Psychotherapie seitens der betroffenen Personengruppe bekannt.

21. Wie weit fortgeschritten ist nach Kenntnis der Bundesregierung die im Rahmen der Weiterentwicklung des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) angekündigte Prüfung der Verpflichtung von privaten Anbietern, die Dienstleistungen für die Allgemeinheit erbringen, zur Erbringung angemessener Vorkehrungen, und welche Erkenntnisse den Gesundheitssektor betreffend liegen der Bundesregierung mittlerweile vor (s. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, S. 94 )?

Die Prüfung innerhalb der Bundesregierung ist noch nicht abgeschlossen.

22. Mit welchen Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung sehen sich nach Kenntnis der Bundesregierung besonders behinderte Frauen konfrontiert, und welche Konsequenzen hat die Bundesregierung aus dem Kommentar des wissenschaftlichen Beirats im Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen 2016 gezogen (Bundestagsdrucksache 1810940, S. 250 ff)?

Eine gute medizinische Versorgung für alle Menschen – mit und ohne Behinderung – ist nicht erst seit der UN-Behindertenrechtskonvention elementar in der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung. Allerdings ist einzuräumen, dass der Zugang zu Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, und im speziellen der gynäkologischen Versorgung, erschwert ist, weil nicht alle Arztpraxen barrierefrei ausgestaltet sind. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde indes die Möglichkeit eröffnet, medizinische Behandlungszentren für Menschen mit Behinderungen zu gründen. Solche barrierefrei ausgestalteten Kompetenzzentren können helfen, die medizinische Versorgung weiter zu verbessern.

Darüber hinaus hat die Bundesregierung eine Studie zur Evaluation von Spezialambulanzen und Sprechstundenangeboten zur gynäkologischen und geburts-hilflichen Versorgung von Frauen mit Behinderung gefördert. Die Ergebnisse der Studie, die auch Aussagen zu Zugangsbarrieren in der gynäkologischen Versorgung beinhalten, stehen unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Praevention/Berichte/Abschlussbericht\\_E-GYN-FMB.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/Abschlussbericht_E-GYN-FMB.pdf) zur Verfügung.

Die in der Studie entwickelten Handlungsempfehlungen werden geprüft.

23. Was hat die Bundesregierung seit den abschließenden Bemerkungen des UN-Ausschusses (UN = Vereinte Nationen) für die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 17. April 2015 unternommen, um die Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden und Geflüchteten mit Behinderungen zu verbessern, über die sich der Ausschuss besorgt zeigte?

Die Gesundheitsversorgung von Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) – einschließlich Leistungsberechtigter mit Behinderungen – richtet sich regelmäßig für die ersten 18 Monate des Aufenthalts im Bundesgebiet (sog. Grundleistungsbezug) nach den §§ 4 und 6 AsylbLG.

Während § 4 AsylbLG einen Anspruch der Leistungsberechtigten auf medizinische Versorgung in Fällen akuter Erkrankungen und Schmerzzustände gewährleistet, können über § 6 AsylbLG weitere Leistungen gewährt werden, sofern diese im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich sind. Hierunter können insbesondere auch besondere Leistungen für Menschen mit Behinderungen fallen, sodass ein Eingehen auf den individuellen Bedarf im Einzelfall gewährleistet ist.

Mit Ablauf eines Aufenthaltszeitraums von 18 Monaten im Bundesgebiet finden gem. § 2 Absatz 1 AsylbLG hinsichtlich des Leistungsumfangs regelmäßig die Vorschriften des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) entsprechende Anwendung (sog. Analogleistungsbezug). Dies bedeutet im Wesentlichen die Gewährung eines Leistungsumfangs, der dem der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht.

Mit Anerkennung eines Schutzstatus richtet sich die medizinische Versorgung nach den Vorschriften des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II) bzw. des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII). Leistungsberechtigte nach dem SGB II sind dabei grundsätzlich als Pflichtversicherte in den Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen (vgl. § 5 Absatz 1 Nummer 2a SGB V).

Der oben dargestellte Leistungsumfang stellt damit auch weiterhin eine ausreichende Versorgung sicher.

24. Was plant die Bundesregierung, damit Menschen, die im alltäglichen Leben auf Assistenz im Sinne von § 78 SGB IX angewiesen sind, die über die übliche Krankenpflege hinausgeht, diese Assistenz auch im Krankenhaus erhalten?

Anlässlich der an die Bundesregierung herangetragenen Problemanzeigen zu dem übergreifenden Thema „Assistenz im Krankenhaus“ hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales einen Beteiligungsprozess initiiert, um konkrete Fallkonstellationen und Fragestellungen zu diesem Thema mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen und den relevanten Akteuren aus dem Bereich der Eingliederungshilfe und dem Gesundheitsbereich zu erörtern.