

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

#### **auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/6779 –**

### **Menschen mit Behinderungen im deutschen Gesundheitssystem**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Im Koalitionsvertrag 2021 – 2025 „Mehr Fortschritt wagen“ zwischen der SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der FDP heißt es zum Thema Gesundheitswesen auf S. 78 unter der Überschrift „Inklusion“ (auszugsweise): „Wir wollen, dass Deutschland in allen Bereichen des öffentlichen und privaten Lebens, vor allem aber bei der Mobilität (...), beim Wohnen, in der Gesundheit und im digitalen Bereich, barrierefrei wird.“

Im Teil zur ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung heißt es auf S. 85 (auszugsweise): „Für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen erarbeiten wir mit den Beteiligten bis Ende 2022 einen Aktionsplan, stärken die Versorgung schwerstbehinderter Kinder und entlasten ihre Familien von Bürokratie.“

In § 17 Absatz 1 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) steht: „Die Leistungsträger sind verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass (...) Sozialleistungen in barrierefreien Räumen und Anlagen ausgeführt werden.“ Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, Jürgen Dusel, stellt auf seiner Internetseite dazu fest: „Diese Regelung ist bereits 16 Jahre alt. Umso erstaunlicher ist es, dass sie noch nicht flächendeckend zu barrierefreien Praxen geführt hat. Im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) heißt es dazu in § 2a, dass den besonderen Belangen von Menschen mit Behinderung Rechnung zu tragen ist.“

Der Mangel insbesondere an barrierefreien gynäkologischen Praxen ist nach Ansicht der Fragesteller schon lange bekannt. Behinderte Mädchen und Frauen haben somit immer noch keine freie Wahl ihres Frauenarztes. Viele verzichten ganz auf gynäkologische Untersuchungen. Eine barrierefreie gynäkologische Praxis muss nicht nur barrierefrei zugänglich sein, sondern auch über barrierefrei nutzbares Untersuchungsmobiliar verfügen. Tatsächlich sind die Untersuchungsstühle in den meisten Praxen immer noch so hoch, dass gelähmte Frauen von mehreren Hilfspersonen über die Beinlagerungssysteme hinweg auf den Untersuchungsstuhl gehoben werden müssen, obwohl barrierearme Stühle angeboten werden (z. B. [www.medicaexpo.de/prod/schmitz-u-soehne-gmbh-co-kg/product-69936-929327.html](http://www.medicaexpo.de/prod/schmitz-u-soehne-gmbh-co-kg/product-69936-929327.html)). Des Weiteren sind barrierefreie Sanitäreinrichtungen und Umkleidemöglichkeiten notwendig. Im Nationalen Aktionsplan 2.0 ([www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a750-nationaler-aktionsplan-2-0.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a750-nationaler-aktionsplan-2-0.pdf?__blob=publicationFile&v=1)), S. 71

und 97, wird eine Maßnahme ab 2016 genannt, um die gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderungen zu verbessern.

Die gleichen Mängel für beide Geschlechter zeigen sich bei urologischen Praxen. Bei Erkrankungen des Nervensystems leiden die Betroffenen in aller Regel auch an Störungen der Blasenfunktion (neurogene Blasenstörungen). Bei vielen querschnittgelähmten Menschen ist die Blase infolge der Verletzung des Rückenmarks vollständig gelähmt. Die urologischen Untersuchungsstühle haben dieselben konstruktiven Anforderungen wie die gynäkologischen Stühle. Deshalb müssen für die urologischen Praxen ebenso die oben genannten Anforderungen wie für die gynäkologischen Praxen gelten.

Die Sicherung der pflegerischen Versorgung in der eigenen Häuslichkeit ist für viele Menschen mit Behinderung durch ambulante Pflegedienste nicht mehr herzustellen. Das Persönliche Budget bietet grundsätzlich die Möglichkeit, dieses im Rahmen des Arbeitgebermodells vollständig selbstbestimmt zu organisieren. Das gilt sowohl für die Leistungen der Pflegeversicherung als auch für die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V und die außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V. Durch hohe Anforderungen der Leistungsträger in den Zielvereinbarungen und eine unzureichende finanzielle Ausstattung wird dieses in der Praxis aber häufig verhindert (vgl. <http://www.isl-ev.de/attachments/article/2657/PM%20Au%C3%9Ferklinische%20Intensivpflege%20-%20Selbstbestimmtes%20Leben%20bedroht.pdf>).

### Vorbemerkung der Bundesregierung

Es gehört zu den wesentlichen Aufgaben des Gesundheitssystems, gerade denjenigen Menschen in der Gesellschaft, die aufgrund von Behinderungen besondere Bedürfnisse und Bedarfe haben, die Gesundheitsversorgung zukommen zu lassen, die sie benötigen. Dieses Leitmotiv begleitet alle Reformen im Gesundheitswesen und findet Ausdruck in vielfältigen besonderen Regelungen. Wichtige Schritte waren hier z. B. neben der Einrichtung von medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen auch deutliche Verbesserungen in der Heil- und Hilfsmittelversorgung, z. B. die Entbürokratisierung des Genehmigungsverfahrens für langfristige Heilmittelbehandlungen und der Wegfall der Genehmigungspflicht für Heilmittelbehandlungen mit höherer Verordnungsmenge.

Ein ganz wesentliches Thema ist in diesem Zusammenhang die Barrierefreiheit von Arztpraxen. Die Informationen über die Zugangsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen zur ärztlichen Versorgung auch im Internet haben sich deutlich verbessert. Die verpflichtenden Informationen der Kassenärztlichen Vereinigungen unter ihrem jeweiligen Internetauftritt wurden bundesweit vereinheitlicht. Zur Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren, Einrichtungen der Behindertenhilfe und medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen besteht in der Regel ein barrierefreier Zugang.

Auch in der Versorgung gibt es viele spezielle Regelungen, die den Belangen von Menschen mit Behinderungen Rechnung tragen, so z. B. besondere Regelungen in der Psychotherapie-Richtlinie, der Richtlinie über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen und in der Rehabilitations-Richtlinie. Wichtige Weichen haben auch die Regelungen zur Förderung der Versorgung im Wege der Videosprechstunde gestellt. Hier wurden bspw. die Behandlungsmöglichkeiten der Versicherten und die Vergütung der ärztlichen Leistungen ausgeweitet. Und der Zugang zu Videosprechstunden ist durch eine telefonische oder internetbasierte Terminvermittlung erleichtert worden. Im Heilmittelbereich wurden die Sonderregelungen während der Corona-Pandemie in die Regelversorgung überführt. So können Heilmittelbehandlungen wie z. B. Physiotherapie, Ergothera-

pie und Logopädie unterstützend auch per Video oder – z. B. die Ernährungstherapie – auch telefonisch erbracht werden.

Es bedarf weiterer Anstrengung aller im Gesundheitswesen, um gerade in den Bereichen „Barrierefreiheit“, aber auch im Hinblick auf Inklusion und Diversität weitere Fortschritte zu erzielen. Deshalb haben sich die Regierungsparteien in ihrem Koalitionsvertrag darauf verständigt, gemeinsam mit allen Beteiligten einen Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen zu erarbeiten. Dieser wird derzeit organisatorisch und inhaltlich vorbereitet. Gleichzeitig ist es eine prioritäre Aufgabe, die Sozialsysteme – gesetzliche Krankenversicherung und soziale Pflegeversicherung – zukunftsfest zu machen. Die erforderlichen Reformen kommen insbesondere denjenigen zugute, die besondere medizinische und pflegerische Bedarfe haben.

1. Welche Abteilungen welcher Bundesministerien sind für die Erarbeitung des Aktionsplanes für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen zuständig?
2. Wie sieht der Zeitplan zur Erarbeitung des genannten Aktionsplanes aus, dessen Fertigstellung im Koalitionsvertrag für Ende 2022 angekündigt war?

Die Fragen 1 und 2 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Innerhalb der Bundesregierung ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) federführend für die Erarbeitung des Aktionsplans für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen. Die Beteiligung weiterer Ressorts, insbesondere des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) und des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, sowie weiterer inhaltlich betroffener Ressorts wird im laufenden Prozess erfolgen. Um den Beteiligungsprozess an der Erarbeitung des Aktionsplans einzuleiten, plant das BMG eine Auftaktveranstaltung, die gleichzeitig der Etablierung von Arbeitskreisen zu Themenschwerpunkten dienen wird. Dies wird derzeit vorbereitet.

3. Was genau versteht die Bundesregierung unter den Begriffen „Beteiligte“ und „zivilgesellschaftliche Akteure“ bei der Erarbeitung des Aktionsplanes (siehe Antwort der Bundesregierung auf die Schriftliche Frage 91 auf Bundestagsdrucksache 20/4776; bitte spezifizieren mit Nennung der vorgesehenen Personen und/oder Organisationen)?
4. Mit welchen konkreten Maßnahmen stellt die Bundesregierung eine umfassende Partizipation in der Erarbeitung des Aktionsplanes bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Barrierefreiheit sicher?

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

Das BMG wird das konkrete Verfahren der Beteiligung und Partizipation der Vielzahl von Organisationen und Verbänden im Gesundheitswesen in enger Abstimmung unter anderem mit dem BMAS, dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen sowie den maßgeblichen Interessensvertretungen der Bereiche Inklusion und Diversität konkretisieren und im Rahmen der geplanten Auftaktveranstaltung vorstellen.

5. Welche konkreten Maßnahmen der Leistungsträger zur Erfüllung der Hinwirkungspflicht aus § 17 Absatz 1 SGB I sind der Bundesregierung bekannt (bitte detailliert je Leistungsträger auflisten)?
6. Mit welchen konkreten Maßnahmen will die Bundesregierung die Leistungsträger dazu bewegen, die Hinwirkungspflicht aus § 17 Absatz 1 SGB I proaktiv auszugestalten?

Die Fragen 5 und 6 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die sogenannte Hinwirkungspflicht des § 17 Absatz 1 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) ist klar formuliert. Sie richtet sich an alle Leistungsträger sozialer Leistungen des Sozialstaates. Diese sind in den §§ 18 bis 29 SGB I konkretisiert. Demnach sind alle Körperschaften, Anstalten und Behörden im Sozialbereich gehalten, geltendes Recht zu beachten und umzusetzen. Eine Übersicht über konkrete Maßnahmen der Vielzahl von Leistungsträgern zur Erfüllung des § 17 Absatz 1 SGB I liegt der Bundesregierung nicht vor.

7. Hat die Bundesregierung in Erwägung gezogen, im Rahmen der Aktivitäten zur Barrierefreiheit von Unternehmen die Barrierefreiheit von Arztpraxen zum Förderkriterium und zur Förderbedingung im Rahmen der Vergabe von Mitteln aus dem Strukturfonds (§ 105 SGB V) zu machen, und wenn nein, aus welchen Gründen hat sich die Bundesregierung gegen diesen Lösungsansatz entschieden?

Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu bildenden Strukturfonds können unter Abwägung der Dringlichkeit der jeweiligen Sicherstellungszwecke auch Mittel für Maßnahmen zur Förderung barrierefreier Praxen einsetzen, wie zum Beispiel als Zuschläge zu den Investitionskosten oder zur Vergütung. Auch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen können zur Finanzierung entsprechender Maßnahmen einen Strukturfonds bilden. Darüber hinaus prüft die Bundesregierung im Rahmen der Umsetzung eines Aktionsplans für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen, welche Maßnahmen geeignet sind, den Anteil barrierefreier Praxen zu erhöhen.

8. Mit welchen konkreten Maßnahmen wird die Bundesregierung im Hinblick auf die fortschreitende Digitalisierung des Gesundheitswesens, beispielsweise im Bereich der elektronischen Kommunikation, der elektronischen Patientenakte und der Telemedizin, insbesondere im ländlichen Raum, Barrierefreiheit für Leistungsempfänger und Leistungserbringer mit Behinderungen durchgängig und nachhaltig sicherstellen?

Das BMG hat gemeinsam mit einer Vielzahl relevanter Akteure die erste umfassende Digitalisierungsstrategie für das deutsche Gesundheitswesen und die Pflege erarbeitet und im März 2023 öffentlich vorgestellt. Die Strategie gibt der digitalen Transformation in diesem Bereich eine klare Richtung und ein Zielbild, indem transparent übergreifende und konkrete Ziele und Maßnahmen formuliert werden. Sie verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz, der sich am Menschen orientiert. Das bedeutet konkret, dass mit ihr ein Beitrag zur Überwindung der Sektorengrenzen geleistet und dabei die Bedarfe der Versorgenden und der Versorgten konsequent in den Mittelpunkt gerückt wird. Dazu gehört ausdrücklich auch das Thema Barrierefreiheit. Die Strategie stellt die Vision eines gesünderen und längeren Lebens der Menschen in den Blick. Zudem spielt die Stärkung von digitalen Gesundheitskompetenzen eine zentrale Rolle. Diese wird als Voraussetzung angesehen, dass Menschen als souveräne Akteure

in einer digital unterstützten Versorgungslandschaft selbstbestimmt agieren können. Dazu zählt u. a. die Möglichkeit für jede und jeden, „souverän und barrierefrei über die Nutzung der eigenen Behandlungs-, Gesundheits- und Pflegedaten zu entscheiden“ (Digitalisierungsstrategie, S. 24).

Bei der Festlegung von technischen Vorgaben für digitale Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) durch die Gesellschaft für Telematik (gematik GmbH) ist die Berücksichtigung der Barrierefreiheit gesetzlich vorgegeben und ein fester Bestandteil der technischen Spezifikationen.

Genauso haben auch weitere digitale Anwendungen des Gesundheitswesens und der Gesundheitsforschung, soweit diese die TI nutzen und sofern deren Anwendung durch Versicherte vorgesehen ist, die Barrierefreiheit sicherzustellen.

Insbesondere die im Koalitionsvertrag vorgegebene Transformation der elektronischen Patientenakte (ePA) zu einer widerspruchsbasierten ePA für alle hat unter anderem auch das Ziel, dass alle Versicherten an den Vorzügen der Digitalisierung der Gesundheitsversorgung teilhaben können. So sollen auch Versicherte, die die ePA nicht selbst, beispielsweise mit der entsprechenden ePA-App auf dem Mobiltelefon, verwalten können oder wollen und hierzu auch keinen Vertreter einrichten, künftig dennoch von den Mehrwerten der ePA zur Steigerung ihrer Behandlungsqualität profitieren können. Entsprechende Regelungen sollen mit einem geplanten Digitalgesetz umgesetzt werden.

9. Wie sind die Ergebnisse der Maßnahmen zur gynäkologischen Versorgung von Frauen mit Behinderungen aus dem Nationalen Aktionsplan (NAP) 2.0, und wie viele barrierefreie gynäkologische Praxen gibt es inzwischen bundesweit (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Die Bundesregierung ist regelmäßig im Austausch mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit dem Ziel, auf eine Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Behinderungen hinzuwirken.

Die Anzahl der barrierefreien gynäkologischen Vertragsarztpraxen ergibt sich aus der nachfolgenden Tabelle der KBV. Erläuternd zu der Tabelle weist die KBV auf folgendes hin: Das von der KBV geführte Bundesarztregister ist die Datenquelle zur Erhebung von Barrierefreiheit auf der Bundesebene. Die Erhebung von Angaben zur Barrierefreiheit im Bundesarztregister wird in Übereinstimmung mit den Regelungen der KBV-Richtlinie zur Erhebung von Barrierefreiheit nach § 75 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) fortlaufend verbessert, die Angaben sind jedoch noch nicht für jede Vertragsarztpraxis vorhanden. Der Stand der Datenerhebung unterscheidet sich dabei zwischen den Bezirken der KVen, die aufgeführten Angaben basieren auf der Auswertung der vorhandenen Daten. Unterschiede zwischen den KVen sind daher nicht zwingend auf die reale Ausstattungslage zurückzuführen, sondern können unterschiedlichen Datenlagen geschuldet sein. Die Angaben basieren auf Selbstauskünften der Ärztinnen und Ärzte. Barrierefreiheit ist bei der Betrachtung von Einrichtungen dabei nicht als dichotome Eigenschaft zu verstehen, die entweder vorhanden oder nicht vorhanden ist. Die Barrierefreiheit einer Praxis unterscheidet sich nach Betroffenengruppen und Art der Beeinträchtigung erheblich. Um alle Betroffenengruppen und Aspekte von Barrierefreiheit zu berücksichtigen, werden daher die gynäkologischen Praxen ausgewiesen, für die im Bundesarztregister mindestens ein Merkmal von Barrierefreiheit nach der Anlage 1 der Richtlinie der KBV zur Erhebung von Barrierefreiheit hinterlegt ist.

KV-Bereich	Anzahl gynäkologische Praxen	Davon: Praxen mit min. 1 Merkmal von Barrierefreiheit	
	Anzahl	Anzahl	Prozent
Schleswig-Holstein	340	123	36 %
Hamburg	275	68	25 %
Bremen*	-	-	-
Niedersachsen	886	285	32 %
Westfalen-Lippe	887	193	22 %
Nordrhein	1388	589	42 %
Hessen*	-	-	-
Rheinland-Pfalz	454	223	49 %
Baden-Württemberg	1253	490	39 %
Bayerns	1521	410	27 %
Berlin	586	238	41 %
Saarland	99	38	38 %
Mecklenburg-Vorpommern*	-	-	-
Brandenburg	265	164	62 %
Sachsen-Anhalt	282	118	42 %
Thüringen	281	111	40 %
Sachsen	564	336	60 %
<b>Gesamtes Bundesgebiet</b>	<b>9081</b>	<b>3386</b>	<b>37 %</b>

\* Für drei KV-Bereiche lagen zum Erhebungszeitpunkt keine validen Daten auf Bundesebene vor.

Quelle: Bundesarztregister, Stand: 31. März 2023. Praxen definiert als Betriebsstätten mit mindestens einer aktiven Gynäkologin bzw. einem aktiven Gynäkologen.

10. Erachtet die Bundesregierung die Versorgung mit barrierefreien gynäkologischen Praxen für ausreichend, und wenn nein, was plant sie zur Behebung des Mangels zu unternehmen?

Nach Mitteilung der KBV werden insbesondere für Patientinnen mit körperlichen Beeinträchtigungen Zugangsprobleme berichtet, da hierfür der Standard-Untersuchungsstuhl nicht hinreichend modifizierbar ist. Im Rahmen der regelmäßigen Austausch zwischen KBV und KVen wurde nach Mitteilung der KBV auch die Bedeutung von barrierefreien gynäkologischen Praxen diskutiert. Beispielhaft für Initiativen der KVen steht die gynäkologische Praxis für mobilitätseingeschränkte Frauen und Mädchen in Bremen (<https://patienten.kv-hb.de/arztsuche/barrierefreie-gynaekologische-praxis>). Zudem wird auf die Antwort zu Frage 11 verwiesen.

11. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um bei gynäkologischen Praxen die Barrierefreiheit sicherzustellen?

Im Rahmen der Erarbeitung des Aktionsplans für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen wird die Frage, wie die Barrierefreiheit von Arztpraxen über die bereits bestehenden Möglichkeiten hinaus weiter gefördert werden kann, ein wichtiger Bestandteil sein.

12. Wie viele barrierefreie urologische Praxen gibt es inzwischen bundesweit (bitte nach Bundesländern aufgeschlüsselt auflisten)?

Die Anzahl der barrierefreien urologischen Vertragsarztpraxen ergibt sich aus der nachfolgenden Tabelle der KBV. Erläuternd zu der Tabelle wird auf die Antwort zu Frage 9 (Erläuterung der KBV zu der Tabelle) verwiesen.

KV-Bereich	Anzahl urologische Praxen	Davon: Praxen mit min. 1 Merkmal von Barrierefreiheit	
	Anzahl	Anzahl	Prozent
Schleswig-Holstein	124	36	29 %
Hamburg	77	22	29 %
Bremen*	-	-	-
Niedersachsen	285	74	26 %
Westfalen-Lippe	245	54	22 %
Nordrhein	466	151	32 %
Hessen*	-	-	-
Rheinland-Pfalz	147	69	47 %
Baden-Württemberg	320	163	51 %
Bayerns	411	146	36 %
Berlin	300	76	25 %
Saarland	36	10	28 %
Mecklenburg-Vorpommern*	-	-	-
Brandenburg	93	68	73 %
Sachsen-Anhalt	93	45	48 %
Thüringen	132	63	48 %
Sachsen	164	112	68 %
<b>Gesamtes Bundesgebiet</b>	<b>2893</b>	<b>1089</b>	<b>38 %</b>

\* Für drei KV-Bereiche lagen zum Erhebungszeitpunkt keine validen Daten auf Bundesebene vor.

Quelle: Bundesarztregister, Stand: 31. März 2023. Praxen definiert als Betriebsstätten mit mindestens einer aktiven Urologin bzw. einem aktiven Urologen.

13. Erachtet die Bundesregierung die Versorgung mit barrierefreien urologischen Praxen für ausreichend, und wenn nein, was plant sie zur Behebung des Mangels zu unternehmen?

Nach Mitteilung der KBV werden insbesondere für Patientinnen und Patienten mit körperlichen Beeinträchtigungen Zugangsprobleme berichtet, da hierfür der Standard-Untersuchungsstuhl nicht hinreichend modifizierbar ist. Zudem wird auf die Antwort zu Frage 11 verwiesen.

14. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um bei urologischen Praxen die Barrierefreiheit sicherzustellen?

Es wird auf die Antwort zu Frage 11 verwiesen.

15. Plant die Bundesregierung die Auflage eines Förderprogramms etwa aus KfW (Kreditanstalt für Wiederaufbau)-Mitteln zur Unterstützung der Schaffung von barrierefreien Arztpraxen und anderer medizinischer Einrichtungen, und wenn ja, in welcher Höhe, und wenn nein, warum nicht?

Ein neues Förderprogramm zur Unterstützung der Schaffung von barrierefreien Arztpraxen und anderer medizinischer Einrichtungen z. B. aus KfW-Mitteln ist derzeit nicht geplant und wird als nicht erforderlich erachtet. Die KfW weist ihre Finanzierungspartner oder anfragende Unternehmen regelmäßig darauf hin, dass aufgrund des breiten Förderansatzes der KfW-/ERP-Förderkredite auch Investitionen in die Barrierereduzierung förderfähig sind. Daher können bereits heute die KfW-/ERP-Förderkredite zur Finanzierung von Investitionen in die Barrierereduzierung freiberuflicher Praxen, Betriebe und Kanzleien in Anspruch genommen werden.

16. Plant die Bundesregierung Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung, um mehr Allgemein- und Facharztpraxen vom Nutzen einer Anschaffung barrierefreien Untersuchungsmobiliars zu überzeugen, und wenn ja, welche, und wenn nein, warum nicht?

Nach Mitteilung der KBV stellt sie den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten zahlreiche allgemeine Informationen wie das aktualisierte Qualitätszirkelmodul „Barrieren identifizieren – Auf dem Weg zur barrierearmen Praxis“ oder die Broschüre „Barrieren abbauen. Ideen und Vorschläge für Ihre Praxis“ zur Verfügung (<https://www.kbv.de/html/barrierefreiheit.php>). Zudem erarbeitet die KBV nach eigenen Angaben derzeit eine Online-Fortbildung (E-Learning) für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zum Thema Barrierefreiheit bzw. Barrierearmut in Arztpraxen. Ziel der Fortbildung ist es, Vertragsärztinnen und Vertragsärzte für die Umsetzung von Maßnahmen zum Abbau von Barrieren in Praxen zu sensibilisieren und zu motivieren. Auf die Bedeutung von barrierefreiem Untersuchungsmobiliar wird dabei hingewiesen. Die Fortbildung wird im KBV-Fortbildungsportal für alle Vertragsärztinnen und Vertragsärzte im Laufes des Jahres 2023 verfügbar sein. Außerdem tauscht sich die KBV mit den KVen regelmäßig über das Thema Barrierefreiheit aus.

17. Welche Schritte sind nach Kenntnis der Bundesregierung für die Weiterentwicklung der bundeseinheitlichen Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Barrierefreiheit von Arztpraxen vorgesehen, und wie sollen hier insbesondere die Bedarfe von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen Berücksichtigung finden?

Wie werden die Organisationen von Menschen mit Behinderungen an diesem Prozess beteiligt?

Die KBV steht nach eigenen Angaben im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie nach § 75 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3a SGB V im stetigen Austausch mit der Bundesfachstelle Barrierefreiheit und den maßgeblichen Interessenvertretungen von Patientinnen und Patienten nach § 140f SGB V. So hat die KBV mit dem Deutsche Behindertenrat und seinen Mitgliedern u. a. der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe, dem Sozialverband VdK Deutschland, dem Weibernetz e. V., der Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband, dem Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverband, der Bundesvereinigung Lebenshilfe und weiteren Betroffenenverbänden in intensiver Zusammenarbeit 83 Merkmale entwickelt, die die Barrierefreiheit von Praxen beschreiben. Dabei werden körperliche, Hör-, Seh- und kognitive Beeinträchtigungen unterschieden, die künftig von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten für die jeweilige Praxisstätte angegeben werden können. Ziel ist es, die Auffindbarkeit von Vertragsarztpraxen

mit entsprechenden Ausstattungsmerkmalen zu erleichtern. Um eindeutige Angaben durch die Praxen erheben zu können befinden sich derzeit Unterstützungsmaterialien einschließlich Videoschulungsformaten in Vorbereitung. Die Präsentation dieser Merkmale in einer barrierefreien Suchfunktion, ggf. in Clusterung bzw. Zusammenfassung einzelner Themengruppen (z. B. beeinträchtigungübergreifende Merkmale wie Erreichbarkeit der Praxis) ist ebenfalls Gegenstand derzeitiger Arbeiten der KBV. Die bloße Präsentation der Einzelmerkmale wird dabei als wenig nutzerfreundlich angesehen. Auch die Entwicklung dieser Grundsätze erfolgt in Abstimmung mit den Betroffenenverbänden.

18. Was wird die Bundesregierung unternehmen, um die Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets in den Bereichen der Kranken- und Pflegeversicherung zu erleichtern?

In § 2 Absatz 2 Satz 2 SGB V ist bereits geregelt, dass die Leistungen der GKV auch durch ein persönliches Budget erbracht werden können. Im Bereich der Pflegeversicherung regelt § 35a des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) die Teilnahme Pflegebedürftiger an einem Persönlichen Budget nach § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX). Voraussetzung ist nach § 29 Absatz 4 SGB IX der Abschluss einer Zielvereinbarung zwischen den Leistungsberechtigten und den beteiligten Kostenträgern. Wenn die Pflegekasse alleiniger Leistungserbringer ist, ist eine Zielvereinbarung entbehrlich (§ 29 Absatz 4 Satz 2 SGB IX).

19. Ist die Bundesregierung bereit, auch die Erbringung der Behandlungspflege im Arbeitgebermodell durch die von den Budgetnehmenden ausgewählten Personen unabhängig von Qualifikationsvorgaben durch die Krankenkassen finanzieren zu lassen?

Akzeptiert die Bundesregierung die vollständige Verantwortungsübernahme für die korrekte Leistungserbringung durch die Budgetnehmenden?

Welchen Maßnahmen sieht die Bundesregierung vor, um einschränkende Vorgaben durch die Krankenkassen zu verhindern?

Bestandteil der Zielvereinbarung nach § 29 Absatz 4 SGB IX sind u. a. auch Regelungen zur Qualitätssicherung der Versorgung. Diese müssen jedoch nicht zwingend vollumfänglich die Regelungen des Leistungserbringerrechts der GKV spiegeln. Dies schon deshalb, weil an der Zielvereinbarung häufig weitere Kostenträger wie die Eingliederungshilfe beteiligt sind, die an Vorschriften des SGB V nicht gebunden sind.

20. Wie stellt die Bundesregierung sicher, dass die außerklinische Intensivpflege auch tatsächlich in der eigenen Häuslichkeit z. B. bei beatmeten Patienten auch verwirklicht werden kann?

Ist die Bundesregierung bereit, beim Persönlichen Budget die Auswahl der geeigneten Assistenten vollständig in die Hände der Budgetnehmer zu legen?

Werden die Vorgaben für Fachpflegekräfte in der außerklinischen Intensivpflege auch gegenüber Budgetnehmern eingefordert?

Wie stellt die Bundesregierung sicher, dass beim gegenwärtigen Fachkräftemangel die dafür notwendigen Fachkräfte von den Budgetnehmern auch beschafft, werden können?

Das Wahlrecht der Patientinnen und Patienten, an welchem Ort die außerklinische Pflege intensivmedizinisch stattfindet, bleibt erhalten. Auch die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit bleibt weiterhin möglich. An jedem Leistungsort der außerklinischen Intensivpflege ist dem Medizinischen Dienst die Gelegenheit zu geben, vor Ort zu prüfen, ob eine qualitätsgesicherte Pflege dort tatsächlich und dauerhaft möglich ist. Qualitätsmängel in der außerklinischen Intensivpflege können schwere, sogar lebensbedrohliche Konsequenzen für die betroffene Person haben. Deswegen ist die unabhängige Prüfung des Medizinischen Dienstes an dieser Stelle sehr wichtig.

Zu Fragen des Persönlichen Budgets wird auf die Antwort zu Frage 19 verwiesen.

21. Wie stellt die Bundesregierung sicher, dass Budgetnehmer ihre Assistenten ausreichend bezahlen können?

Wird die Bundesregierung die Kranken- und Pflegekassen verpflichten, eine tarifliche oder ortsübliche Vergütung, vergleichbar der Vergütung von Pflegediensten, auch bei den Leistungen im Persönlichen Budget zu berücksichtigen?

Die Höhe des Budgets ist ebenfalls Bestandteil der Zielvereinbarung nach § 29 Absatz 4 SGB IX.

22. Wie stellt die Bundesregierung sicher, dass die Zielvereinbarungen die Verantwortungsübernahme der Budgetnehmer für die qualifizierte Versorgung in der Grund-, Behandlungs- und außerklinischen Intensivpflege selbstbestimmt übernehmen können und nicht durch bürokratische Vorgaben der Kranken- und Pflegekassen eingeschränkt wird?

Es wird auf die Antwort zu den Fragen 19 bis 21 verwiesen. Einzelheiten zur konkreten Ausgestaltung des Persönlichen Budgets sind in der Zielvereinbarung nach § 29 Absatz 4 SGB IX zu vereinbaren.



