

Antrag

der Abgeordneten Simone Fischer, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Corinna Rüffer, Dr. Janosch Dahmen, Linda Heitmann, Johannes Wagner, Ulle Schauws und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Barrierefreie und inklusive Gesundheitsversorgung insbesondere für Frauen und Mädchen mit Behinderungen stärken

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

In Deutschland bestehen weiterhin erhebliche Versorgungsdefizite in der gynäkologischen, reproduktiven, geburtshilflichen und geschlechterspezifischen Gesundheitsversorgung von Frauen und Mädchen mit Behinderungen. Dazu zählen insbesondere mangelnde bauliche und technische Barrierefreiheit in Arztpraxen, fehlende barrierefreie Kommunikation, unzureichende Berücksichtigung behinderungsbedingter Bedarfe im Vergütungssystem sowie strukturelle Hürden beim Zugang zu Prävention, Beratung und Behandlung. Frauen und Mädchen mit Behinderungen sind dadurch deutlich seltener an die Regelversorgung angebunden und häufiger von gesundheitlichen Risiken, Fremdbestimmung und Versorgungslücken betroffen. Dies betrifft auch den Zugang zu psychotherapeutischen, psychosozialen und suchtbefugten Unterstützungsangeboten.

Die aktuellen gesundheitspolitischen Schwerpunkte der Bundesregierung zur Frauengesundheit sowie zur entsprechenden Forschungsförderung berücksichtigen die Lebenslagen von Frauen und Mädchen mit Behinderungen bislang nicht systematisch. Damit besteht die Gefahr, bestehende Ungleichheiten weiter zu verfestigen. Eine geschlechtergerechte Gesundheitspolitik muss Frauen und Mädchen mit Behinderungen von Anfang an mitdenken. Barrierefreiheit und angemessene Vorkehrungen sind gemäß Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention Grundvoraussetzungen gleichberechtigter gesundheitlicher Versorgung. Dies ergibt sich zudem aus den Verpflichtungen zu angemessenen Vorkehrungen (Art. 2 Abs. 4 UN-BRK), Nichtdiskriminierung (Art. 5 Abs. 3 UN-BRK) und Barrierefreiheit (Art. 9 UN-BRK).

Solange die gesundheitliche Regelversorgung noch nicht inklusiv flächendeckend gestaltet ist, erfordert eine inklusive Gesundheitsversorgung strukturell zwei komplementäre Elemente: eine möglichst barrierefrei ausgestaltete Regelversorgung sowie ergänzende, bedarfsgerechte Unterstützungs- und Spezialangebote, wo die Regelversorgung an ihre Grenzen stößt.

Dafür sind umfassende bauliche, kommunikative und digitale Barrierefreiheit im gesamten Gesundheitswesen sicherzustellen. Gesundheitsleistungen müssen zudem wohnortnah und ohne lange Wartezeiten auf Termine verfügbar sein, um tatsächliche Zugänglichkeit zu gewährleisten. Zentral für eine gleichberechtigte gesundheitliche Versorgung ist die Wahrung der Selbstbestimmung der Patientinnen. Medizinische Behandlungen setzen eine informierte, verständliche und freiwillige Einwilligung voraus. Dies erfordert barrierefreie Aufklärung, Kommunikation und Informationsmaterialien als grundlegende Voraussetzung. Studien weisen darauf hin, dass Frauen mit Behinderungen – insbesondere in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe – einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, Eingriffe in ihre reproduktive Selbstbestimmung nicht hinreichend informiert oder freiwillig zustimmen. Dies betrifft etwa Entscheidungen über Verhütungsmethoden wie die Verabreichung von Depotspritzen oder auch Sterilisationen. Gleichzeitig bestehen weiterhin erhebliche Defizite bei niedrigschwelligen und barrierefreien Beratungsangeboten zu selbstbestimmter Sexualität, Familienplanung und Kinderwunsch.

Zudem berichten Patientinnen mit Behinderungen häufig, dass in medizinischen Kontexten nicht direkt mit ihnen, sondern vorrangig mit Assistenzpersonen, Angehörigen oder Betreuungspersonen kommuniziert wird. Dies kann ihre Selbstbestimmung beeinträchtigen und stellt eine Barriere für eine gleichberechtigte gesundheitliche Versorgung dar.

Ergänzend ist die systematische Aus-, Fort- und Weiterbildung aller im Gesundheitswesen tätigen Fachkräfte notwendig, um Barrieren abzubauen, Unsicherheiten im Umgang mit Behinderungsformen zu reduzieren und eine diskriminierungsfreie sowie inklusive Versorgungspraxis zu verankern.

Trotz eines Aktionsplans für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen der Bundesregierung fehlen weiterhin verbindliche Zeitpläne, klare Zielvorgaben und eine verlässliche Finanzierung. Vieles bleibt unverbindlich – und droht damit folgenlos zu bleiben. Zudem fehlt es bislang an einer systematischen Datenerhebung zur Barrierefreiheit im Gesundheitswesen und zu konkreten baulichen, kommunikativen oder digitalen Barrieren. Dies erschwert die wirkungsvolle Planung, Umsetzung und Evaluation inklusiver Maßnahmen.

- II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,
 1. Barrierefreiheit in der gesundheitlichen Regelversorgung verbindlich zu verankern, indem
 - a) zeitnah ein bundesweit einheitlicher, verbindlicher Kriterienkatalog für bauliche, technische, digitale und kommunikative Barrierefreiheit in Arzt-, Hebammen- und Therapiepraxen vorgelegt wird, unter Berücksichtigung bestehender Regelwerke sowie durch Weiterentwicklung bundeseinheitlicher Mindeststandards,
 - b) im Zusammenwirken von Bund und Ländern mit der Selbstverwaltung entsprechende gesetzliche Vorgaben mit verbindlichen Umsetzungsfristen sowie wirksamen Durchsetzungs- und Sanktionsmechanismen geschaffen werden,

- c) die Bundesregierung darauf hinwirkt und die notwendigen gesetzlichen Rahmenbedingungen schafft, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemäß § 75 SGB V den Stand der Barrierefreiheit in der vertragsärztlichen Versorgung systematisch, einheitlich und überprüfbar erfasst sowie in geeigneter Form öffentlich zugänglich macht,
 - d) ein Bundesförderprogramm zum barrierefreien Um- und Ausbau bestehender Praxen aufgelegt wird sowie ergänzend der Strukturfonds nach § 105 SGB V für Maßnahmen der Barrierefreiheit geöffnet wird.
 - e) insbesondere auch der Ausbau barrierefreier psychotherapeutischer und psychosozialer Versorgungsangebote für Mädchen und Frauen mit Behinderungen über die in der Ärztezulassungsverordnung geregelten Ermächtigungen für die psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen hinaus gefördert wird;
2. Vergütungsstrukturen bedarfsgerecht weiterzuentwickeln, indem im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie im Einheitlichen Bewertungsmaßstab Regelungen geschaffen werden, die den erhöhten Zeit-, Personal- und Koordinationsaufwand bei der Behandlung von Patientinnen mit Behinderungen angemessen berücksichtigen, und somit eine barrierefreie und inklusive Versorgung ermöglichen.
3. gynäkologische Versorgung gezielt inklusiv ausbauen, indem die Bundesregierung insbesondere durch bundesgesetzliche Rahmenvorgaben im SGB V, Förderprogramme sowie im Zusammenwirken mit Ländern und Selbstverwaltung darauf hinwirkt, dass
- a) der flächendeckende Ausbau barrierefreier gynäkologischer Versorgungsangebote gefördert wird,
 - b) Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB) strukturell um gynäkologische und sexualmedizinische Angebote ergänzt werden,
 - c) aufsuchende Versorgungsmodelle für Frauen mit komplexen Mehrfachbehinderungen unterstützt werden,
 - d) nahtlose Übergänge von der Versorgung in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) in die Versorgung durch MZEB sichergestellt werden, um Versorgungsabbrüche beim Übergang ins Erwachsenenalter zu vermeiden,

- e) gynäkologische Spezialambulanzen für Frauen und Mädchen mit Behinderungen bedarfsgerecht ausgebaut und langfristig abgesichert werden;
4. selbstbestimmte sexuelle und reproduktive Gesundheit für Frauen mit Behinderungen sicherzustellen, indem
- a) barrierefreie Beratungsangebote zu Verhütung, Kinderwunsch, Schwangerschaft, Geburt und Wechseljahren bundesweit ausgebaut werden,
 - b) Maßnahmen zur Verhinderung nicht einwilligungsbasierter Verhütung und anderer Eingriffe in die reproduktive Selbstbestimmung gestärkt werden, insbesondere durch verbindliche Schutzstandards in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und Eingliederungshilfe, verpflichtende unabhängige Kontrollmechanismen sowie barrierefreie Beratungs- und Beschwerdestrukturen für Betroffene und durch eine ausdrückliche gesetzliche Klarstellung der Unzulässigkeit solcher Eingriffe ohne freie und informierte Einwilligung,
 - c) sexualpädagogische und gesundheitsbezogene Bildungsangebote für Mädchen und Frauen mit Behinderungen im Zusammenwirken von Bund, Ländern und Trägern der Eingliederungshilfe ausgebaut und barrierefrei zugänglich gemacht werden;
5. kommunikative und digitale Barrierefreiheit sicherzustellen, indem
- a) die Finanzierung von Gebärdensprachdolmetschung und anderen notwendigen Kommunikationshilfen eindeutig im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung verankert wird,
 - b) verbindliche Anforderungen an barrierefreie Patienteninformationen in Leichter Sprache, Gebärdensprache sowie in zugänglichen digitalen Formaten verbindlich vorgeschrieben werden,
 - c) Anforderungen an digitale Barrierefreiheit bei Terminportalen, Praxiswebseiten und digitalen Gesundheitsanwendungen verbindlich konkretisiert werden, insbesondere durch Mindeststandards für barrierefreie Gestaltung, verpflichtende Schulungen und klare Qualitätsanforderungen;

6. Fachkräfte zu qualifizieren und inklusive Versorgung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung, auch in Zusammenarbeit mit den Heilberufekammern und Berufsverbänden, fest zu integrieren, indem
 - a) durch bundesgesetzliche Rahmenseetzungen und im Dialog mit den Ländern sichergestellt wird, dass die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen, insbesondere von Frauen und Mädchen, verpflichtend in den einschlägigen medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und Hebammenkundlichen Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie Prüfungsregelungen verankert wird,
 - b) interdisziplinäre Fortbildungsprogramme zur inklusiven gynäkologischen Versorgung gefördert werden,
 - c) Inklusion und die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen in medizinischer Lehre und Forschung stärker verankert werden, insbesondere durch den Aufbau universitärer Lehr- und Forschungsschwerpunkte in allen Bundesländern;

7. Frauengesundheitsforschung inklusiv auszurichten, indem
 - a) im Rahmen der neuen Förderschwerpunkte zur Frauengesundheit sichergestellt wird, dass Behinderung systematisch als Querschnittsdimension berücksichtigt wird,
 - b) Forschung zu menstruationsbezogenen Erkrankungen, Endometriose, PCOS, Lipödem, hormonellen Fragestellungen sowie Wechseljahren unter Einbezug von Frauen mit Behinderungen gezielt gefördert wird,
 - c) Versorgungslücken, Gewaltfolgen und Fragen reproduktiver Selbstbestimmung von Frauen mit Behinderungen als eigene Forschungsschwerpunkte verankert werden, und bestehende Forschungslücken gezielt durch entsprechende Förderprogramme geschlossen werden;

8. Betroffene systematisch zu beteiligen und Fortschritte zu monitorieren, indem
 - a) Selbstvertretungsorganisationen von Frauen mit Behinderungen verbindlich in die Entwicklung, Umsetzung und Evaluation gesundheitspolitischer Maßnahmen einbezogen werden,

- b) ein regelmäßiges Monitoring zur inklusiven Frauengesundheit eingerichtet und dem Deutschen Bundestag darüber Bericht erstattet wird.

Berlin, den 22. Juni 2026

Katharina Dröge, Britta Habelmann und Fraktion

Begründung

Frauen und Mädchen mit Behinderungen sind im deutschen Gesundheitssystem strukturell benachteiligt. Trotz verfassungsrechtlicher Gleichstellungsnormen (Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG) und der völkerrechtlich bindenden Verpflichtungen aus der UN-Behindertenrechtskonvention, insbesondere Art. 6 und Art. 25, bestehen weiterhin erhebliche Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung – baulich, kommunikativ, organisatorisch, fachlich und einstellungsbezogen. Selbst grundlegende gynäkologische Vorsorge wird von vielen Betroffenen nicht oder nur unzureichend wahrgenommen, weil Praxen nicht zugänglich sind, geeignete Ausstattung fehlt oder Untersuchungen unter nicht selbstbestimmten Bedingungen stattfinden. Diese Problemlage wurde durch parlamentarische Anfragen, fachliche Anhörungen sowie durch Studien und Berichte aus Wissenschaft und Selbstvertretung vielfach belegt.

Erhebungen zeigen, dass gynäkologische Praxen häufig weder über höhenverstellbare Untersuchungsstühle noch über geeignete Transferhilfen verfügen und barrierefreie Kommunikationsangebote – etwa in Gebärdensprache oder Leichter Sprache – kaum vorhanden sind. Dadurch entstehen Versorgungslücken, verzögerte Diagnosen und eine erhöhte gesundheitliche Gefährdung von Mädchen und Frauen mit Behinderungen.

In Deutschland leben rund 6,5 Millionen Frauen mit Behinderungen (vgl. <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/themen/rechte-von-menschen-mit-behinderungen/frauen-mit-behinderungen>). Dennoch werden ihre spezifischen Bedarfe in der gesundheitlichen Versorgung bislang nicht systematisch berücksichtigt. Die Bundesregierung verweist selbst auf Studien der Antidiskriminierungsstelle des Bundes, die erhebliche Diskriminierungsrisiken und Zugangsbarrieren im Gesundheitswesen belegen (vgl. https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/diskrimrisiken_diskrimschutz_gesundheitswesen.pdf?__blob=publicationFile&v=5).

Zu Nr. 1 und 2:

Der Abbau struktureller Zugangsbarrieren ist eine grundlegende Voraussetzung für gesundheitliche Chancengleichheit. Solange Barrierefreiheit in Arzt- und Therapiepraxen nicht verbindlich geregelt, überprüfbar erfasst und durchsetzbar ist, bleibt sie in der Praxis häufig eine freiwillige Leistung einzelner engagierter Praxen. Fehlende bauliche Zugänge, nicht geeignete Untersuchungsgeräte oder mangelnde Kommunikationshilfen führen dazu, dass Frauen und Mädchen mit Behinderungen Vorsorgeuntersuchungen seltener wahrnehmen oder ganz darauf verzichten müssen. Dies widerspricht sowohl dem Gleichbehandlungsgebot als auch dem Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit.

Die Bundesregierung bestätigt, dass nur 36 Prozent der ärztlichen Praxen und 25 Prozent der psychotherapeutischen Praxen mindestens ein Merkmal von Barrierefreiheit aufweisen. Auch die Datenerhebung ist bislang nicht einheitlich. Dennoch verzichtet sie ausdrücklich auf die Festlegung von Zielwerten für den Abbau dieser Defizite.

Damit bleibt unklar, in welchem Zeitraum und mit welcher Verbindlichkeit bestehende Barrieren abgebaut werden sollen.

Gleichzeitig werden die zusätzlichen Anforderungen, die eine inklusive Versorgung mit sich bringt – etwa längere Untersuchungszeiten, Assistenzbedarf oder besondere Kommunikationsformen – im bestehenden Vergütungssystem bislang kaum berücksichtigt. Beim Vergütungssystem beschränkt sich die Bundesregierung auf Prüfanfordern, obwohl der bestehende Stand den Versorgungsbedarfen nicht genügt (vgl. BT-Drs. 21/2019). Dies führt dazu, dass Praxen ökonomische Nachteile befürchten müssen, wenn sie Patientinnen mit komplexeren Unterstützungsbedarfen behandeln. Eine Anpassung der Vergütungsstrukturen ist daher notwendig, um Anreize für eine diskriminierungsfreie Versorgung zu schaffen und Barrierefreiheit auch wirtschaftlich abzusichern.

Zu 3.:

Auch bei einer schrittweisen inklusiven Ausgestaltung der Regelversorgung bleibt der Bedarf an spezialisierten, barrierefreien Angeboten bestehen. Die Regelversorgung ist strukturell bislang nicht auf komplexe behinderungsbedingte Unterstützungsbedarfe ausgerichtet. Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB) sowie gynäkologische Spezialsprechstunden leisten daher bereits heute einen wichtigen Beitrag zur Schließung gravierender Versorgungslücken.

Insbesondere für Frauen mit komplexen Mehrfachbehinderungen, hohem Assistenzbedarf oder erheblichen Mobilitätseinschränkungen sind aufsuchende Versorgungsmodelle häufig die einzige Möglichkeit, überhaupt Zugang zu gynäkologischer Versorgung zu erhalten. Ohne solche ergänzenden Strukturen bleiben selbst grundlegende Leistungen der Prävention und Behandlung faktisch unerreichbar.

Diese Angebote stehen nicht im Widerspruch zu einer inklusiven Regelversorgung, sondern sind als notwendige Ergänzung und Brückenstruktur zu verstehen, solange die allgemeine Versorgung nicht flächendeckend barrierefrei ausgestaltet ist. Ziel bleibt eine inklusive Regelversorgung; spezialisierte Angebote sind derzeit noch unverzichtbar, um bestehende Versorgungslücken kurzfristig zu schließen und gesundheitliche Risiken zu vermeiden.

Mit der Änderung der Ärztezulassungsverordnung wurde die Regelung geschaffen, dass Ärzte und Ärztinnen sowie Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen u.a. für die psychotherapeutische oder psychiatrische Versorgung von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen ermächtigt werden sollen. Dies ist eine wichtige Stellschraube. Jedoch sind Ermächtigungen lediglich eine punktuelle Lösung, die dort greift, wo Leistungserbringer und -erbringerinnen eine entsprechende Ermächtigung beim Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung beantragen. Der Ausbau barrierefreier psychotherapeutischer Praxen als auch ein ausreichendes wohnortnah verfügbares psychotherapeutisches Versorgungsangebot für Mädchen und Frauen mit Behinderung oder intellektuellen Beeinträchtigungen kann hiermit nicht ausreichend erzielt werden.

Zu Nr. 4.:

Die Wahrung sexueller und reproduktiver Selbstbestimmung ist ein zentraler Bestandteil der Menschenrechte von Frauen mit Behinderungen. Die UN-Behindertenrechtskonvention (Art. 6 und 25) verpflichtet Deutschland ausdrücklich, Diskriminierung im Gesundheitswesen zu verhindern und die freie und informierte Zustimmung zu medizinischen Maßnahmen sicherzustellen.

Dennoch berichten Betroffene weiterhin von Fremdbestimmung bei Fragen der Verhütung, Schwangerschaft oder Elternschaft. Beratungsangebote sind häufig nicht barrierefrei oder setzen Kompetenzen voraus, die aufgrund fehlender inklusiver Bildungsangebote nicht erworben werden konnten. Dadurch wird die selbstbestimmte Entscheidungsfindung faktisch erschwert oder verhindert.

Zugleich bestehen Hinweise auf fortbestehende Risiken reproduktiver Fremdbestimmung und nicht einwilligungsbasierter Eingriffe. Konkrete Schutzmaßnahmen werden in der Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage jedoch nicht benannt. Der Ausbau barrierefreier, niedrigschwelliger Beratung und Bildung ist daher ebenso erforderlich wie klare gesetzliche und strukturelle Maßnahmen zum Schutz vor Eingriffen in die reproduktive Selbstbestimmung von Frauen mit Behinderungen.

Zu Nr. 5. und 6.:

Neben baulichen Barrieren stellen insbesondere kommunikative Hürden eine wesentliche Ursache für Versorgungsdefizite dar. Wenn Informationen nicht verständlich vermittelt werden oder notwendige Kommunikationshilfen fehlen, ist eine informierte Einwilligung in medizinische Maßnahmen faktisch nicht möglich. Dies betrifft

sowohl das persönliche Arzt-Patientinnen-Gespräch als auch digitale Anwendungen, Terminvergabesysteme oder schriftliche Aufklärungsunterlagen.

Eine klare rechtliche Absicherung der Finanzierung von Gebärdensprachdolmetschung und anderen notwendigen Kommunikationshilfen sowie verbindliche Anforderungen an digitale Barrierefreiheit sind daher unerlässlich. Die Bundesregierung verweist hierzu auf Regelungen im SGB I, stellt jedoch zugleich klar, dass eine ausdrückliche Verankerung im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) bislang nicht vorgesehen ist (vgl. BT-Drs. 21/2019). Damit bleibt die barrierefreie Kommunikation im Kernbereich medizinischer Regelversorgung rechtlich unsystematisch geregelt.

Gleichzeitig zeigen Erfahrungen aus Praxis und Forschung, dass Unsicherheiten und fehlende Kenntnisse im Umgang mit Behinderungen bei Fachkräften zu weiteren Zugangsbarrieren führen können. Mangelnde Kenntnisse über die Lebenswirklichkeit von Menschen mit Behinderungen im Medizinsystem erhöhen die Gefahr für Diskriminierung und damit, dass Frauen mit Behinderungen nicht die Versorgung erhalten, die sie indiziert ist. Zudem berichten Patientinnen auch von respektlosem oder entmündigendem Verhalten in Praxen (vgl. Landesbehindertenbeauftragter Bremen, 2025; online unter: https://www.frauen.bremen.de/sixcms/media.php/13/WEB_Studie_zur_barrierefreien_gyna%CC%88kologischen_Versorgung_im_Land_Bremen.pdf). In diesem Zusammenhang ist auch das Phänomen des „Medical Gaslighting“ zu berücksichtigen, bei dem Beschwerden von Patientinnen nicht ernst genommen oder bagatellisiert werden. Hiervon sind insbesondere auch Frauen mit Behinderungen betroffen, vor allem wenn die Behinderung auf einer psychischen Erkrankung beruht und somit nicht unmittelbar sichtbar ist. Dies kann dazu führen, dass Symptome fehlinterpretiert, notwendige Behandlungen verzögert oder ganz unterlassen werden.

Die Bundesregierung beschränkt sich bislang auf Prüfkündigungen (vgl. BT-Drs. 21/2019) zur Weiterentwicklung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsinhalten. Die systematische Verankerung inklusiver Inhalte in Aus-, Fort- und Weiterbildung ist jedoch notwendig, um Versorgungsqualität zu sichern, Vorbehalte abzubauen und eine respektvolle, fachlich angemessene Behandlung zu gewährleisten. Inklusive Versorgung ist keine Spezialaufgabe, sondern Teil professioneller Gesundheitskompetenz.

Zu Nr. 7.:

Forschung bildet die Grundlage für evidenzbasierte Gesundheitspolitik. Wenn Frauen mit Behinderungen in Studien nicht berücksichtigt werden, entstehen Daten- und Erkenntnislücken, die sich unmittelbar auf Versorgungsqualität, Leitlinienentwicklung und gesundheitspolitische Entscheidungen auswirken. Insbesondere bei frauenspezifischen Erkrankungen, hormonellen Fragestellungen und Lebensphasen wie Menstruation oder Wechseljahren bestehen bislang deutliche Wissenslücken im Hinblick auf behinderte Frauen.

Zwar wird auf Bundesebene eine Förderrichtlinie zur Frauengesundheit angekündigt, eine systematische Einbeziehung von Frauen mit Behinderungen ist darin jedoch bislang nicht verbindlich vorgesehen (vgl. BT-Drs. 21/2019). Damit drohen bestehende Datenlücken fortgeschrieben zu werden, anstatt sie gezielt zu schließen. Die systematische Einbeziehung von Behinderung als Querschnittsdimension in der Frauengesundheitsforschung ist daher notwendig, um bedarfsgerechte Versorgungskonzepte entwickeln zu können.

Zu Nr. 8.:

Nachhaltige Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung erfordern verbindliche Beteiligungsstrukturen und transparente Erfolgskontrollen. Selbstvertretungsorganisationen von Frauen mit Behinderungen verfügen über unverzichtbare Expertise zu tatsächlichen Versorgungsrealitäten, strukturellen Barrieren und Versorgungslücken im Alltag. Ihre systematische Einbindung in Planung, Umsetzung und Evaluation gesundheitspolitischer Maßnahmen stärkt Qualität, Zielgenauigkeit und Legitimation politischer Entscheidungen.

Ein regelmäßiges Monitoring stellt zudem sicher, dass Fortschritte messbar werden, politische Maßnahmen nachgesteuert werden können und bestehende Defizite nicht erneut aus dem Blick geraten. Ohne verbindliche Beteiligung und kontinuierliche Evaluation besteht die Gefahr, dass inklusive Zielsetzungen auf der Ebene politischer Programme verbleiben, ohne sich strukturell in der Versorgungspraxis niederzuschlagen.

Vor diesem Hintergrund ist deutlich, dass die bestehenden Defizite in der gesundheitlichen Versorgung von Frauen und Mädchen mit Behinderungen weder zufällig noch unvermeidbar sind, sondern auf strukturelle Versäumnisse und fehlende verbindliche Rahmenbedingungen zurückgehen. Die Bundesregierung erkennt Problemlagen an, bleibt bislang jedoch überwiegend bei Prüfaufträgen und unverbindlichen Ankündigungen.

Eine inklusive, geschlechtergerechte Gesundheitspolitik erfordert daher klare gesetzliche Vorgaben, verlässliche Finanzierungsstrukturen, gezielte Forschungsförderung sowie verbindliche Beteiligungs- und Monitoringmechanismen. Nur so kann sichergestellt werden, dass Barrierefreiheit, gleichberechtigter Zugang zur gesundheitlichen Versorgung für Frauen und Mädchen mit Behinderungen und Selbstbestimmung nicht länger vom Engagement Einzelner abhängen, sondern systematisch gewährleistet werden.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.