



Bundesministerium  
für Gesundheit



# *Aktionsplan*

---

für ein diverses, inklusives und  
barrierefreies Gesundheitswesen



# **Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen**



# Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

die Stufen vor dem Eingang zur Arztpraxis, komplizierte Empfehlungen mit vielen Fremdwörtern durch das medizinische Personal oder Diskriminierungen: Es kann unterschiedliche Hindernisse geben, die Menschen den Zugang zur Versorgung erschweren. Das wollen wir ändern. Deshalb haben wir zusammen mit Betroffenenverbänden und Interessenvertretungen den vorliegenden Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen erarbeitet. Mit geeigneten und umsetzbaren Maßnahmen werden wir Hindernisse und Barrieren in der Gesundheitsversorgung abbauen. Das Ziel ist eine inklusive Gesundheitsversorgung, in der allen Menschen die Teilhabe an medizinischen, therapeutischen und präventiven Angeboten möglich ist.

In den letzten Jahren sind sowohl in der Versorgung als auch im Hinblick auf Barrierefreiheit bereits deutliche Fortschritte erzielt worden, vor allem durch spezielle Regelungen, die besondere Bedarfe von Menschen mit Behinderungen berücksichtigen. Dies allein reicht aber nicht aus – deswegen benötigen wir den Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen!

Im Oktober 2023 wurde der Prozess zur Erarbeitung des Aktionsplans mit einer Auftaktveranstaltung eingeleitet. Was mir dabei wichtig war: die Menschen, die von diesem Thema in der einen oder anderen Weise besonders betroffen sind, von Beginn an am Prozess zu beteiligen. Im Anschluss an die Auftaktveranstaltung hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein öffentliches Beteiligungsverfahren durchgeführt, das allen Akteurinnen und Akteuren die Möglichkeit gab, Ziele und Maßnahmen für den Aktionsplan zu benennen.

Ich bedanke mich für das große Interesse und die Vielzahl an Vorschlägen, die bei uns eingereicht wurden. Die persönlichen Erfahrungen und Anregungen sind wertvolle Beiträge, auf deren Grundlage wir gemeinsam mit Verbänden und Betroffenenorganisationen viele Ansatzpunkte identifiziert haben.



A handwritten signature in blue ink, which appears to be 'K. Lauterbach', written in a cursive style.

Prof. Karl Lauterbach  
Bundesgesundheitsminister

Im Aktionsplan finden sich konkrete Maßnahmen, um beispielsweise Arztpraxen beim Abbau von Barrieren zu unterstützen, barrierefreie Informationen anzubieten oder spezielle Angebote für Menschen mit Behinderungen bereitzustellen. Besonders liegt mir am Herzen, die bürokratischen Hürden für Familien mit schwerstbehinderten Kindern abzubauen, damit sie schneller und einfacher die notwendige Unterstützung erhalten. Dieses Thema betrifft nicht nur das Bundesministerium für Gesundheit. Deshalb haben wir mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) einen gemeinsamen Prozess angestoßen, um unterstützende Maßnahmen auf den Weg zu bringen. Die ersten Ergebnisse, die den Gesundheitsbereich betreffen, finden sich in diesem Aktionsplan wieder.

Wir wollen mit dem Aktionsplan das Gesundheitswesen diverser, inklusiver und barrierefreier gestalten. Der Aktionsplan bildet den Auftakt eines längerfristigen Prozesses, der sich auf die kommenden Legislaturperioden erstrecken und die zukünftigen Entwicklungen berücksichtigen muss. Auch wenn aufgrund der verkürzten Legislaturperiode einige Maßnahmen nicht mehr so kurzfristig wie geplant kommen werden, bin ich davon überzeugt: Die erarbeiteten Vorschläge und Maßnahmen behalten ihre Dringlichkeit und sollten baldmöglichst umgesetzt werden.

Dieser Aktionsplan ist insgesamt das Ergebnis eines umfangreichen Dialogs mit vielen Beteiligten, die auf unterschiedlichen Ebenen den Prozess mit großem Engagement unterstützt haben. Mein Dank gilt insbesondere dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, der Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege und der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration sowie dem Deutschen Behindertenrat.

Zusammen haben wir eine gute Grundlage dafür geschaffen, dass künftig der barrierefreie Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Menschen ermöglicht werden kann!

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b>	<b>5</b>
<b>1. Einleitung</b>	
1.1. Ausgangslage und Ziel	10
1.2. Erarbeitungsprozess und Organisation	11
1.3. Inhalt und Aufbau	12
<b>2. Barrierefreie und inklusive Gesundheitsversorgung</b>	
2.1. Barrierefreie vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung	13
2.1.1. Barrierefreiheit in der gesundheitlichen Versorgung	14
2.1.2. Kriterien zur Barrierefreiheit	18
2.1.3. Barrierefreie Kommunikation	20
2.2. Barrierefreiheit in weiteren Gesundheitseinrichtungen	22
2.2.1. Krankenhäuser	22
2.2.2. Rehabilitationseinrichtungen	23
2.2.3. Öffentlicher Gesundheitsdienst	24
2.2.4. Apotheken	25
2.2.5. Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZE) sowie Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)	26
2.3. Barrierefreiheit in weiteren Bereichen der Gesundheitsversorgung	27
2.3.1. Medizinprodukte	27
2.3.2. Hilfsmittel	28
2.3.3. Arzneimittel	29
2.3.4. Heilmittel	30

2.3.5. Infektionsschutz und Krisenfälle	31
2.3.6. Menschen mit ungeklärtem Versicherungsverhältnis	32

### **3. Barrierefreiheit in der Langzeitpflege**

---

3.1. Abbau von Barrieren in der pflegerischen Versorgung und Weiterentwicklung der Versorgung für Menschen mit Pflegebedarf	36
3.2. Barrierefreie Informationsaufbereitung, Pflegeberatung und Digitalisierung	39

### **4. Personal im Gesundheitswesen**

---

4.1. Ausbildung, Studium sowie Fort- und Weiterbildung	42
4.2. Personal und Personalgewinnung	46

### **5. Inklusive Gesundheitsförderung und Prävention**

---

5.1. Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung	49
5.2. Bereitstellung digitaler Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung	52
5.3. Vermeidung von Seh- und Hörverlust bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen	52

### **6. Förderung der Gesundheitskompetenz und zielgruppengerechten Kommunikation**

---

6.1. Stärkung der Gesundheitskompetenz	54
6.2. Stärkung der Selbsthilfe	56
6.3. Stärkung der Partizipation und Mitbestimmung	57
6.4. Verbesserung der Informationsangebote, Beratungsangebote und der Kommunikation	59

### **7. Inklusive Digitalisierung**

---

7.1. Etablierung personenzentrierter und digital unterstützter sektoren- und professionsübergreifender Versorgungsprozesse	66
7.2. Generierung und Nutzung qualitativ hochwertiger Daten für eine bessere Gesundheitsversorgung und Forschung	67



## **8. Diversität im Gesundheitswesen**

---

8.1. Kultursensible Verständigung	70
8.2. Datenlage zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte	72
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>73</b>

# Einleitung

## 1.1. Ausgangslage und Ziel

Eine inklusive Gesundheitsversorgung ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass Menschen mit Behinderungen ein selbstbestimmtes Leben führen können. Daher verfolgt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) das Ziel, durch den Abbau von Barrieren in den verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung eine Teilhabe aller Menschen zu gewährleisten.

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bietet grundsätzlich allen Versicherten einen umfassenden Schutz im Krankheitsfall. Die Versicherten haben Zugang zu allen medizinisch notwendigen Leistungen auf dem aktuellen Stand des Fortschritts, unabhängig von der Höhe der jeweils gezahlten Beiträge, dem Alter, dem Geschlecht, der Herkunft oder dem Gesundheitszustand. Im Recht der GKV ist gemäß § 2a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zudem ausdrücklich geregelt, dass den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen ist. Dies gilt für die Krankenkassen und alle an der Versorgung Beteiligten gleichermaßen.

Auch die Pflegeversicherung verfolgt diese Ziele. Gemäß § 2 Absatz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) sollen die Leistungen der Pflegeversicherung den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen der Pflegeversicherung sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten. Maßgebliche Verbesserungen für Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf brachte dabei insbesondere die zum 1. Januar 2017 erfolgte Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Recht der Pflegeversicherung mit sich.

Darüber hinaus ist die gesundheitliche Chancengleichheit ein wesentlicher Aspekt der Integration und Voraussetzung für Teilhabe in einer diversen Gesellschaft. Studien belegen, dass Menschen mit Zuwanderungsgeschichte

teilweise erhebliche Informationsdefizite hinsichtlich der Struktur und Funktionsweise des deutschen Gesundheitswesens aufweisen. Eine unzureichende Gesundheitskompetenz kann nicht nur zu Beeinträchtigungen der individuellen Gesundheit führen, sondern resultiert oftmals in einer Fehl-, Unter- oder Überversorgung. Gleichzeitig ist eine aussagefähige Datenlage essenziell, um den Versorgungsbedarf optimal zu bestimmen. Insgesamt gilt es, Zugangsbarrieren bei der gesundheitlichen Versorgung für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte abzubauen. Das BMG hat in der Vergangenheit bereits verschiedene Maßnahmen gefördert, die sowohl auf eine zielgruppengerechte Ansprache als auch eine Verbesserung der Datenlage abzielen. Dies wird auch weiterhin eine wichtige gesundheitspolitische Aufgabe des BMG bleiben.

Im Gesundheitswesen und in der Pflege bestehen Barrieren, die die Teilhabe für die Betroffenen vielfach erschweren. Vor diesem Hintergrund hat die Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag „Mehr Fortschritt wagen“ vereinbart, gemeinsam mit allen Beteiligten einen Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen zu erarbeiten. Der vorliegende Aktionsplan zielt darauf ab, in einem partizipativ ausgestalteten Prozess konkrete, realistische und umsetzbare Maßnahmen zu identifizieren, die einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, Barrieren bei der gesundheitlichen Versorgung und Pflege für die Menschen in all ihrer Verschiedenheit und Vielfalt abzubauen.

Der Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen folgt dem zentralen Grundprinzip der UN-Agenda 2030 sowie auch der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie: niemanden zurückzulassen („Leave no one behind“). Das BMG nimmt dieses Kernprinzip der sozialen Dimension von Nachhaltigkeit sehr ernst. Ziel des BMG ist es, in allen Bereichen des Gesundheitssystems Benachteiligungen einzelner Gesellschaftsgruppen zu vermeiden und, wo vorhanden, abzubauen. Mit dem Aktionsplan werden somit insbesondere die Nachhaltigkeitsziele/SDGs 3 „Gesundheit und Wohlergehen“ sowie 10 „Weniger Ungleichheiten“ adressiert.

Der Aktionsplan berücksichtigt zudem auch die UN-Behindertenrechtskonvention. Deutschland ist mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention vor 15 Jahren die Verpflichtung eingegangen, Barrieren zu beseitigen und die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten. Der Koalitionsvertrag „Mehr Fortschritt wagen“ sieht vor, in dieser Wahlperiode private Anbieter von Gütern und Dienstleistungen, innerhalb einer angemessenen Übergangsfrist zum Abbau von Barrieren oder, sofern dies nicht möglich oder zumutbar ist, zum Ergreifen angemessener Vorkehrungen zu verpflichten. Die Umsetzung liegt innerhalb der Bundesregierung in der Zuständigkeit des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS).

## 1.2. Erarbeitungsprozess und Organisation

Der Bundesminister für Gesundheit, Herr Prof. Dr. Karl Lauterbach, hat am 18. Oktober 2023 mit einer Auftaktveranstaltung den partizipativen Prozess zur Erarbeitung des Aktionsplans für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen eingeleitet. An der Auftaktveranstaltung haben neben zahlreichen Vertreterinnen und Vertretern der Verbände und Organisationen auch Vertreterinnen und Vertreter aus der Politik sowie den Ländern teilgenommen. Im Anschluss an die Auftaktveranstaltung hat das BMG ein schriftliches Beteiligungsverfahren durchgeführt, das allen Akteurinnen und Akteuren die Möglichkeit gab, Ziele und Maßnahmen für den Aktionsplan zu benennen. An diesem öffentlichen Beteiligungsverfahren haben sich weit über hundert Personen, Verbände und Organisationen beteiligt und annähernd dreitausend Vorschläge eingereicht. Die eingereichten Vorschläge wurden im BMG gebündelt und aufbereitet. Im Februar und März 2024 hat das BMG auf der Grundlage der aufbereiteten Maßnahmenvorschläge aus dem schriftlichen Beteiligungsverfahren insgesamt sieben Fachgespräche mit ausgewählten Verbänden und Organisationen sowie Vertreterinnen und Vertretern der Länder, der Kommunen und der Selbstverwaltung durchgeführt. Ziel der Fachgespräche war es, realistische und umsetzbare Maßnahmen für den Aktionsplan zu identifizieren. Das BMG hat auf der Grundlage der Maßnahmenvorschläge aus dem schriftlichen Beteiligungsverfahren und der Ergebnisse der Fachgespräche unter Beteiligung aller Abteilungen innerhalb des BMG einen Entwurf des Aktionsplans erarbeitet. Um den partizipativen Charakter des Erarbeitungsprozesses auch weiterhin sicherzustellen, wurde den an den Fachgesprächen Teilnehmenden im Juli und August 2024 die Möglichkeit gegeben, zu den Maßnahmen des Aktionsplans Stellung zu nehmen. Unter Berücksichtigung der Stellungnahmen wurde der Aktionsplan anschließend finalisiert.

Zur Steuerung des partizipativen Erarbeitungsprozesses wurde im BMG eine Projektgruppe errichtet, die als Anlaufstelle im Beteiligungsverfahren und bei sonstigen Fragen im Zusammenhang mit der Erstellung des Aktionsplans diente. Zudem wurde zur organisatorischen Begleitung des Erarbeitungsprozesses ein Steuerungskreis eingerichtet. Der Steuerungskreis setzt sich aus den Arbeitsstäben des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, der Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege und der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration sowie dem Deutschen Behindertenrat zusammen. Insbesondere die Organisation und Zusammensetzung der Fachgespräche erfolgte in Abstimmung mit dem Steuerungskreis.

Damit die Hindernisse und Barrieren im Gesundheitswesen langfristig abgebaut werden, ist es notwendig, die im partizipativen Erarbeitungsprozess entwickelten Maßnahmen des Aktionsplans für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen nachzuhalten. Daher wird das BMG den Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen in einem Turnus von vier Jahren evaluieren und fortschreiben.

Darüber hinaus haben sich das BMG, das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) auf ein gemeinsames Verfahren unter Federführung des BMG verständigt, mit einem Maßnahmenplan die Situation von Familien mit schwerstmehrfach behinderten Kindern zu verbessern. Hiermit wird dem Auftrag aus dem Koalitionsvertrag „Mehr Fortschritt wagen“ nachgekommen, die Versorgung schwerstbehinderter Kinder zu stärken und ihre Familien von Bürokratie zu entlasten. Die Behandlung des Themas erfolgt unabhängig von der Erarbeitung des Aktionsplans für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen in einem eigenständigen, ressortübergreifenden Prozess.

Am 26. Juni 2024 hat unter der Leitung von Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach ein Runder Tisch zum Thema „Familien mit schwerstmehrfach behinderten Kindern“ mit dem BMAS und dem BMFSFJ stattgefunden. Teilgenommen haben neben Vertreterinnen und Vertretern der Verbände und Interessenvertretungen auch Vertreterinnen und Vertreter aus der Politik. Ziel des Runden Tisches war es, gemeinsam mit den Betroffenen die Bedarfe von Familien mit schwerstmehrfach behinderten Kindern zu erörtern und Maßnahmen zur Verbesserung der Situation der Betroffenen zu identifizieren.

### 1.3. Inhalt und Aufbau

Der Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen ist strukturiert nach den folgenden Handlungsfeldern:

Im Rahmen des Handlungsfeldes **barrierefreie und inklusive Gesundheitsversorgung** wird in einem ersten Teil die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung behandelt. Im Anschluss daran wird die Versorgung in weiteren Gesundheitseinrichtungen und in weiteren Bereichen der Gesundheitsversorgung in den Blick genommen. Hierzu zählen neben den Krankenhäusern, den Rehabilitationseinrichtungen, den medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB) und den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) auch der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) sowie die Apotheken. Darüber hinaus umfasst das Handlungsfeld in einem dritten Teil die Themen Medizinprodukte, Heil- und Hilfsmittel, Arzneimittel sowie den Infektionsschutz, Krisenfälle und die Versorgung von Menschen mit ungeklärtem Versicherungsstatus.

Das Handlungsfeld **Barrierefreiheit in der Langzeitpflege** greift thematisch den Abbau von Barrieren in der pflegerischen Versorgung auf. Darüber hinaus umfasst das Handlungsfeld die barrierefreie Informationsaufbereitung, Pflegeberatung und Digitalisierung.

Mit dem Handlungsfeld **Personal im Gesundheitswesen** werden im Aktionsplan sowohl die Ausbildung und das Studium als auch die Fortbildung und die Weiterbildung des medizinischen Personals aufgegriffen. Des Weiteren behandelt das Handlungsfeld auch die Personalgewinnung.

Die **inklusive Gesundheitsförderung und Prävention** legt den Fokus auf den barrierefreien Zugang zu Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Bereitstellung digitaler Angebote in diesem Bereich.

Die **Förderung der Gesundheitskompetenz und zielgruppengerechten Kommunikation** umfasst die Gesundheitskompetenz und die Selbsthilfe. Darüber hinaus werden in diesem Handlungsfeld die Partizipation und die Mitbestimmung der Betroffenen thematisiert. Letztlich wird der Fokus auf die Verbesserung der Informationsangebote, der Beratungsangebote und der Kommunikation gelegt.

Das Handlungsfeld **inklusive Digitalisierung** nimmt die Etablierung personenbezogener und digital unterstützter sektoren- und professionsübergreifender Versorgungsprozesse in den Blick. Darüber hinaus werden in diesem Handlungsfeld die nutzerorientierten Technologien und Anwendungen sowie die Generierung und Nutzung von Daten zur Verbesserung der Versorgung und Forschung thematisiert.

Letztlich nimmt das Handlungsfeld **Diversität im Gesundheitswesen** die kultursensible Verständigung sowie die Verbesserung der Datenlage zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in den Blick.

Der Aktionsplan sieht für die einzelnen Kapitel der Handlungsfelder jeweils eine Ausgangslage, die Formulierung eines Ziels sowie eine Übersicht der Maßnahmen vor. Die Maßnahmenübersichten beinhalten Aussagen zur Umsetzungsform, zu den adressierten Institutionen und zum Zeitrahmen. Der Zeitrahmen sieht eine Unterscheidung nach fortlaufend, sofort, kurzfristig und langfristig vor. Fortlaufend sind Maßnahmen, wenn sie bereits umgesetzt wurden, beziehungsweise Maßnahmen, deren Umsetzung begonnen hat und die auch zukünftig weiterhin umgesetzt werden. Eine Maßnahme ist sofort umsetzbar, wenn sie zum Beispiel in laufenden Gesetzgebungsverfahren vorgesehen ist oder zeitnah in ein Gesetzgebungsverfahren eingebracht werden kann. Bei kurzfristig umsetzbaren Maßnahmen handelt es sich um Maßnahmen, deren Umsetzung noch in der 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages erfolgen oder zumindest beginnen kann. Die Umsetzung langfristiger Maßnahmen erfolgt erst perspektivisch.

Die Umsetzung der Maßnahmen steht unter dem Vorbehalt der Verfügbarkeit von Haushaltsmitteln.

# Barrierefreie und inklusive Gesundheitsversorgung

In der Vergangenheit wurden bereits eine Reihe von Maßnahmen ergriffen, die einen wichtigen Beitrag für eine barrierefreie und inklusive Gesundheitsversorgung leisten. Zentrale gesetzgeberische Schritte waren beispielsweise die Schaffung von Rechtsgrundlagen für die Einrichtung von MZEB mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) im Jahr 2015, das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) im Jahr 2017 und die im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) im Jahr 2019 erfolgten Verbesserungen der Heil- und Hilfsmittelversorgung. Hervorzuheben sind hier unter anderem die Entbürokratisierung des Genehmigungsverfahrens für langfristige Heilmittelbehandlungen, der Wegfall der Genehmigungspflicht für Heilmittelbehandlungen mit höherer Verordnungsmenge, die regelmäßige Aktualisierung des Hilfsmittelverzeichnisses, die Aufnahme von Qualitätsanforderungen auch an die mit der Hilfsmittelversorgung verbundenen Dienstleistungen in das Hilfsmittelverzeichnis sowie die Abschaffung der Ausschreibungsverträge im Hilfsmittelbereich.

Im Jahr 2021 wurde zudem ein Krankengeldanspruch für bestimmte Begleitpersonen im Krankenhaus geschaffen. Der Anspruch gilt für nahe Angehörige oder Personen aus dem engsten persönlichen Umfeld, soweit die Begleitung bei einer stationären Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist, der Begleitperson ein Verdienstausschluss entsteht und bestimmte weitere Voraussetzungen vorliegen. Hierdurch wurden die Rechte der Begleitpersonen und mittelbar auch die Unterstützung für die Betroffenen gestärkt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat anschließend entsprechend dem gesetzlichen Auftrag in einer Richtlinie vom 18. August 2022 Kriterien über den Personenkreis von Menschen mit Behinderungen beschlossen, die eine Begleitung im Krankenhaus aus medizinischen Gründen benötigen.

Des Weiteren hat der G-BA bei Beschlüssen seiner Richtlinien den besonderen Erfordernissen behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen. Mit Beschluss vom 18. Oktober 2018 hat der G-BA beispielsweise die Behandlungsmöglichkeiten für Menschen mit einer intellektuellen

Beeinträchtigung verbessert. Sie erhalten für die Durchführung einer ambulanten Psychotherapie zusätzliche Zeiteinheiten, die von den Krankenkassen getragen werden. Darüber hinaus wurden die Möglichkeiten erweitert, Bezugspersonen in die ambulante Psychotherapie dieser Patientengruppe einzubeziehen.

Der G-BA hat außerdem die Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) mit Beschluss vom 16. Juli 2020 und eine Aktualisierung mit Beschluss vom 18. Januar 2024 mit dem Ziel ergänzt, Missbrauch und Gewalt, insbesondere gegenüber Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, in medizinischen Einrichtungen vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und zu verhindern. Die QM-RL legt grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser fest. Damit sind durch die benannten Leistungserbringer Maßnahmen vorzusehen, die beispielsweise Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen, Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen, Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte beinhalten.

## 2.1. Barrierefreie vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) haben nach den gesetzlichen Regelungen die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen. Sie müssen nicht nur gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen hinreichende Zugangsmöglichkeiten in der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung stehen. Sie haben auf ihren Internetseiten auch in geeigneter Weise über diese Zugangsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen zu informieren. Grundlage hierfür sind die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu erstellenden Richtlinien nach § 75 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3a SGB V.

In der vertragsärztlichen Versorgung müssen die Belange von Menschen mit Behinderungen zudem beispielsweise als Kriterium beim Zugang zur Versorgung berücksichtigt

werden. Auch der G-BA hat die Sicherstellung und Förderung der vertragsärztlichen Versorgung behinderter Menschen an diversen Stellen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) implementiert. Zu nennen ist hier beispielsweise die Berücksichtigung der Barrierefreiheit im Rahmen der regionalen Besonderheiten. Außerdem ist zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung behinderter Menschen bei der Bedarfsplanung vor allem in Hinblick auf Neuzulassungen die Barrierefreiheit besonders zu beachten. Die Belange von Menschen mit Behinderungen werden beim Zugang zur Versorgung als Entscheidungskriterium des Zulassungsausschusses bei Zulassungen und Neuzulassungen aufgeführt.

### 2.1.1. Barrierefreiheit in der gesundheitlichen Versorgung

Vertragsarztpraxen und Vertragszahnarztpraxen können anhand der bestehenden Empfehlungen der KBV und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) sowie der Richtlinie zur Barrierefreiheit ihre Praxen gestalten. Eine Verpflichtung zu diesen Maßnahmen und Angeboten besteht nicht. Hier wollen wir aber nicht stehenbleiben: Um in Deutschland eine bundesweit einheitliche verlässliche barrierefreie ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung zu erreichen und sich einem möglichst vollständig barrierefreien Gesundheitswesen anzunähern, sollen die Vertragspartner des Bundesmantelvertrags – Ärzte (BMV-Ä) und des Bundesmantelvertrags – Zahnärzte (BMV-Z) unter Einbeziehung der Selbstvertretungspartner und gegebenenfalls weiterer Vertragspartner zukünftig zum Beispiel auf der Grundlage der Kriterien aus der Anlage der KBV-Richtlinie zur Barrierefreiheit beziehungsweise der KZBV-Richtlinie zur Barrierefreiheit Mindeststandards für die Barrierefreiheit von Arzt- und Zahnarztpraxen festlegen. Damit die Bundesregierung einen Überblick darüber erhält, wie der jeweilige Status quo der Barrierefreiheit in der ambulanten vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung tatsächlich ist, werden die KBV und die KZBV dazu verpflichtet, dem BMG jährlich einen entsprechenden Evaluationsbericht vorzulegen. Zusätzlich soll dieser auf den Websites der KVen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) auch für Patientinnen und Patienten veröffentlicht werden.

Jede KV hat zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung jeweils einen Strukturfonds zu bilden, für den sie mindestens 0,1 Prozent und höchstens 0,2 Prozent der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zur Verfügung stellt. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben zusätzlich einen Beitrag in gleicher Höhe in den Strukturfonds zu entrichten. Aufgrund

dieser Vorgabe steht bundesweit ein Finanzvolumen zwischen rund 29 und 58 Millionen Euro für Fördermaßnahmen zur Verfügung.

Die Regelung sieht verschiedene Maßnahmen vor, für welche die Mittel des Strukturfonds verwendet werden sollen. Hierzu zählen unter anderem Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung, bei Praxisübernahmen oder bei der Gründung von Zweigpraxen sowie Vergütungszuschläge. Die Förderung der Barrierefreiheit ist bisher nicht ausdrücklich in der Norm aufgeführt. Obwohl die Norm eine Verwendung der Mittel des Strukturfonds auch für eine Förderung der Barrierefreiheit nicht ausschließt, zeigen die jährlich von den KVen im Internet zu veröffentlichenden Berichte über die Verwendung der Mittel, dass im Jahr 2022 keine Mittel des Strukturfonds für die Förderung der Barrierefreiheit verwendet wurden. Zwar zielen einige der geförderten Maßnahmen auf Projekte im Rahmen der telemedizinischen Versorgung ab, die auch einen Beitrag zum Abbau von Barrieren in der Versorgung leisten können, gleichwohl sollen künftig weitere Schritte unternommen werden, um auch die Herstellung der Barrierefreiheit stärker zu fördern.

Auch die KZVen können zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung einen Strukturfonds bilden, für den sie bis zu 0,2 Prozent der vereinbarten Gesamtvergütungen zur Verfügung stellen. Die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen haben einen Beitrag in gleicher Höhe zu entrichten. Bisher nutzen jedoch nur einzelne KZVen die Möglichkeit zur Bildung eines Strukturfonds. In den vorliegenden Berichten und Förderrichtlinien wird die Förderung der Barrierefreiheit nicht als Fördergegenstand genannt.

Das Kriterium der Barrierefreiheit wird bereits jetzt im Rahmen von Auswahlverfahren zur Nachbesetzung einer Arztpraxis sowie in der BPL-RL des G-BA berücksichtigt. Durch die geplanten Maßnahmen soll der Barrierefreiheit ein noch stärkeres Gewicht sowohl im Auswahlverfahren als auch im Nachbesetzungsverfahren zukommen. Hierdurch soll erreicht werden, dass sich das Versorgungsangebot künftig besser an den besonderen Bedürfnissen einer barrierefreien Versorgung orientiert und die entsprechenden Versorgungsangebote stetig weiter ausgebaut werden. Zudem soll zukünftig eine Verbesserung der barrierefreien Versorgung als maßgebliches Kriterium für die Genehmigung von Zweigpraxen ausreichend sein.

An den Sitzungen der Zulassungsausschüsse für Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten nehmen die Länder im Rahmen ihrer Mitberatungsrechte teil. In diesem Rahmen

sollen sie verstärkt darauf achten, dass bei anstehenden Entscheidungen der Zulassungsausschüsse die Belange von Menschen mit Behinderungen ausreichend berücksichtigt werden.

Bestimmte vulnerable Personengruppen, dazu gehören auch Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen, haben aufgrund ihrer persönlichen und sozialen Lebensumstände einen erschwerten Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung. Zur Schließung dieser Versorgungslücke sind im Entwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) Regelungen vorgesehen, mit denen zielgerichtet zusätzliche Versorgungsaufträge für die adressierten Personengruppen geschaffen werden können.

Eine häufig konstatierte Hürde ist die barrierefreie gynäkologische Versorgung. Von 9.081 gynäkologischen Arztpraxen in Deutschland erfüllen zum 31. März 2023 3.386 Praxen zumindest eines der Merkmale zur Barrierefreiheit. Für Patientinnen mit körperlichen Beeinträchtigungen werden Zugangsprobleme berichtet, da etwa der Standard-Untersuchungsstuhl nicht hinreichend modifizierbar ist.

In den vergangenen Jahren hat der Gesetzgeber die rechtlichen Rahmenbedingungen für die zahnärztliche Behandlung von Menschen mit Behinderungen und Pflegebedürftigen erheblich weiterentwickelt. Zu den ergriffenen Maßnahmen zählen, neben der Schaffung eines Anspruchs auf besondere Vorsorgemaßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen für Menschen mit Behinderungen und Pflegebedürftige, die Einführung der aufsuchenden zahnärztlichen Versorgung für in ihrer Mobilität eingeschränkte Versicherte und die Vorgabe einer

zusätzlichen Vergütung für solche Leistungen, die im Rahmen von Kooperationsverträgen zwischen Zahnarztpraxen und stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden.

Dennoch machen Fachgesellschaften darauf aufmerksam, dass die zahnmedizinische Versorgung vulnerabler Personen, die während ihrer Behandlung eine Vollnarkose und die anschließende Überwachung in einem Krankenhaus benötigen, nicht hinreichend gewährleistet sei. Hierzu zählen insbesondere Kleinkinder, Menschen mit schweren oder mehrfachen Behinderungen und Risikopatientinnen und Risikopatienten mit schweren Begleiterkrankungen. Zu den Ursachen zählen neben Fragen der Kostentragung der notwendigen Anästhesieleistungen auch Kapazitätsprobleme in stationären Einrichtungen für die zahnmedizinische Versorgung. Das BMG beabsichtigt, die Versorgung von Menschen mit Behinderungen, die zu ihrer zahnmedizinischen Versorgung auf Vollnarkosen angewiesen sind, zu verbessern.

Hierzu ist es auch notwendig, dass die bislang unzureichende Daten- und Informationslage zu Anästhesien bei zahnmedizinischen Behandlungen verbessert wird. Vor diesem Hintergrund hat die KZBV die Durchführung eines Runden Tisches mit der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und zahnmedizinischen Fachgesellschaften angekündigt, um ein Versorgungskonzept mit konkreten Maßnahmen zur weiteren Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen und weiteren vulnerablen Gruppen in Vollnarkose zu entwickeln. Die Ergebnisse dieser Gespräche bleiben abzuwarten.

**Ziel:** Barrieren in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung werden abgebaut.

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitrahmen
Alle an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, wie zum Beispiel Arzt- und Zahnarztpraxen, werden innerhalb einer gesetzlichen Frist dazu verpflichtet, bestimmte Maßnahmen zur Verbesserung der Barrierefreiheit (Mindeststandard Barrierefreiheit in Zahnarztpraxen und Arztpraxen) zu ergreifen, bei denen es sich nicht um bauliche Großmaßnahmen, wie zum Beispiel den Einbau eines Aufzugs, handelt. Bereits bestehende DIN-Vorschriften oder beispielsweise technische Standards bleiben hiervon unberührt. Die Festlegung der	Gesetzliche Änderung	BMG und Gesetzgeber Vertragspartner BMV-Ä und BMV-Z Arztpraxen und Zahnarztpraxen, Psychotherapiepraxen, MVZ und integrierte Notfallzentren (INZ)	Langfristig

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
<p>Mindeststandards Barrierefreiheit soll durch die BMV-Ä beziehungsweise des Bundesmantelvertrags – Zahnärzte (BMV-Z) unter Einbeziehung der Selbstvertretungspartner gemäß § 75 Absatz 7 Satz 4 SGB V und gegebenenfalls weiterer Vertragspartner erfolgen. Bei der Festlegung der Mindeststandards können beispielsweise die Kriterien aus der Anlage der KBV-Richtlinie zur Barrierefreiheit beziehungsweise der KZBV-Richtlinie zur Barrierefreiheit zugrunde gelegt werden. Zur Finanzierung kann auf die Verwendung der Mittel des Strukturfonds verwiesen werden. Weitere oder andere Förder- oder Anreizmöglichkeiten werden geprüft.</p>			
<p>Die KBV und die KZBV werden beauftragt, jährlich den Status quo der Barrierefreiheit in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung, inklusive der INZ, in Deutschland regional und fachgruppenspezifisch zu evaluieren. Ferner werden sie verpflichtet, den Evaluierungsbericht dem BMG vorzulegen sowie auf ihren eigenen Websites zu veröffentlichen.</p>	Gesetzlicher Auftrag	BMG und Gesetzgeber KBV und KZBV	Langfristig
<p>Das BMG wird sich für eine gesetzliche Regelung einsetzen, dass die aus den Strukturfonds der von den KVen und KZVen zu finanzierenden Fördermaßnahmen aus den gebildeten Strukturfonds nach § 105 Absatz 1a SGB V explizit um Maßnahmen zur Förderung der Herstellung von Barrierefreiheit ergänzt werden. Für diesen Zweck wird ein gesetzlich zu bestimmender Anteil der Strukturfondsmittel zweckgebunden vorgegeben.</p>	Gesetzliche Änderung des § 105 Absatz 1a SGB V	BMG und Gesetzgeber	Kurzfristig
<p>Das BMG wird die Länder auffordern, im Rahmen ihrer Mitberatungsrechte nach § 90 Absatz 4 und § 96 Absatz 2a SGB V verstärkt darauf zu achten, dass bei anstehenden Entscheidungen die Belange von Menschen mit Behinderungen ausreichend berücksichtigt werden.</p>	Schreiben des BMG an die Länder	BMG Länder	Kurzfristig
<p>Im Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung, welcher den KVen, den KZVen, der KBV und der KZBV obliegt, werden neben geltendem Recht zukünftig die Belange von Menschen mit Behinderungen explizit hervorgehoben.</p>	Gesetzliche Änderung	BMG und Gesetzgeber	Langfristig



Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Im Rahmen von Nachbesetzungsverfahren und/oder Auswahlverfahren wird sich das BMG für eine gesetzliche Regelung einsetzen, der Aspekt der Barrierefreiheit von Vertragsarztpraxen zukünftig durch den Zulassungsausschuss verstärkt zu berücksichtigen ist.	Gesetzliche Änderung	BMG und Gesetzgeber Zulassungsausschuss für Ärzte (ZA)	Langfristig
Bei Anträgen auf Genehmigung einer Zweigpraxis wird sich das BMG für eine gesetzliche Regelung einsetzen, dass die Voraussetzung der Verbesserung der Versorgung der Versicherten an dem weiteren Ort (§ 24 Absatz 3 Nummer 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte) zukünftig auch vorliegt, wenn somit eine barrierefreie Versorgung am Ort der Zweigpraxis sichergestellt werden kann.	Gesetzliche Änderung	BMG und Gesetzgeber KVen und KZVen	Langfristig
Das BMG wird sich für eine gesetzliche Regelung einsetzen, mit der die Bewertungsausschüsse verpflichtet werden, den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und den Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen (BEMA) zu überprüfen und anzupassen, um den besonderen Erfordernissen von Menschen mit Behinderungen Rechnung zu tragen. Die Anpassungen des EBM und des BEMA sind punktsammen- und finanzneutral umzusetzen.	Gesetzliche Änderung von § 87 SGB V	BMG und Gesetzgeber	Kurzfristig
Im GVSG ist vorgesehen, zusätzliche psychotherapeutische und psychiatrische Versorgungsaufträge für vulnerable Gruppen zu schaffen, um ihnen den Zugang zur Versorgung zu erleichtern. Es soll ein zielgerichteter neuer Ermächtigungstatbestand für die Behandlung von Patientinnen und Patienten geschaffen werden, die aufgrund ihrer persönlichen und sozialen Lebensumstände einen erschwerten Zugang zur Versorgung haben. Hierzu gehören insbesondere auch Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung.	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)	BMG, Gesetzgeber und Zulassungsausschüsse G-BA	Sofort
Das BMG wird die Selbstverwaltung auffordern, Regelungen und Vereinbarungen zur Barrierefreiheit hinsichtlich der Leistungserbringung in der Gynäkologie und bei Schwangerschaft und Mutterschaft zum Beispiel bei Anbietern von Schwangerschaftskursen und Beckenbodengymnastik zu erarbeiten.	Rahmenvereinbarung, Satzungsleistungen, gegebenenfalls Mutterschaftsrichtlinie	Selbstverwaltung (G-BA, Kassen)	Langfristig

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Die zahnmedizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen und Pflegebedürftigen wird weiterentwickelt. Das BMG wird die modellhafte Förderung mobiler Versorgungsangebote prüfen.	Bestandsaufnahme existierender Versorgungsangebote Bedarfsanalyse Prüfung der Durchführung von Modellvorhaben	BMG in Zusammenarbeit mit BZÄK, KZBV und Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)	Kurzfristig  Langfristig
Das BMG wird sich für eine gesetzliche Regelung einsetzen, die Möglichkeit, Kooperationsverträge zwischen Pflegeheimen und Zahnärztinnen und Zahnärzten zu schließen, auf stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe auszuweiten.	Gesetzliche Änderung von § 119b SGB V	BMG	Kurzfristig
Das BMG wird prüfen, wie sich mögliche Kapazitätsengpässe bei der Versorgung von Menschen mit Behinderungen, die zu ihrer zahnmedizinischen Versorgung auf Vollnarkosen und eine anschließende Überwachung im Krankenhaus angewiesen sind, beheben lassen.	Prüfung	BMG	Langfristig
Die KZBV wird einen Runden Tisch initiieren, um ein Versorgungskonzept mit konkreten Maßnahmen zur weiteren Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen in Vollnarkose zu entwickeln.	Runder Tisch	KZBV	Kurzfristig

### 2.1.2. Kriterien zur Barrierefreiheit

Transparenz über die Barrierefreiheit der vertragsärztlichen Versorgung in Arztpraxen und MVZ stellt das Bundesarztregister her. Es wird von der KBV geführt und dient als Datenquelle zur Erhebung der Barrierefreiheit. Die Erhebung von Angaben zur Barrierefreiheit im Bundesarztregister wird auf Basis der Richtlinie nach § 75 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3a SGB V zur Information über die Sprechstundenzeiten der Vertragsarztpraxen und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit) geführt. Auf Basis der Richtlinie erfolgt auch die bundesweit einheitliche und vollständige Bereitstellung von Informationen über Sprechstundenzeiten der Vertragsarztpraxen und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinde-

rungen zur Versorgung (Barrierefreiheit) auf den Internetseiten der KVen.

Eine Analyse zu barrierefreien Vertragsarztpraxen im Bundesarztregister (Stand: 31. März 2023) nach Ländern und Facharztgebieten zeigt, dass bundesweit rund ein Drittel der Vertragsarztpraxen bei Zugrundelegung eines der 13 Kriterien der zu diesem Zeitpunkt gültigen KBV-Richtlinie zur Barrierefreiheit in Vertragsarztpraxen barrierefrei waren. Die Situation fällt dabei nach Facharztrichtungen und in den Ländern sehr unterschiedlich aus. Mit Wirkung zum 15. Juli 2024<sup>1</sup> hat die KBV eine grundlegende Überarbeitung ihrer Richtlinie vom 1. Januar 2022 veröffentlicht. Die überarbeitete Richtlinie zielt darauf ab, Transparenz über den Grad der Barrierefreiheit der einzelnen Vertragsarztpraxen und MVZ zu schaffen. Damit soll den Betroffenen ein möglichst einfacher

<sup>1</sup> [https://www.kbv.de/media/sp/2024-07-15\\_KBV\\_Richtlinie\\_Sprechstundenzeiten\\_Barrierefreiheit.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/2024-07-15_KBV_Richtlinie_Sprechstundenzeiten_Barrierefreiheit.pdf)

Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung ermöglicht werden. So sieht die Richtlinie beispielsweise vor, dass bei der Veröffentlichung der Angaben zur Barrierefreiheit auf den Internetseiten der KVen die Anforderungen und Perspektiven von Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Beeinträchtigungsarten zu berücksichtigen sind. Die Systematik wird weiterhin regelmäßig auf aktuelle Erfordernisse geprüft und überarbeitet. Mit der Richtlinie wird ein wichtiger Beitrag zum Abbau von Barrieren in der vertragsärztlichen Versorgung geleistet.

Auf Basis der neuen Richtlinie werden barrierefreie Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung in einer Systematik mit 75 Codes (Merkmale der Barrierefreiheit) bei den Ärztinnen und Ärzten, MVZ sowie bei den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erfragt, aufbereitet und für die Veröffentlichung im Bundesarztregister der KBV genutzt. Die Beantwortung zu den Merkmalen ist derzeit freiwillig. Die Informationen sollen einer leichteren Orientierung bei der Suche nach Arztpraxen dienen und nicht als Sollvorgabe hinsichtlich der Praxisausstattung und auch nicht im Sinne von Mindeststandards. Zukünftig wird diese Datenerhebung um Informationen zur barrierefreien Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung erweitert. Mit der neuen Richtlinie der KBV kann die Aussagekraft hinsichtlich der Barrierefreiheit der Vertragsarztpraxen in Deutschland deutlich erhöht werden. Perspektivisch soll die Datenlieferung für jeden an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer zukünftig verpflichtend werden.

Im Gegensatz zur vertragsärztlichen Versorgung wird die vertragszahnärztliche Versorgung derzeit gesetzlich nicht adressiert. Kriterien zur Barrierefreiheit in Zahnarztpraxen liegen bisher noch nicht vor. Allerdings werden auf den Internetseiten der KZBV Informationen zur Gestaltung einer barrierearmen Praxis bereitgestellt. Hierzu gehört beispielsweise eine Checkliste zur barrierearmen Zahnarztpraxis, die Zahnärztinnen und Zahnärzte dabei unterstützt, worauf bei einem Um- oder Neubau der Praxis im Hinblick auf eine barrierearme Ausgestaltung geachtet werden sollte.

Auskünfte aus dem Bundesarztregister über die Barrierefreiheit der vertragsärztlichen Versorgung von Arztpraxen sind unter der Rubrik „Arzt- und Psychotherapeutensuche“ auf der Website [www.116117.de](http://www.116117.de) abrufbar. Hier können Patientinnen und Patienten anhand von Filtermöglichkeiten zu verschiedenen Merkmalen der Barrierefreiheit geeignete an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer entsprechend der angegebenen Postleitzahl finden. Darüber hinaus bieten einige KVen diese Funktion auch auf ihren eigenen Websites an, andere verweisen wiederum direkt auf die Website [www.116117.de](http://www.116117.de). Diese ist im Übrigen barrierearm und auch in Leichter Sprache gestaltet.

**Ziel:** Die Kriterien zur Barrierefreiheit werden angepasst. Anhand der Kriterien werden den Patientinnen und Patienten Informationen zur Barrierefreiheit in geeigneter Weise bereitgestellt.

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
<p>Das BMG wird sich für eine gesetzliche Regelung einsetzen, dass auch die KZVen verpflichtet sind, im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit) zu informieren.</p> <p>Als Grundlage kann die für den vertragszahnärztlichen Bereich gegebenenfalls anzupassende Richtlinie der KBV nach § 75 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3a SGB V dienen.</p> <p>Die KZBV soll zukünftig ebenfalls eine barrierefreie und digitale Zahnarztsuche auf ihrer Website anbieten, die vergleichbar mit dem System der KBV ist. Dies kann auch in Verbindung mit</p>	Gesetzliche Regelung	<p>BMG und Gesetzgeber</p> <p>KZVen und KZBV, gegebenenfalls im Austausch mit der KBV und den Landeszahnärztekammern</p> <p>Bundesfachstelle Barrierefreiheit</p> <p>Interessenvertretung der Patientinnen und Patienten nach § 140f SGB V</p>	Langfristig und fortlaufend

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
bestehenden Systemen der Landeszahnärztekammern erfolgen.			
Das BMG wird sich für eine gesetzliche Regelung einsetzen, dass sich die Vertragspartner (KBV, KZBV, Bundesfachstelle Barrierefreiheit und Interessenvertretung der Patientinnen und Patienten nach § 140f SGB V) zu einem regelmäßigen Austausch zusammenfinden und die Richtlinie nach § 75 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3a SGB V in einem passenden Turnus oder bei Bedarf angepasst wird. Eine Verpflichtung der Vertrags(zahn)ärzteschaft erfolgt mit einer separaten Maßnahme.	Gesetzliche Änderung	BMG und Gesetzgeber KZBV und KBV Bundesfachstelle Barrierefreiheit Interessenvertretung der Patientinnen und Patienten nach § 140f SGB V	Langfristig
Das BMG wird sich für eine gesetzliche Regelung einsetzen, die die Vertragsärzteschaft und die Vertragszahnärzteschaft verpflichtet, vollständige Angaben darüber, welche Kriterien zur Barrierefreiheit ihre Praxis gemäß der Richtlinie nach § 75 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3a SGB V erfüllt, in den Daten des Zahnarzt- und Arztregisters zu melden. In einer noch festzulegenden Frist haben die KVen und KZVen diese Angaben elektronisch und barrierefrei abzufragen. Nach Zusammenführung dieser Angaben im Bundesarztregister und im Bundeszahnarztregister sind diese barrierefrei und bundesweit einheitlich auf den Websites der KBV und der KZBV zu veröffentlichen.	Gesetzliche Änderung	BMG und Gesetzgeber KVen und KZVen, KBV und KZBV Arzt- und Zahnarztpraxen sowie MVZ und INZ	Langfristig

### 2.1.3. Barrierefreie Kommunikation

Die Möglichkeit zur persönlichen Verständigung ist in sämtlichen Bereichen des Gesundheitswesens von großer Bedeutung. Mitarbeitende der Terminservicestellen der KVen werden daher bereits heute über eine bundesweit einheitliche und strukturierte Qualifizierungsmatrix unter anderem hinsichtlich des Umgangs mit beispielsweise Sprachbarrieren geschult. Darüber hinaus sind die Terminservicestellen der KVen unter der Rufnummer 116117 barrierearm erreichbar. Die KBV weist auf ihrer Website<sup>2</sup> auf die zentralen Aspekte bei der Erstellung eines barrierefreien Webauftritts von Arztpraxen hin und stellt dafür eine entsprechende Broschüre zur Verfügung. Die KZBV verweist auf ihrer Website ebenfalls auf diese Broschüre.

Eine gute Kommunikation zwischen den Patientinnen und Patienten und dem Gesundheitspersonal ist darüber hinaus eine wesentliche Voraussetzung für einen positiven Behandlungsverlauf. Gehörlose oder hochgradig schwerhörige Versicherte haben beispielsweise bei Arztbesuchen bereits heute Anspruch auf die Hinzuziehung einer Gebärdendolmetscherin oder eines Gebärdendolmetschers. Darüber hinaus ist es für Versicherte ohne Kenntnisse der deutschen Sprache bereits über die Praxisuche beziehungsweise Arztsuche der KVen möglich, gezielt nach Vertragsärztinnen und Vertragsärzten oder Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten mit bestimmten Fremdsprachenkenntnissen in einer Region zu suchen. Im Koalitionsvertrag „Mehr Fortschritt wagen“ wurde darüber hinaus vereinbart, dass die

<sup>2</sup> <https://www.kbv.de/html/barrierefreiheit.php>

Sprachmittlung auch mit Hilfe digitaler Anwendungen im Kontext notwendiger medizinischer Behandlungen Bestandteil des SGB V werden soll.

Patientenrechte stehen allen Bürgerinnen und Bürgern im Rahmen eines Behandlungsverhältnisses zu. Sie gelten gegenüber den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, aber auch gegenüber anderen Leistungserbringern wie beispielsweise Psycho- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten. Sie umfassen etwa das Recht auf Einsicht in die Behandlungsunterlagen, das Recht auf Information und Aufklärung und das Recht auf Selbstbestimmung. Das bedeutet, dass eine medizinische Behandlung grundsätzlich nur mit Einwilligung der Patientin beziehungsweise des

Patienten erfolgen darf. Teilweise werden mit dem Begriff „Patientenrechte“ umgangssprachlich auch weitere Rechte bezeichnet. Hierzu zählt zum Beispiel das gegenüber den Krankenkassen bestehende Recht auf freie Arztwahl. Durch das am 26. Februar 2013 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) sind die zuvor nur durch Richterrecht geltenden Rechte von Patientinnen und Patienten ausdrücklich gesetzlich festgeschrieben worden.

**Ziel:** Barrieren in Bezug auf die Kommunikation im Gesundheitswesen werden abgebaut. Die Patientenrechte werden weiterentwickelt.

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Die Patienteninformation zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) wird zukünftig in Leichter Sprache bereitgestellt.	Durch Selbstverwaltung möglich	Selbstverwaltung, G-BA	Kurzfristig
Um Barrieren bei der Terminvergabe abzubauen, wird sich das BMG für eine gesetzliche Regelung einsetzen, dass alle an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, wie zum Beispiel Vertragsarztpraxen und -zahnarztpraxen, künftig sicherzustellen haben, dass neben einer telefonischen Terminvereinbarung, welche weiterhin während der Sprechstundenzeiten zu gewährleisten ist, auch andere barrierefreie Buchungsmöglichkeiten, wie zum Beispiel SMS, Apps oder E-Mail, bestehen. Hierzu kann beispielsweise auch auf die Website der Terminservicestelle (TSS) der KVen ( <a href="http://www.116117.de">www.116117.de</a> ), welche barrierearm zu erreichen ist (zum Beispiel telefonisch, digital oder per Fax), verlinkt werden.	Gesetzliche Änderung	BMG und Gesetzgeber KVen und KZVen KBV und KZBV Arzt- und Zahnarztpraxen sowie auch MVZ und INZ	Langfristig und fortlaufend
Das BMG wird zur Umsetzung des Auftrags, die Sprachmittlung im SGB V zu verankern, auf der Grundlage von bereits durchgeführten Fachgesprächen Regelungen erarbeiten, die zeitnah eingebracht werden sollen.	Gesetzliche Regelung	BMG und Gesetzgeber	Kurzfristig
Das BMG prüft, ob im Rahmen der Verankerung der Sprachmittlung im SGB V auch Dolmetscherleistungen für Gebärdensprache beziehungsweise Gehörlose berücksichtigt werden sollen.	Gesetzliche Regelung	BMG und Gesetzgeber	Langfristig

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Die Patientenrechte sollen weiterentwickelt werden. Dies kommt allen Patientinnen und Patienten zugute und stärkt deren Stellung und Rechte, insbesondere im Hinblick auf etwaige Behandlungsfehler.	Bundesgesetz	BMG und Gesetzgeber	Kurzfristig

## 2.2. Barrierefreiheit in weiteren Gesundheitseinrichtungen

### 2.2.1. Krankenhäuser

Die Barrierefreiheit in Krankenhäusern ist eine wesentliche Voraussetzung für eine angemessene stationäre Behandlung von Menschen mit Behinderungen. Dabei stellt sich die Krankenhauslandschaft Deutschlands sehr heterogen dar. Gemäß dem Krankenhausfinanzierungsgesetz ist die Finanzierung der in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser dual ausgestaltet. Für die Betriebskosten zur Behandlung von Patientinnen und Patienten kommen die Krankenkassen auf. Für die Finanzierung der Investitionskosten sind hingegen die Länder zuständig. Ihnen obliegt auch die Sicherstellung der flächendeckenden stationären Versorgung.

Im Rahmen der Krankenhausplanung prüfen die Länder, wie die Krankenhausstrukturen im Land ausgestaltet werden sollen, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit digital ausgestatteten, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten. Hierzu stellt jedes Land einen Krankenhausplan nach Maßgabe der landesgesetzlichen Bestimmungen auf. Aktuell werden darin in der Regel die für die Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser nach Standort, Zahl der Betten, Fachrichtungen und Versorgungsstufe dargestellt. Die Krankenhauspläne werden in gewissen zeitlichen Abständen weiterentwickelt. Hierbei erfolgt unter anderem eine Bedarfsanalyse und -ermittlung, bei der geänderte Versorgungsbedarfe, zum Beispiel infolge des demografischen Wandels, in den einzelnen Regionen berücksichtigt werden.

Die Herstellung der Barrierefreiheit betrifft insbesondere die Investitionsfinanzierung, die in der Organisationshoheit der Einrichtungsträger und der Finanzierungsverantwortung der Länder liegt. Die Krankenhausgesetze verschiedener Länder enthalten daher auch die ausdrückliche Verpflichtung der Krankenhäuser, 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. Der Bund unterstützt die Investitionsförderung der Länder mit dem Krankenhauszukunftsfonds. Aus den Mitteln des Krankenhauszukunftsfonds kann unter anderem die Anpassung der technischen Ausstattung der Notaufnahmen von Krankenhäusern an den Stand der Technik gefördert werden. Ausweislich der Gesetzesbegründung gehört hierzu auch die Herstellung der Barrierefreiheit von Notaufnahmen.

Auskunft über die Barrierefreiheit von Krankenhäusern können die Qualitätsberichte der Krankenhäuser geben. Zugelassene Krankenhäuser sind verpflichtet, strukturierte Qualitätsberichte für ihre einzelnen Standorte zu erstellen. Mit den Qualitätsberichten der Krankenhäuser sollen die Transparenz über Leistungen und die Qualität der medizinischen Versorgung in Krankenhäusern verbessert sowie Patientinnen und Patienten eine angemessene Auswahlentscheidung ermöglicht werden. Die Regelungen zu Inhalt und Umfang der Berichte legt der G-BA fest. Gemäß dieser Regelung übernehmen der G-BA und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen die Veröffentlichung der Qualitätsberichte. In den Qualitätsberichten sind unter anderem Angaben zu vorhandenen Fachabteilungen, Angaben zur Anzahl des ärztlichen und pflegerischen Personals, zum Leistungsspektrum bei Diagnostik und Behandlung, zu medizinisch-pflegerischen Angeboten sowie zur Barrierefreiheit enthalten. In den Regelungen des G-BA zu den Qualitätsberichten finden sich berichtsjahresspezifisch die Kriterien zur Barrierefreiheit, die die Krankenhäuser in ihren Qualitätsberichten, sofern zutreffend, anzugeben haben. Mit 37 Kriterien (sogenannte Auswahlelemente) werden bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Barrierefreiheit bezogen auf unterschiedliche Behinderungsgruppen in sieben Gruppen abgefragt.

Die Qualitätsberichte werden vom G-BA für alle verfügbaren Berichtsjahre über einen Downloadbereich bereitgestellt.<sup>3</sup>

Darüber hinaus werden mit dem Bundes-Klinik-Atlas seit Mai 2024 für Patientinnen und Patienten verständlich und transparent Informationen über den Umfang und die Qualität der Versorgung sowie die Personalausstattung in den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt. Der Bundes-Klinik-Atlas befindet sich kontinuierlich in der Weiterentwicklung und wird regelmäßig durch weitere Daten ergänzt.

Mit der geplanten Krankenhausreform (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) sollen künftig Leistungen der Krankenhausbehandlung in Leistungsgruppen eingeteilt werden, für die jeweils Qualitätskriterien als Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität festgelegt werden. Durch die Festlegung und Fortentwicklung bundeseinheitlicher Qualitätskriterien für die einzelnen Leistungsgruppen soll die Qualität der medizinischen Versorgung gestärkt werden. Davon können auch Menschen mit Behinderungen profitieren.

**Ziel:** Barrieren bei der Versorgung in Krankenhäusern werden abgebaut.

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Die Begleitung für Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus wird auf der Grundlage der im Jahr 2025 vorzulegenden Evaluationsergebnisse zu § 44b SGB V und § 113 Absatz 6 SGB IX auch im Hinblick auf etwaige Regelungslücken bezüglich des anspruchsberechtigten Personenkreises erforderlichenfalls fortentwickelt.	Fortentwicklung auf der Grundlage von Evaluationsergebnissen	BMG	Langfristig
Das BMG wird die Rahmenvertragspartner auffordern, den Rahmenvertrag zum Entlassmanagement unter Beteiligung der Betroffenen im Hinblick auf die besonderen Versorgungssituationen von Menschen mit Behinderungen zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen.	Anpassung Rahmenvertrag Entlassmanagement	Rahmenvertragspartner KBV, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), GKV-SV	Kurzfristig

### 2.2.2. Rehabilitationseinrichtungen

Versicherte haben Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. § 40 Absatz 1 SGB V beschreibt den Anspruch der Versicherten auf ambulante Rehabilitationsleistungen, die aus medizinischen Gründen erforderlich sind. Dies schließt mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen ein. Diese können in der Häuslichkeit oder auch in Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden. Soweit ambulante Rehabilitationsleistungen nicht ausreichen, kann die Krankenkasse auch stationäre Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen erbringen. Voraussetzung sowohl für ambulante als auch stationäre Maßnahmen ist

die medizinische Notwendigkeit. Nähere Einzelheiten zur Versorgung mit Rehabilitationsleistungen regelt die Rehabilitations-Richtlinie des G-BA.

Mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz vom 29. Oktober 2020 wurde das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten bei den Rehabilitationseinrichtungen gestärkt. Der Mehrkostenanteil, den Versicherte tragen müssen, wenn sie eine andere als die von der Krankenkasse zugewiesene Reha-Einrichtung wählen, ist halbiert worden. Damit wurde die Wahl einer barrierefreien Einrichtung erleichtert.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung vom 11. Juli 2021 wurde außerdem gesetzlich geregelt, dass der GKV-SV im Rahmen der Veröffentlichung von Ergebnissen aus dem Qualitätssicherungs-

<sup>3</sup> <https://www.g-ba-qualitaetsberichte.de/#/login>

verfahren Rehabilitation der gesetzlichen Krankenkassen Informationen über die Barrierefreiheit von Rehabilitationseinrichtungen bereitstellen soll. Die sogenannte Einrichtungssuche ist auf der „QS Reha®“-Homepage des GKV-SV abrufbar und ermöglicht, per Filterfunktion nach geeigneten Einrichtungen zu suchen.<sup>4</sup>

Darüber hinaus wurden auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. Rahmenempfehlungen für den Bereich der ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation erarbeitet, die auf eine an einheitlichen Grundsätzen ausgerichtete Leistungserbringung abzielen. Sie enthalten unter anderem allgemeine personelle, räumliche und apparative Anforderungen an die Leistungserbringung, die von den Ver-

einbarungspartnern in ihrem Zuständigkeitsbereich verpflichtend umzusetzen sind. Der Barrierefreiheit insbesondere für Menschen mit motorischen, sensorischen, psychischen oder kognitiven Beeinträchtigungen wird damit in den Rahmenempfehlungen eine besondere Bedeutung eingeräumt. Dies bedeutet vor allem, dass alle medizinischen Rehabilitationseinrichtungen in räumlicher und baulicher Hinsicht einschließlich der zum Einsatz kommenden Hilfsmittel und therapeutischen Geräte den Anforderungen einer barrierefreien Gestaltung entsprechen sollten.

**Ziel:** Barrieren bei der Versorgung in Rehabilitationseinrichtungen werden abgebaut.

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
In Anlehnung an § 125 Absatz 4 SGB V wird den Rahmenempfehlungspartnern nach § 111 Absatz 7 SGB V der Auftrag erteilt, das Thema Barrierefreiheit in der Rehabilitation der GKV zu adressieren.	Gesetzliche Anpassung von § 111 SGB V	BMG und Gesetzgeber	Kurzfristig

### 2.2.3. Öffentlicher Gesundheitsdienst

Die Barrierefreiheit von Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) wird in baurechtlichen Vorgaben des Bundes, der Länder und Kommunen geregelt.

Das BMG befürwortet, dass neue Einrichtungen des ÖGD barrierefrei gestaltet und Ausbau, Umbau sowie Sanierungsmaßnahmen an Bestandsgebäuden des ÖGD hinsichtlich Barrierefreiheit gefördert werden.

Menschen mit besonderen Bedarfen sind auf angemessene, niedrigschwellige und gegebenenfalls aufsuchende Versorgungsangebote des ÖGD angewiesen. Das BMG begrüßt deshalb den Ausbau von Onlineberatungsangeboten, die Erreichbarkeit durch das Online-Zugangsgesetz sowie den Einsatz von Leichter Sprache und Schriftsprachdolmetschern sowie Gebärdensprachdolmetschern für Hörbehinderte und taube Menschen.

Die ihnen zustehende Teilhabe von Menschen mit besonderen Bedarfen an Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung ist nur möglich, wenn die Angebote barrierefrei gestaltet sind. Das BMG befürwortet daher,

dass bei der Konzeption und Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sowie bei den Beratungen und aufsuchenden Angeboten durch den ÖGD die Barrierefreiheit berücksichtigt wird.

Erwachsene und Kinder mit Behinderungen sind früher und häufiger von begleitenden Erkrankungen betroffen. Zur Durchsetzung ihrer Interessen bei Versorgungsansprüchen sind sie auf die Durchführung von Begutachtungen und Schwerbehindertenverfahren angewiesen. Die von ihnen dafür beizubringenden Unterlagen sind oft umfangreich.

Daher begrüßt das BMG, dass der ÖGD Nutzungsberechtigter der elektronischen Patientenakte nach spezifischer Zustimmung der Betroffenen ist. Dies trägt wesentlich zur Erleichterung der Durchführung und Amtsermittlung bei Begutachtungen und Schwerbehindertenverfahren bei.

Kinder und Erwachsene mit geistigen und/oder schweren Mehrfachbehinderungen haben hinsichtlich ihrer Zahn- und Mundgesundheit besondere Risiken und Bedarfe. Untersuchungsergebnisse bei Kindern an Förderschulen

<sup>4</sup> <https://www.qs-reha.de/einrichtungssuche/einrichtungssuche.jsp>



zeigen eine erhebliche orale Krankheitslast, wie zum Beispiel Karies, Gingivitis, Parodontitis, Zahn- und Kieferfehlstellungen, welche ihre zukünftige individuelle orale Gesundheit stark beeinträchtigen kann. Deshalb ist es sinnvoll, frühzeitig Risiken zu erkennen und eine gesunde

Entwicklung der oralen Strukturen und deren Erhalt zu unterstützen.

**Ziel:** Barrieren bei der Versorgung in Einrichtungen des ÖGD werden abgebaut. Die Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung werden verbessert.

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Das BMG setzt sich dafür ein, dass sich Einrichtungen des ÖGD in besonderer Weise der Barrierefreiheit hinsichtlich ihrer Erreichbarkeit, baulicher Maßnahmen und ihrer Angebote verpflichtet sehen.	Empfehlung	Bund, Länder und Kommunen	Langfristig
Um die Prävention und Gesundheitsförderung nach Bedarf und zielgruppenspezifisch zu gestalten, wird das BMG sich dafür einsetzen, eine Grundlage zur Datennutzung für den ÖGD zur Bewertung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung zu schaffen.	Gesetzliche Neuregelung	BMG und Gesetzgeber	Kurzfristig
Der ÖGD mit der Expertise der Zahnärztlichen Dienste wird in die Zusammenarbeit mit Sozialpädiatrischen Zentren/Kinder- und Jugendambulanz sowie Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderungen eingebunden.	1. Unterstützung des fachlichen Austauschs und der Vernetzung (Kongressförderung, Fachtagung)  2. Strukturelle Verbesserung der Zusammenarbeit	1. BMG 2. Kommunen	1. Kurzfristig 2. Langfristig

#### 2.2.4. Apotheken

Die Barrierefreiheit von Apotheken wird in der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) geregelt. Sie gibt vor, dass die Offizin einen Zugang zu öffentlichen Verkehrsflächen haben muss und barrierefrei erreichbar sein soll. Die Auslegung und der Vollzug apothekenrechtlicher Vorschriften obliegen den zuständigen Behörden der Länder.

Mit der Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung und der Arzneimittelpreisverordnung wurde 2018 der Botendienst der Apotheken gestärkt, indem er auf Kundenwunsch grundsätzlich zulässig ist. Die

Patientinnen und Patienten können in diesem Zusammenhang auch im Wege der Telekommunikation durch die Apotheke beraten werden. Bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln kann die Übergabe der Verschreibung auch bei der Aushändigung der Arzneimittel erfolgen, wenn der Botendienst durch pharmazeutisches Personal der Apotheke durchgeführt wird. Zudem ist der Versand von apothekenpflichtigen Arzneimitteln unter bestimmten Voraussetzungen möglich.

**Ziel:** Barrieren beim Zugang zur Versorgung durch Apotheken werden abgebaut.

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Das BMG wird im Austausch mit den Apothekerverbänden auf eine Sensibilisierung der Apothekerschaft und der Apothekenmitarbeitenden zum Thema Barrierefreiheit, insbesondere auch beim Handel mit Arzneimitteln über das Internet, hinwirken.	Austausch mit beteiligten Akteuren	BMG in Zusammenarbeit mit Apothekerverbänden	Kurzfristig

**2.2.5. Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB) sowie Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)**

Im Koalitionsvertrag „Mehr Fortschritt wagen“ ist unter anderem vereinbart, MZEB bundesweit auszubauen. Vor diesem Hintergrund hat das BMG in einem Fachdialog zum Thema MZEB am 7. Mai 2024 mit den Ländern und den übrigen zentralen Akteurinnen und Akteuren bestehende Umsetzungsprobleme bei der bundesweiten Etablierung von MZEB erörtert. Aus dem Dialog haben sich verschiedene Impulse, insbesondere im Hinblick auf eine bessere Vernetzung der Akteurinnen und Akteure untereinander, ergeben. Zu nennen sind zum Beispiel die Aufnahme des Kontakts der Akteurinnen und Akteure mit den Landesvertretungen im Vorfeld von Sitzungen des Zulassungsausschusses oder Gespräche der MZEB-Träger mit den Krankenkassen und KVen. Die KBV hat in der Folge im Juli 2024 einen Workshop zum Thema MZEB durchgeführt.

Ein wesentlicher Diskussionspunkt in den Ermächtigungsverfahren ist die Frage, ob und in welchem Umfang in MZEB auch Behandlungen erbracht werden dürfen. Der Wortlaut des § 119c SGB V sieht eindeutig die Möglichkeit der Behandlungsermächtigung für MZEB vor und kann nach Auffassung der BMG insofern bestehen bleiben. In den einzelnen Zulassungsausschüssen bestehen zudem teilweise sehr unterschiedliche Auffassungen hinsichtlich der mit den MZEB adressierten Patientinnen und Patienten. Außerdem sind die Ermächtigungsverfahren teilweise sehr zeitaufwändig und damit belastend für potenzielle Betreiber von MZEB. Um diesen Umsetzungsproblemen bei der Etablierung von MZEB wirksam zu begegnen, ist eine gesetzliche Ergänzung beabsichtigt: Es soll ein gesetzlicher Auftrag an die Selbstverwaltung zur

Festlegung verbindlicher Rahmenvorgaben für die Ausgestaltung von MZEB und die Ermächtigungsverfahren vorgesehen werden.

Gesetzlich versicherte Kinder haben Anspruch auf nicht-ärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden. Der Anspruch ist auf Leistungen begrenzt, die erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen. Für eine Begleitung der chronisch kranken Kinder und Jugendlichen von der pädiatrischen Versorgung in den SPZ in die Weiterbehandlung in der medizinischen Versorgung von Erwachsenen ist das Alter der Kinder als Orientierung zugrunde zu legen. Um einen für alle Beteiligten guten und vertretbaren Übergang vom SPZ zur Weiterbehandlung gewährleisten zu können, sollen die Altersgrenzen für Situationen mit besonderem Bedarf angehoben werden. Mit einer Erhöhung der Altersgrenze bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres bekämen die SPZ zusätzlich die Möglichkeit zur Weiterversorgung im erforderlichen Einzelfall.

In der Fachöffentlichkeit wird im Hinblick auf SPZ und MZEB aufgrund hoher Investitionskosten und eines großen Personalbedarfs eine mangelnde Planungssicherheit infolge zu kurzer Ermächtigungszeiträume beklagt. Um diesem Problem zu begegnen, das auch die Etablierung neuer Einrichtungen behindern kann, ist beabsichtigt, regelmäßig eine ausreichend lange Ermächtigungsdauer festzulegen.

**Ziel:** Barrieren beim Zugang zu MZEB und SPZ werden abgebaut.

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Das BMG unterstützt bei Bedarf bei der Organisation der bilateralen Austauschformate	Fachdialog MZEB	BMG, Länder, Verbände	Sofort

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
zwischen den Akteurinnen und Akteuren, die eine bundesweite Vereinheitlichung der MZEB zum Ziel haben.			
Das BMG wird sich für eine gesetzliche Ergänzung der bestehenden Ermächtigungsnorm einsetzen, welche einen Auftrag an die Selbstverwaltung zur Festlegung verbindlicher Rahmenbedingungen bezüglich der Ermächtigungen von MZEB zur Vereinheitlichung der Inhalte und Verfahren vorsieht.	Gesetzliche Änderung	BMG und Gesetzgeber	Kurzfristig
Das BMG wird sich für gesetzliche Regelungen einsetzen, die eine regelhafte Ermächtigungsdauer von zehn Jahren für SPZ und MZEB vorsehen.	Gesetzliche Änderung	BMG und Gesetzgeber	Kurzfristig
Das BMG wird eine Regelung vorsehen, die Versicherten bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres zusätzlich die Weiterversorgung in einem SPZ ermöglicht, sofern das im Einzelfall erforderlich ist.	Gesetzliche Änderung	BMG und Gesetzgeber	Kurzfristig

### 2.3. Barrierefreiheit in weiteren Bereichen der Gesundheitsversorgung

#### 2.3.1. Medizinprodukte

Medizinprodukte umfassen eine große Bandbreite von medizintechnischen Produkten und Verfahren. Sie retten Leben, helfen zu heilen und verbessern die Lebensqualität der Menschen. Hierzu gehören alltägliche Medizinprodukte wie Gehhilfen und Rollstühle, aber auch Blutdruck- oder Blutzuckermessgeräte, Insulinpumpen und In-vitro-Diagnostika zur Eigenanwendung wie Schwangerschafts- oder Coronatests. Sie leisten dabei einen wichtigen Beitrag für eine effiziente Gesundheitsversorgung. Damit Medizinprodukte auf dem europäischen

Markt in den Verkehr gebracht oder in Betrieb genommen werden können, müssen sie mit einer CE-Kennzeichnung versehen werden. Die CE-Kennzeichnung darf nur angebracht werden, wenn das Produkt die grundlegenden Sicherheits- und Leistungsanforderungen erfüllt. Die Hersteller müssen bereits heute die technischen Kenntnisse und Erfahrungen sowie die gesundheitliche und körperliche Verfassung der vorgesehenen Anwenderinnen und Anwender berücksichtigen, um durch Anwendungsfehler bedingte Risiken auszuschließen beziehungsweise zu verringern. Gleichwohl sind gerade alltägliche Medizinprodukte oft nicht barrierefrei konzipiert.

**Ziel:** Die Barrierefreiheit von Medizinprodukten und Medizintechnik wird verbessert.

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Das BMG wird Fachgespräche mit Herstellern von Medizinprodukten und Betroffenen initiieren, um die Hersteller dafür zu sensibilisieren, das Design von Produkten, Programmen und Dienstleistungen anzupassen, damit sie auch für Personen mit besonderen Bedarfen und Bedürfnissen gebrauchstauglich sind.	Fachgespräche	BMG	Kurzfristig

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Das BMG wird eine Umfrage durchführen, um bei Ärztinnen und Ärzten den Bedarf an barrierefreien Medizinprodukten für die Praxisausstattung zu ermitteln, zum Beispiel die Ausstattung bei Frauenärztinnen und Frauenärzten.	Umfrage	BMG	Kurzfristig

### 2.3.2. Hilfsmittel

Versicherte der GKV haben Anspruch auf eine Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln. Sie müssen im Einzelfall erforderlich sein, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Der Umfang der Hilfsmittelversorgung ist groß und die Leistungsansprüche im Rahmen der GKV gut ausgebaut. Dennoch gibt es weiterhin Barrieren. Insbesondere Selbsthilfeszusammenschlüsse von Menschen mit Mehrfachbehinderungen und Sinneseinschränkungen weisen immer wieder darauf hin, dass viele Hilfsmittel nicht barrierefrei ausgestaltet sind. Darüber hinaus gibt es Beschwerden darüber, dass der Zugang zu den Räumlichkeiten von Anbieterinnen und Anbietern von Hilfsmitteln wie zum Beispiel Sanitäts-

häuser, Hörakustikerinnen und Hörakustiker und orthopädie- und rehathechnische Betriebe, Medizintechnikerinnen und Medizintechniker sowie den darin vorgehaltenen Einrichtungen nicht immer barrierefrei sind. Deshalb gilt es, an zwei Punkten anzusetzen: zum einen an dem Präqualifizierungsverfahren, das Hilfsmittel-erbringende durchlaufen müssen, um Verträge mit Krankenkassen zur Hilfsmittelversorgung schließen zu können; zum anderen am Hilfsmittelverzeichnis. Das Hilfsmittelverzeichnis enthält nicht nur rund 44.000 erstattungsfähige Hilfsmittel. Es beinhaltet darüber hinaus auch die Qualitätsanforderungen an die Produkte und die mit ihnen verbundenen Dienstleistungen, die mindestens einzuhalten sind.

**Ziel:** Barrieren bei der Inanspruchnahme von Hilfsmitteln werden abgebaut.

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Das BMG wird auf eine gesetzliche Regelung hinwirken, dass das Genehmigungsverfahren für Hilfsmittel, die in SPZ und MZEB verordnet werden, durch den Wegfall der Einbeziehung des Medizinischen Dienstes vereinfacht und verkürzt wird.	Regelung im Entwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) bereits enthalten	BMG und Gesetzgeber	Sofort
Der GKV-SV wird unter Einbeziehung der Patientenorganisationen nach § 140f SGB V prüfen, welche weiteren Anforderungen hinsichtlich der Barrierefreiheit von Hilfsmittelerbringenden auf Basis der geltenden Rechts- und Gesetzeslage gegebenenfalls in die Empfehlungen nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V zur Präqualifizierung aufgenommen werden könnten.	Prüfung	GKV-SV	Kurzfristig
Das BMG wird eine gesetzliche Regelung prüfen, die dem GKV-SV den Auftrag gibt, in seinen Empfehlungen nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V zur Präqualifizierung von Hilfsmittelerbringern Vorgaben zur Barrierefreiheit zu berücksichtigen.	Gesetzliche Änderung	BMG und Gesetzgeber	Langfristig

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Das BMG wird auf eine gesetzliche Regelung hinwirken, dass der GKV-SV zukünftig in seinen jährlichen Berichten gemäß § 139 Absatz 9 Satz 3 SGB V zur Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses auch Angaben zur Barrierefreiheit von Hilfsmitteln und zu deren Anteil an den im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Hilfsmitteln machen wird.	Gesetzliche Änderung	BMG GKV-SV	Langfristig

### 2.3.3. Arzneimittel

Die Regelungen zur Lesbarkeit und zum Inhalt von Packungsbeilagen für Arzneimittel sind europäisch harmonisiert und im Arzneimittelgesetz umgesetzt. Bei der Zulassung eines Arzneimittels ist ein Textentwurf der Packungsbeilage vorzulegen, der im Rahmen der Zulassung einer behördlichen Bewertung unterzogen wird. In der europäischen „Readability Guideline“ sind nähere Spezifikationen zur Gestaltung der Packungsbeilage, zum Beispiel für blinde und sehbehinderte Patientinnen und Patienten, sowie zu Konsultationen mit Patientenzielgruppen im Hinblick auf Lesbarkeit und Nützlichkeit der Packungsbeilage geregelt.

Das BMG setzt sich seit Jahren im Interesse der Patientinnen und Patienten auf europäischer Ebene dafür ein, die Lesbarkeit und den Inhalt von Packungsbeilagen weiter zu verbessern, damit insbesondere auch für Menschen mit Behinderungen Barrieren abgebaut werden.

Die Europäische Kommission hat im Rahmen der Überarbeitung des europäischen Arzneimittelrechts Vorschläge zu einer elektronischen Produktinformation (digitaler Beipackzettel) vorgelegt. Die entsprechenden Digitalisierungsoptionen werden aktuell geprüft.

Die Verpackung eines Fertigarzneimittels, die auch den Blister von Tabletten umfasst, wird im Rahmen des Zulassungsantrags durch die zuständige Behörde geprüft und genehmigt.

Die Anforderungen an pharmazeutische Primärverpackungen sind im Europäischen Arzneibuch beschrieben. Unter anderem müssen primäre Verpackungsmaterialien das Arzneimittel vor physikalischen, mikrobiologischen oder chemischen Einflüssen schützen. Die Qualität des geprüften und freigegebenen Arzneimittels muss bis zur

Anwendung durch die Patientinnen und Patienten gesichert sein.

Neben diesen Aspekten muss auch die einfache und sichere Handhabung durch die Patientinnen und Patienten gewährleistet sein. In diesem Sinne werden Verpackungen von Fertigarzneimitteln entsprechend den Maßgaben verschiedener DIN-Normen geprüft, um die Eignung für verschiedene Anwendergruppen, wie zum Beispiel für blinde und sehbehinderte Patientinnen und Patienten, festzustellen. Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass in Einzelfällen Probleme bei der Handhabung auftreten können.

Die Kennzeichnungsvorschriften für Arzneimittel sind europäisch harmonisiert. Gemäß den Vorschriften muss lediglich der Arzneimittelname in Brailleschrift angegeben werden. Der Zulassungsinhaber ist verpflichtet, die Packungsbeilage auf Ersuchen von Patientenorganisationen in Formaten verfügbar zu machen, die für blinde und sehbehinderte Personen geeignet sind.

Bei der Erforschung und Entwicklung neuer Arzneimittel werden geschlechtsspezifische Unterschiede gemäß internationalen Leitlinien und gesetzlichen Rahmenbedingungen sowohl im präklinischen wie auch im klinischen Entwicklungsprogramm berücksichtigt. Die Vorgaben für klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln sind europarechtlich durch die Verordnung (EU) Nr. 536/2014 vollharmonisiert. Demnach sollen die an einer klinischen Prüfung Teilnehmenden repräsentativ für die Bevölkerungsgruppen sein, die voraussichtlich das in der klinischen Prüfung untersuchte Arzneimittel anwenden werden. Angaben zu geschlechtsspezifischen Unterschieden werden evidenzbasiert auch in der Produktinformation des jeweiligen Arzneimittels berücksichtigt.

**Ziel:** Barrieren bei der Inanspruchnahme von Arzneimitteln werden abgebaut.

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Das BMG wird sich weiterhin auf europäischer Ebene dafür einsetzen, die Lesbarkeit und den Inhalt der Packungsbeilagen auch im Hinblick auf Barrierefreiheit zu verbessern.	Austausch auf EU-Ebene	BMG	Fortlaufend
Das BMG wird im Rahmen der Überarbeitung des europäischen Arzneimittelrechts prüfen, ob die vorgeschlagene Erweiterung der Kennzeichnungsvorschriften (Brailleschrift) für Arzneimittel auf die Darreichungsform geeignet ist.	Austausch auf EU-Ebene	BMG	Kurzfristig

### 2.3.4. Heilmittel

Im Rahmen der Heilmittelversorgung wurden die Vertragspartnerinnen und Vertragspartner verpflichtet, Empfehlungen für die Ausgestaltung barrierefreier Praxen der Heilmittelerbringer zu vereinbaren. Diese Vorgabe haben der GKV-SV und die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene umgesetzt. In ihren bundesweiten Verträgen zur Heilmittelversorgung haben die Vertragspartnerinnen und Vertragspartner jeweils vereinbart, dass die Leistungserbringer im Rahmen der Zulassung auch Angaben zur Barrierefreiheit und zum rollstuhlgerechten Zugang der jeweiligen Praxis machen müssen. Diese sind vom GKV-SV in die von ihm zu veröffentlichende Liste der zugelassenen Leistungserbringer („Heilmittelerbringerliste“<sup>5</sup>) aufzunehmen. Dabei ist der Verpflichtungsgrad dieser Angaben je nach Heilmittelbereich unterschiedlich stark. Während in der Physiotherapie und der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie beide Angaben obligatorisch sein sollen, sind diese Angaben laut den Verträgen in der Ergotherapie, Podologie und Ernährungstherapie teilweise freiwillig. Alle fünf Verträge sehen vor, dass die Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer des jeweiligen Heilmittelbereiches und die Arbeitsgemeinschaften, die die Krankenkassen auf Länderebene zur Zulassung der Heilmittelerbringer (ARGEn) gebildet haben, die Heilmittelerbringer über Fragen der Barrierefreiheit von Praxisräumen informieren. Der Vertrag zur Ergotherapie enthält darüber hinaus Hinweise,

worauf bei der Ausgestaltung einer barrierefreien Praxis zu achten ist.

Der G-BA ist gesetzlich dazu verpflichtet, das Nähere zur Versorgung von Versicherten mit langfristigem Heilmittelbedarf zu regeln. Diesem Auftrag ist er in seiner Heilmittel-Richtlinie nachgekommen. Entsprechend der Heilmittel-Richtlinie des G-BA ist den besonderen Belangen psychisch kranker, behinderter oder von Behinderung bedrohter sowie chronisch kranker Menschen bei der Versorgung mit Heilmitteln Rechnung zu tragen. Soweit Versicherte dauerhaft auf eine Heilmittelversorgung angewiesen sind, kann die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt einen langfristigen Heilmittelbedarf feststellen. In der Anlage zu der Heilmittel-Richtlinie sind alle Diagnosen aufgelistet, bei denen dies ohne besondere Genehmigung der Krankenkasse möglich ist. Ist die jeweilige Diagnose nicht gelistet, kann die oder der Versicherte bei der Krankenkasse einen Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs im Einzelfall stellen. Ebenso wie in der sonstigen Heilmittelversorgung hat die ärztliche Verordnung auch bei dieser Versorgungsform nur eine begrenzte Gültigkeit. In diesem Fall beträgt sie zwölf Wochen. Dann ist eine erneute Verordnung erforderlich. Auf diese Weise soll gewährleistet werden, dass die Ärztin oder der Arzt die Therapie regelmäßig überprüfen und gegebenenfalls anpassen kann.

**Ziel:** Barrieren bei der Inanspruchnahme von Heilmitteln werden abgebaut.

<sup>5</sup> <https://www.gkv-spitzenverband.de/service/heilmittelerbringer/heilmittelerbringer.jsp>

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Das BMG wird auf eine gesetzliche Regelung hinwirken, dass der GKV-SV die Heilmittelerbringerliste in allen Heilmittelbereichen um die Möglichkeit zur Suche nach barrierefreien und rollstuhlgerechten Praxen erweitert. Die Angaben zur Barrierefreiheit erfolgen bundesweit einheitlich. Die Heilmittelerbringer erhalten eine entsprechende Auskunftspflicht gegenüber den Zulassungsstellen.	Ergänzung des § 124 Absatz 2 SGB V	BMG und Gesetzgeber GKV-SV	Langfristig

### 2.3.5. Infektionsschutz und Krisenfälle

Impfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten präventiven Maßnahmen, die in der Medizin zur Verfügung stehen. Menschen mit Behinderungen sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine vulnerable und gesundheitlich ungleich versorgte Gruppe. Die Gesundheitsförderung und die Prävention bei Menschen mit Behinderungen stellen ein notwendiges sowie sinnvolles Handlungsfeld dar. Herausforderungen bestehen unter anderem in der großen Heterogenität der Menschen mit Behinderungen und in der Kommunikation, zum Beispiel mit Menschen, die nicht sehen, hören oder sprechen können. Mit barrierefreien Informationen können Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gefördert werden.

In der COVID-19-Pandemie konnten durch vielfältige Maßnahmen die Grundlagen hierzu weiter verbessert werden. Aufklärungsblätter und Informationen zu COVID-19-Impfungen stehen in Leichter Sprache und

barrierefrei zur Verfügung. Durch die Einbeziehung vielfältiger Leistungserbringer und insbesondere durch die Schaffung mobiler Impfteams konnte in der Pandemie ein wohnortnahes und niedrigschwelliges Impfangebot zur Verfügung gestellt werden. Weitere Umsetzungen bezüglich der Barrierefreiheit wurden von den Ländern getroffen, die eine tragende Säule der Impfstrategie sind.

Die Hochwasserkatastrophe im Ahrtal belegte zudem eindrücklich die Notwendigkeit, Maßnahmen des Gesundheitsschutzes hinsichtlich ihres Inklusionsanteils zu überprüfen. Inklusion ist bereits ein Teil der Pandemiepläne im BMG. Dennoch besteht aufgrund des Klimawandels und der damit verbundenen zunehmenden Wahrscheinlichkeit des Eintretens von Starkregen oder anderen außergewöhnlichen Wetterereignissen die Notwendigkeit, den inklusiven Gesundheitsschutz in den entsprechenden Notfallplanungen zu überprüfen.

**Ziel:** Barrieren im Bereich des Infektionsschutzes und bei Krisenfällen werden abgebaut.

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Das BMG überprüft seine Notfallplanungen auf deren Berücksichtigung von Inklusion und wird diese gegebenenfalls anpassen. Das BMG wird sich bei der Beteiligung an Notfallplanungen anderer nationaler (zum Beispiel Ressorts, gemeinsame Bund-Länder-Planungen) oder internationaler Akteure (zum Beispiel EU, WHO und NATO) dafür einsetzen, dass die Inklusion berücksichtigt wird.	Überprüfung	BMG	Fortlaufend
Informationsangebote zu Impfungen, wie zum Beispiel <a href="http://impfen-info.de">impfen-info.de</a> , werden barrierefrei gestaltet.	Informationsbereitstellung	BMG, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	Fortlaufend

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Das BMG wird die Länder in Vorbereitung auf zukünftige epidemisch bedeutsame Ausbrüche impfpräventabler Erkrankungen bitten, Impfzentren (inklusive der Terminvergabe) barrierefrei zugänglich zu machen.	Überprüfung	BMG, Länder, Kommunen	Langfristig
Das BMG wird die Länder bitten, niedrighschwellige, barrierefreie Impfangebote (zum Beispiel mobile Impfkationen) zu prüfen, um den Infektionsschutz bei besonders gefährdeten Personengruppen zu fördern.	Überprüfung	BMG, Länder, Kommunen	Langfristig
Das BMG wird prüfen, inwieweit im Rahmen der spezifischen Pandemieplanung und der Planung vor außergewöhnlichen biologischen Gefahrenlagen und anderen Krisensituationen bei der Entwicklung und Anpassung von Konzepten und Managementplänen eine Beteiligung von Menschen mit Behinderungen erfolgen kann.	Prüfung, inwieweit und in welcher Form Dokumente freigegeben werden können zur Beteiligung Dritter (Datenschutz, VS-Einstufung)	BMG	Fortlaufend
Das BMG wird darauf hinwirken, dass barrierefreie Informationen in Krisenfällen bereitgestellt werden.	Informationen	BMG	Fortlaufend

### 2.3.6. Menschen mit ungeklärtem Versicherungsverhältnis

Menschen mit unklarem Versicherungsstatus haben häufiger Schwierigkeiten, bestehende Zugänge zur Krankenversicherung zu realisieren und Gesundheitsversorgung in Anspruch zu nehmen. Hierzu zählen insbesondere wohnungslose Menschen. Die Klärung des Krankenversicherungsstatus stellt eine herausfordernde Aufgabe dar, bei der die Betroffenen ohne Unterstützung zumeist überfordert sind. Gleichfalls können Beitragsschulden gegenüber der Krankenversicherung im Versorgungsalltag eine Erschwernis dafür darstellen, gesundheitliche Leis-

tungen zu erhalten, da dann grundsätzlich nur Leistungen übernommen werden können, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Vor diesem Hintergrund wurde im Koalitionsvertrag „Mehr Fortschritt wagen“ vereinbart, dass für Menschen mit ungeklärtem Versicherungsstatus, insbesondere Wohnungslose, der Zugang zur Krankenversicherung und zur Versorgung geprüft und im Sinne der Betroffenen geklärt wird.

**Ziel:** Barrieren bei der Versorgung von Menschen mit ungeklärtem Versicherungsstatus werden abgebaut.

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Das BMG wird Möglichkeiten des Zugangs zur Krankenversicherung und zur Versorgung für Menschen mit ungeklärtem Versicherungsstatus, insbesondere Wohnungslose, zur Klärung im Sinne der Betroffenen prüfen.	Prüfung gesetzlicher Regelungen	BMG und Gesetzgeber, Länder	Kurzfristig



# Barrierefreiheit in der Langzeitpflege

Es ist ein wesentliches Ziel des BMG, Menschen mit Behinderungen ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Hierzu gehören auch die Gewährleistung und die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung. Im Folgenden werden drei Aspekte aus dem Bereich der Pflegeversicherung näher dargestellt.

## **I. Unterstützung durch Leistungen der Pflegeversicherung sowie Fördermöglichkeiten**

Mit den drei Pflegestärkungsgesetzen (PSG I, PSG II, PSG III) wurde im SGB XI unter anderem ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt. Entsprechende Änderungen erfolgten ebenso im Bereich der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII. Mit der Einführung einer neuen, differenzierten Definition der Pflegebedürftigkeit erhalten wesentlich mehr Menschen Leistungen nach dem SGB XI als zuvor. Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die kognitiv oder psychisch bedingt sind, werden seither bereits unmittelbar bei der Feststellung des Pflegegrades in die Begutachtung mit einbezogen. Das kommt unter anderem Menschen mit Demenz, aber auch Menschen mit intellektuellen oder psychisch bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten zugute. Für viele Menschen mit Behinderungen waren mit den Pflegestärkungsgesetzen erhebliche Leistungsausweitungen verbunden. Zudem wurden die Leistungen flexibilisiert, sodass sie passgenauer auf die jeweilige individuelle Situation der Menschen mit Pflegebedarf angepasst werden können. Die Pflegeversicherung bietet damit ein breites Spektrum an Leistungen und Versorgungsmodellen, um Menschen mit Pflegebedarf zu unterstützen und zugleich ihre Selbstbestimmtheit zu wahren.

Die Pflegeversicherung wurde auch nachfolgend weiterentwickelt. Beispielhaft können das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) und das Gesundheitsversorgungswiderentwicklungsgesetz (GVWG) genannt werden. In der aktuellen Legislaturperiode wurden die Leistungen und Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung zudem mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) weiter verbessert.

### *Verbesserung der Selbsthilfeförderung durch das PpSG*

Mit dem PpSG wurden die Fördermittel für die Förderung der Selbsthilfe in der Pflege deutlich erhöht. Der Förderanteil, den die Pflegeversicherung finanziert, wurde auf 75 Prozent angehoben. Außerdem wurde die Förderung von Gründungszuschüssen für neue Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen sowie die Förderung von bundesweiten Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen im gesetzlich geregelten Umfang auch ohne eine Kofinanzierung durch die Länder oder kommunalen Gebietskörperschaften ermöglicht. Dies hat die Förderung der Selbsthilfe in der Pflege nachhaltig gestärkt.

### *Verbesserungen bei Sachleistungen und der Bedingungen für Vergütungsvereinbarungen in der Kurzzeitpflege mit dem GVWG*

Mit dem GVWG wurden unter anderem die ambulanten Sachleistungsbeträge erhöht und der Leistungsbetrag für die Kurzzeitpflege um 10 Prozent angehoben. Außerdem wurde auf Bundesebene eine Regelung zu Empfehlungen für eine wirtschaftlich tragfähige Vergütung für Kurzzeitpflege eingeführt. Die entsprechenden Bundesempfehlungen wurden von den Beteiligten anschließend ausführlich verhandelt und sind am 1. März 2023 in Kraft getreten. Sie sind ein wichtiger Baustein zur Stärkung der Kurzzeitpflege und zur Berücksichtigung ihrer Besonderheiten bei der Vereinbarung der Leistungs- und Qualitätsmerkmale und entsprechender Vergütungen. Außerdem wurde mit dem GVWG in der gesetzlichen Krankenversicherung die Übergangspflege im Krankenhaus neu eingeführt.

### *Leistungsverbesserungen durch das PUEG*

Mit dem PUEG wurde 2023 eine Reihe von Leistungsverbesserungen auf den Weg gebracht. Gemäß den im PUEG enthaltenen Regelungen werden die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung hiernach in mehreren Schritten angehoben. Ein Schwerpunkt liegt dabei insbesondere auf der Unterstützung der ambulanten Pflege. Im ersten

Schritt wurden die Hauptleistungen im häuslichen Bereich angehoben: Zum 1. Januar 2024 stieg das Pflegegeld um 5 Prozent an. Gleichzeitig wurden auch die Leistungsbeträge für ambulante Pflegesachleistungen, also die häusliche Pflegehilfe durch ambulante Pflege- und Betreuungsdienste, um 5 Prozent angehoben. Zum 1. Januar 2025 sollen dann alle Leistungsbeträge der Pflegeversicherung – sowohl im häuslichen wie auch im teil- und vollstationären Bereich – um 4,5 Prozent ansteigen. Mit diesem Schritt steigen auch das Pflegegeld und die ambulanten Sachleistungen nochmals um 4,5 Prozent an. Zum 1. Januar 2028 ist im PUEG eine weitere Erhöhung vorgesehen, die sich am Anstieg der Kerninflationsrate in den drei vorausgehenden Kalenderjahren orientiert, für die zu diesem Zeitpunkt die Daten vorliegen. Hierbei werden wiederum sämtliche Leistungsbeträge der Geld- und Sachleistungen der Pflegeversicherung regelgebunden automatisch dynamisiert.

Zudem kann seit dem 1. Januar 2024 das Pflegeunterstützungsgeld von nahen Angehörigen bei Vorliegen der Voraussetzungen künftig pro Kalenderjahr für bis zu zehn Arbeitstage je pflegebedürftige Person in Anspruch genommen werden. Damit ist es nicht mehr beschränkt auf insgesamt zehn Arbeitstage je pflegebedürftige Person. Seit dem 1. Juli 2024 haben außerdem Pflegebedürftige ab dem Pflegegrad 1 Anspruch auf pflegerische Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen oder gegebenenfalls vollstationären Pflegeeinrichtungen, während von einer Pflegeperson des Pflegebedürftigen Leistungen zur stationären medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation in Anspruch genommen werden. Dies gilt, wenn der Anspruch nach § 40 Absatz 3a SGB V nicht einschlägig ist.

Des Weiteren wurde mit dem PUEG ein Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege eingeführt, der in zwei Schritten in Kraft tritt.

#### *Zum ersten Schritt*

Bereits seit dem 1. Januar 2024 gelten Verbesserungen für pflegebedürftige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten. Sie werden typischerweise durch ihre Eltern gepflegt, die bei der Versorgung oft besonders belastet sind. Gerade die Leistungen der Verhinderungspflege, die bei einer Verhinderung der Pflegeperson auch eine häusliche Versorgung ermöglichen, sind für diese Pflegebedürftigen und ihre Pflegepersonen besonders wichtig. Daher wurden die wesentlichen Rechtswirkungen des Gemeinsamen Jahresbetrags für die Pflegebedürftigen mit den Pflegegraden 4 und 5

bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres bereits vorgezogen.

Für diese gilt seit dem 1. Januar 2024, dass die Verhinderungspflege anstatt bis zu sechs Wochen bereits bis zu acht Wochen im Kalenderjahr in Anspruch genommen werden kann. Auch die hälftige Fortzahlung eines zuvor bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes während der Verhinderungspflege erfolgt anstatt für bis zu sechs Wochen bereits für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr. Im Kalenderjahr können von diesen Pflegebedürftigen zudem bis zu 100 Prozent der Mittel der Kurzzeitpflege zugunsten der Verhinderungspflege umgewidmet werden, soweit die Mittel nicht bereits für Leistungen der Kurzzeitpflege verbraucht worden sind. Im Jahr 2024 sind dies bis zu 1.774 Euro. Der umgewidmete Betrag wird dabei auf den Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege angerechnet und vermindert diesen entsprechend. Zudem entfällt für diese Pflegebedürftigen die Voraussetzung der sechsmonatigen Vorpflegezeit vor der erstmaligen Inanspruchnahme von Verhinderungspflege.

#### *Zum zweiten Schritt*

Zum 1. Juli 2025 werden mit dem PUEG die Leistungsbeträge der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege zu einem Gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege zusammengefasst. Damit steht allen Pflegebedürftigen ab dem Pflegegrad 2 für die Verhinderungspflege und die Kurzzeitpflege künftig ein kalenderjährlicher Gesamtleistungsbetrag zur Verfügung, den die Anspruchsberechtigten nach ihrer Wahl flexibel für beide Leistungsarten einsetzen können. Die bisherigen unterschiedlichen Übertragungsregelungen entfallen dann und müssen somit nicht mehr beachtet werden. Gleichzeitig werden die geltenden Voraussetzungen bei der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege so weit als möglich angeglichen, wo die Vereinheitlichung dazu dient, den flexiblen Einsatz des Gesamtleistungsbetrags zu ermöglichen und Hindernisse abzubauen. So wird die zeitliche Höchstdauer der Verhinderungspflege auf bis zu acht Wochen im Kalenderjahr angehoben und damit der zeitlichen Höchstdauer der Kurzzeitpflege angeglichen. Gleiches gilt beispielsweise für den Zeitraum der hälftigen Fortzahlung eines zuvor bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes sowohl während der Verhinderungspflege als auch während der Kurzzeitpflege. Zudem entfällt ab dem 1. Juli 2025 das Erfordernis einer sechsmonatigen Vorpflegezeit vor der erstmaligen Inanspruchnahme von Verhinderungspflege. Damit kann der Anspruch auf Verhinderungspflege künftig unmittelbar ab dem Vorliegen von mindestens Pflegegrad 2 genutzt werden, ebenso wie es bereits heute beim Anspruch auf Kurzzeitpflege der Fall ist. Begleitet wird dies unter anderem durch In-

formations- und Transparenzregelungen. Dadurch sollen die Pflegebedürftigen jederzeit im Blick behalten können, in welcher Höhe Leistungen über den Gemeinsamen Jahresbetrag abgerechnet werden, ohne dass sie diese Informationen gesondert anfordern müssen. Damit werden das Leistungsrecht und der Leistungsbezug für die Pflegebedürftigen und ihre Pflegepersonen insgesamt besser nachvollziehbar.

## **II. Verankerung digitaler Technologien im Bereich der Pflegeversicherung sowie Zuschüsse zur Wohnumfeldverbesserung**

### *Pflegehilfsmittel und Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen*

Pflegebedürftige ab dem Pflegegrad 1 haben Anspruch auf die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden der Pflegebedürftigen beitragen oder ihnen eine selbständigere Lebensführung ermöglichen. Dies gilt, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Im Hinblick auf die Erleichterung der Pflege werden hierbei insbesondere auch die Belange der Pflegepersonen mit in den Blick genommen.

Um die Barrierefreiheit des häuslichen Pflegeumfelds zu verbessern, bezuschusst die Pflegekasse ferner wohnumfeldverbessernde Maßnahmen bereits ab Vorliegen von Pflegegrad 1 mit bis zu 4.000 Euro je Maßnahme. Die Anpassungsmaßnahmen sollen dazu beitragen, die häusliche Pflege in der Wohnung zu ermöglichen, erheblich zu erleichtern oder eine möglichst selbständige Lebensführung der pflegebedürftigen Person wiederherzustellen. Dies beugt auch einer Überforderung der Pflegepersonen vor. Wohnen mehrere Anspruchsberechtigte zusammen, kann der Zuschuss bis zu viermal 4.000 Euro, also bis zu 16.000 Euro je Maßnahme, betragen. Bei mehr als vier anspruchsberechtigten Personen wird der Gesamtbetrag anteilig auf die pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner aufgeteilt. Dies kommt vor allem ambulant betreuten Wohngruppen für Pflegebedürftige zugute.

Gründungsmitglieder von ambulant betreuten Wohngruppen haben darüber hinaus aktuell Anspruch auf eine Anschubfinanzierung für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung. Gemäß § 45e SGB XI wird hierfür zusätzlich zu dem Betrag nach § 40 Absatz 4 SGB XI einmalig ein Betrag von bis zu 2.500 Euro gewährt. Der Gesamtbetrag je Wohngruppe ist hierbei auf 10.000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versiche-

rungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen. Die Umgestaltungsmaßnahme der gemeinsamen Wohnung kann dabei auch schon vor der Gründung und dem Einzug erfolgen.

Zur beschleunigten Verankerung digitaler Technologien im Bereich der Pflege wurden zudem mit dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) zahlreiche gesetzliche Änderungen eingeführt. Ziel dieser Maßnahmen ist es, pflegebedürftigen Menschen in der häuslichen Versorgung auch digitale Techniken möglichst zeitnah aus Mitteln der Pflegeversicherung zugänglich zu machen, soweit diese Techniken als Pflegehilfsmittel oder als wohnumfeldverbessernde Maßnahmen einen pflegerischen Nutzen aufweisen. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis wird vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen dabei spätestens alle drei Jahre unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien fortgeschrieben. Des Weiteren hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen spätestens alle drei Jahre Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien zu beschließen. Der erste Beschluss erfolgte zum 27. September 2021. Das schließt auch das Verfahren zur Aufnahme von Produkten oder Maßnahmen in die Empfehlungen mit ein.

### *Digitale Pflegeanwendungen*

Neu geschaffen wurde eine Verankerung von digitalen Pflegeanwendungen in der Versorgung: Mit dem Digitale-Versorgungs-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) haben Pflegebedürftige, die in der eigenen Häuslichkeit leben, erstmals einen Leistungsanspruch auf Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) und ergänzenden Unterstützungsleistungen in Höhe von bis zu insgesamt 50 Euro monatlich erhalten. DiPA können von der pflegebedürftigen Person selbst oder in Interaktion von Pflegebedürftigen mit Angehörigen, sonstigen ehrenamtlich Pflegenden oder dem Pflegedienst genutzt werden, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Zu diesen Anwendungen gehören neben Pflege-Apps etwa browserbasierte Webanwendungen oder Software zur Verwendung auf klassischen Desktop-Rechnern. DiPA können Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen dabei helfen, ihren pflegerischen Alltag besser zu bewältigen und zu organisieren. Unter den Leistungsanspruch fallen auch digitale Produkte, die zur Bewältigung besonderer pflegerischer Situationen, etwa im Bereich der Erhaltung der Mobilität oder bei Demenz, eingesetzt werden können.

Zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit von DiPA und zur Aufnahme in ein sogenanntes DiPA-Verzeichnis wurde ein neues Verfahren geschaffen und beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) angesiedelt. Mit Inkrafttreten der Digitale-Pflegeanwendungen-Verordnung (DiPAV) im Jahr 2022 wurden differenzierte Anforderungen unter anderem an Sicherheit, Funktionstauglichkeit, Datenschutz und Datensicherheit einer DiPA gestellt, sodass nur qualitätsgesicherte DiPA mit Zustimmung der Pflegekassen in das häusliche Versorgungsetting Pflegebedürftiger gelangen können und dort einen individuellen pflegerischen Nutzen für die pflegebedürftige Person und ihre Angehörigen generieren. In der DiPAV wurde zudem geregelt, dass DiPA, die in dem beim BfArM geführten Verzeichnis gelistet werden, die Anforderungen an eine altersgerechte Nutzbarkeit sowie an die Barrierefreiheit umsetzen müssen. Ferner ist geregelt, dass das BfArM die im DiPA-Verzeichnis enthaltenen Angaben auf einem Webportal in einer für Pflegebedürftige und sonstige Nutzer intuitiv zugänglichen barrierefreien Struktur, Form und Darstellung veröffentlicht. Zudem haben Hersteller den Anspruchsberechtigten die DiPA barrierefrei im Wege elektronischer Übertragung über öffentlich zugängliche Netze, auf maschinell lesbaren Datenträgern oder über digitale Vertriebsplattformen zur Verfügung zu stellen. Mit dem PUEG wurde ergänzt, dass die Pflegekassen die Pflegebedürftigen ebenfalls barrierefrei in schriftlicher oder elektronischer Form über die Kosten, die von ihnen gegebenenfalls für die digitale Pflegeanwendung oder gegebenenfalls für ergänzende Unterstützungsleistungen selbst zu tragen sind, informieren müssen. Die Regelungen zu den DiPA werden weiter begleitet und stetig weiterentwickelt.

### III. Nationale Demenzstrategie

Die Bundesregierung hat am 1. Juli 2020 auf Vorschlag des BMFSFJ und des BMG sowie unter maßgeblicher Mitwirkung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) die Nationale Demenzstrategie (NDS) beschlossen. Die Strategie wurde von der Bundesregierung in einem gemeinsamen Prozess mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz, Vertreterinnen und Vertretern der Länder, der Kommunen, der Zivilgesellschaft, der Verbände aus der Pflege und dem Gesundheitswesen sowie der Wissenschaft erarbeitet. Interessenvereinigungen der Menschen mit Behinderungen wurden in die Erarbeitung einbezogen. Die NDS ist auf Dauer angelegt, partnerschaftlich verankert, bundesweit ausgerichtet sowie verbindlich in ihren Zielen und Be-

wertungsmaßstäben. Die Umsetzung dieser beziehungsweise der insgesamt über 160 Maßnahmen wird durch ein jährliches Monitoring begleitet. Alle Akteurinnen und Akteure setzen die Maßnahmen der NDS jeweils im Rahmen ihrer Zuständigkeiten in eigener Verantwortung um. Ergänzend wurde eine Steuerungsgruppe mit den zentralen Akteurinnen und Akteuren der NDS eingerichtet. Ziel ist es, die Situation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen in allen Lebensbereichen nachhaltig weiter zu verbessern. Erreicht werden soll das durch die Förderung barrierefreier Teilhabemöglichkeiten und Unterstützung vor Ort sowie der Forschung im Bereich Demenz, die Vernetzung der Akteurinnen und Akteure und die Sensibilisierung der Gesellschaft. Dies trägt zur Verbesserung der Inklusion von Menschen mit Behinderungen bei.<sup>6</sup>

#### 3.1. Abbau von Barrieren in der pflegerischen Versorgung und Weiterentwicklung der Versorgung für Menschen mit Pflegebedarf

Das Pflegeversicherungsrecht definiert die pflegerische Versorgung der Bevölkerung als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur sind die Länder verantwortlich. Die Pflegekassen haben im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten (Sicherstellungsauftrag).

Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind im Rahmen ihres Versorgungsvertrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten verpflichtet. Eine Pflegeeinrichtung hat regelmäßig neue Kunden aufzunehmen, soweit sie es mit ihrer personellen und sachlichen Ausstattung und gemäß ihrem Versorgungsvertrag qualitätsgerecht erfüllen kann. Dabei haben die Versorgungsverträge bereits jetzt die spezifischen Bedarfe von Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen. Diese Bedarfe werden sowohl bei der stationären und ambulanten Versorgung als auch bei den Angeboten der Kurzzeitpflege berücksichtigt.

Darüber hinaus ist im Koalitionsvertrag „Mehr Fortschritt wagen“ Folgendes geregelt: „Wir ergänzen das Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) um innovative quartiernahe Wohnformen und ermöglichen deren Förderung gemeinsam mit Bund, Ländern und Kommunen.“

<sup>6</sup> [www.nationale-demenzstrategie.de](http://www.nationale-demenzstrategie.de)

**Ziel:** Pflegerische Angebote und Strukturen für pflegebedürftige Menschen, auch für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Pflegebedarf, werden weiter ausgebaut. Außerdem werden Unterstützungsmaßnahmen

und Unterstützungsstrukturen vor Ort und im Quartier gefördert und Regelungen zu gemeinschaftlichen Wohnformen eingeführt.

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
<p>Das BMG wird einen Austausch mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf Bundesebene initiieren, um eine Prüfung innerhalb der Selbstverwaltung anzustoßen, inwieweit spezielle Pflegekurse für Familien mit Kindern und Jugendlichen mit Pflegebedarf sowie gegebenenfalls auch Pflegekurse hinsichtlich junger Erwachsener mit Pflegebedarf bereits angeboten werden, in welchem Umfang im Hinblick auf den Bedarf ein Ausbau oder eine Einführung sinnvoll wäre und wie diese Pflegekurse gegebenenfalls besser bekannt und zugänglich gemacht werden könnten. Das BMG wird dabei anregen, dass die Pflegeselbstverwaltung bei ihren Prüfungen auch Interessenvertretungen der entsprechenden Pflegebedürftigen und ihrer Pflegepersonen beziehungsweise An- und Zugehörigen und von Menschen mit Behinderungen mit einbezieht.</p>	<p>Austausch mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf Bundesebene; Prüfung innerhalb der Selbstverwaltung</p>	<p>BMG, Pflegekassen</p>	<p>Kurzfristig</p>
<p>Das BMG wird an die Pflegeselbstverwaltung appellieren, als Ergänzung zu den bestehenden Einrichtungen der Eingliederungshilfe beim Abschluss von Versorgungsverträgen nach dem SGB XI die speziellen Bedarfe von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen und Pflegebedarf verstärkt zu berücksichtigen.</p>	<p>Appell</p>	<p>Pflegekassen Einrichtungsträger, Versorgungsvertrag</p>	<p>Kurzfristig</p>
<p>Das BMG wird eine Gesetzesanpassung erarbeiten, mit der die verschiedenen Fristen der Ruhensvorschrift im Recht der Pflegeversicherung auf jeweils acht Wochen vereinheitlicht werden. Das bedeutet unter anderem, dass während einer Versorgung der pflegebedürftigen Person in stationären medizinischen Einrichtungen, zum Beispiel bei einem Krankenhausaufenthalt oder einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme eines Kindes mit Pflegebedarf, ein bisher bezogenes (anteiliges) Pflegegeld nicht mehr nur für bis zu 28 Tage, sondern jeweils für bis zu acht Wochen fortgezahlt wird. Damit werden zum Beispiel auch längere Krankenhaus-, Vorsorge- oder Rehabilitationsaufenthalte abgedeckt.</p>	<p>Gesetzliche Regelung</p>	<p>BMG und Gesetzgeber</p>	<p>Kurzfristig</p>

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
<p>Das BMG wird gemeinsam mit dem GKV-SV, gegebenenfalls unter Hinzuziehung wissenschaftlicher Expertise und unter Beteiligung von Betroffenenorganisationen, prüfen, ob Schwierigkeiten beim Zugang zur Versorgung für Pflegebedürftige mit besonderen Beeinträchtigungen, beispielsweise psychischen Beeinträchtigungen oder besonderen Verhaltensauffälligkeiten, vorliegen und, wenn ja, welche Ursachen hierfür verantwortlich und welche Maßnahmen gegebenenfalls zu ergreifen sind.</p>	<p>Austausch mit dem GKV-SV</p>	<p>BMG, GKV-SV</p>	<p>Kurz- und langfristig</p>
<p>Das BMG wird gegenüber den Ländern darauf hinwirken, dass diese im Rahmen ihrer Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen die Schaffung von Barrierefreiheit in den Blick nehmen.</p>	<p>Austausch mit den Ländern in den entsprechenden Gremien</p>	<p>BMG</p>	<p>Kurz- und langfristig</p>
<p>Das BMG wird prüfen, über eine gesetzliche Regelung die Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen und der kommunalen Ebene zu verbessern, um die an der Pflege beteiligten Akteure hinsichtlich ihres gesetzlichen Auftrags einer leistungsfähigen, regional gegliederten, ortsnahen und aufeinander abgestimmten pflegerischen Versorgung der Bevölkerung zu unterstützen.</p> <p>Hierfür soll auch der Datenaustausch für die entsprechenden Pflegestrukturplanungen verbessert werden.</p>	<p>Gesetzliche Regelung</p>	<p>BMG und Gesetzgeber</p>	<p>Kurzfristig</p>
<p>Im Rahmen des Gesetzentwurfs zum KHVVG ist vorgesehen, dass Leistungen der vollstationären Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI sowie der teilstationären Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI auch durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g SGB V-E erbracht werden können. Damit wird ein Anreiz gesetzt, das Angebot der pflegerischen Versorgung mit Plätzen der Kurzzeitpflege sowie der Tagespflege und der Nachtpflege auszuweiten, für die ein großer Bedarf besteht. Mit dieser Maßnahme kann die pflegerische Infrastruktur vor Ort verbessert werden.</p>	<p>Gesetzliche Regelung und deren Umsetzung</p>	<p>BMG, Gesetzgeber und Landesplanungsbehörden</p>	<p>Sofort</p>
<p>Das BMG hat Vorschläge für Regelungen im SGB XI zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen erarbeitet. Die Regelungen bilden im Vertragsrecht, im Leistungsrecht und im Qualitätssicherungsrecht der Pflegeversicherung eine Vielzahl an</p>	<p>Gesetzliche Regelungen</p>	<p>BMG und Gesetzgeber</p>	<p>Kurzfristig</p>

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Erscheinungsformen ab und bieten für alle Beteiligten attraktive und rechtlich sichere Gestaltungsmöglichkeiten. Die Regelungen werden aktuell im Rahmen des Pflegekompetenzgesetzes diskutiert.			
Das BMG wird darauf hinwirken, dass im Rahmen der Gemeinsamen Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier gemäß § 123 SGB XI auch Modellvorhaben gefördert werden, die zum Ziel haben, den Zugang zu den vorhandenen Pflege- und Unterstützungsangeboten zu verbessern und Unterstützungs- und Entlastungsstrukturen für Pflegearrangements auf- und auszubauen und zu stabilisieren.	GKV-SV legt bis zum 31. Oktober 2024 Empfehlungen vor	Länder und Selbstverwaltung	Sofort

### 3.2. Barrierefreie Informationsaufbereitung, Pflegeberatung und Digitalisierung

Die Pflegeversicherung unterstützt Pflegebedürftige und ihre Angehörigen durch eine individuelle und kostenlose Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Mit den im Jahr 2018 durch den GKV-SV erlassenen Pflegeberatungs-Richtlinien wurden für die Durchführung der Pflegeberatung einheitliche, fachlich fundierte Vorgaben eingeführt, die für alle Pflegeberaterinnen und Pflegeberater und sonstige Beratungsstellen gelten.

Bei der individuellen Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin werden Menschen bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten unterstützt. Die Pflegeberatung ist auf die Unterstützung von Menschen mit Pflegebedarf, Versorgungsbedarf oder Betreuungsbedarf ausgerichtet. Sie erfolgt auch gegenüber deren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung, soweit die anspruchsberechtigte Person einverstanden ist. Sie kann in der jeweiligen Beratungsstelle, im Pflegestützpunkt, telefonisch oder auf Wunsch der anspruchsberechtigten Person in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der die Person lebt, erfolgen.

Auf Wunsch kann die Pflegeberatung zusätzlich durch barrierefreie digitale Angebote der Pflegekasse ergänzt und mittels barrierefreier digitaler Anwendungen erbracht werden. Kommen barrierefreie Anwendungen zum Einsatz, bleibt der Anspruch auf eine persönliche

Pflegeberatung unberührt. Der Anspruch auf eine individuelle Beratung durch eine Pflegeberaterin oder einen Pflegeberater bleibt somit auch dann weiterhin bestehen, wenn digitale Anwendungen in Anspruch genommen wurden. Bei der Beratung nach § 37 Absatz 3 SGB XI besteht zudem die Möglichkeit, jede zweite Beratung auf Wunsch der pflegebedürftigen Person per Videokonferenz durchzuführen. Diese Möglichkeit ist derzeit bis zum 31. März 2027 befristet. Im Rahmen der Evaluation der Pflegeberatung und der Pflegeberatungsstrukturen als Teil der gesetzlichen Berichtspflicht des GKV-SV werden die Erfahrungen und die Weiterentwicklung regelmäßig geprüft.

Die Pflegeberatung muss in einer für die Nutzerinnen und Nutzer verständlichen Weise erfolgen. Hierzu sollen sich Pflegeberaterinnen und Pflegeberater nach der Pflegeberatungs-Richtlinie des GKV-SV am Wissen und an den Erfahrungen der ratsuchenden Person orientieren und ihre Beratung verständlich gestalten. Darüber hinaus ist eine Beratung mit einer an das jeweilige Sprachverständnis angepassten Ausdrucksweise erforderlich. Die Pflegeberaterin oder der Pflegeberater soll hierfür auch auf Informationsmaterialien in unterschiedlichen Sprachen sowie in Leichter Sprache hinweisen. Außerdem kann die ratsuchende Person gebeten werden, bei der Pflegeberatung die Anwesenheit einer Person sicherzustellen, die beim Übersetzen in eine Fremdsprache oder Gebärdensprache behilflich ist und eine barrierefreie Kommunikation unterstützt.

Seit 2019 kann jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung einen einmaligen Zuschuss für digitale Anwen-

dungen als Anteilsfinanzierung zur Förderung der Digitalisierung erhalten. Damit kann beispielsweise der Ausbau des WLAN-Zugangs für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen finanziell unterstützt werden. Hierfür stehen insgesamt über 310 Millionen Euro zur Verfügung. Der maximale Förderbetrag einer Einrichtung beträgt 12.000 Euro beziehungsweise 40 Prozent der anerkannten Investitionen. Durch das PUEG wurden das

Förderprogramm bis 2030 verlängert sowie die möglichen Fördertatbestände inhaltlich ausgeweitet.

**Ziel:** Der barrierefreie Zugang zur Pflegeberatung, die Verfügbarkeit barrierefreier Informationen sowie der Zugang zum Internet für Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeeinrichtungen werden weiter verbessert.

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Das Angebot und die Inanspruchnahme digitaler Beratungsstrukturen sowie die Gründe für eine Nicht-Inanspruchnahme werden zukünftig in der Evaluation nach § 7a Absatz 9 SGB XI berücksichtigt und dienen gegebenenfalls als Grundlage für weitere gesetzliche Maßnahmen.	Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Absatz 9 SGB XI	GKV-SV	Langfristig
Die Erreichbarkeit von spezifischen Beratungsangeboten für besondere Personengruppen und von spezifisch qualifizierten Beratungspersonen wird zukünftig durch Verknüpfung und Vernetzung verbessert.	Konkretisierte Behandlung in der Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Absatz 9 SGB XI für die Umsetzung von Best-Practice-Fallbeispielen	GKV-SV	Langfristig
Die Verfügbarkeit der spezialisierten Beratungsangebote wird zukünftig durch den Ausbau der barrierefreien digitalen Beratungsangebote insbesondere für ländliche Regionen verbessert.	Umsetzung der gesetzlichen Regelung § 7a Absatz 2 SGB XI	Selbstverwaltung	Kurzfristig
Der Zeitraum, in dem jede zweite Beratung nach § 37 Absatz 3 SGB XI auf Wunsch der pflegebedürftigen Person per Videokonferenz durchgeführt werden kann, wurde aktuell bis zum 31. März 2027 verlängert.  Im Herbst/Winter 2026/27 soll dann unter anderem auf der Grundlage des vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen vorzulegenden Berichts gemäß § 7a Absatz 9 SGB XI darüber entschieden werden, ob die Regelung zu entfristen ist.	Gesetzliche Regelung	BMG und Gesetzgeber	Langfristig
Das BMG wird gegenüber dem Qualitätsausschuss Pflege darauf hinwirken, dass dieser prüft, ob die einschlägigen Such- und Informationsangebote der Pflegekassen barrierefrei genutzt werden können und ob und in welcher Form für Personen mit bestimmten Behinderungen wichtige Informationen die Ausstattung,	Prüfung	BMG, Qualitätsausschuss Pflege	Kurzfristig



Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Spezialisierung und Barrierefreiheit der Pflegeeinrichtungen betreffend enthalten sind.			
Das BMG wird gegenüber dem GKV-SV darauf hinwirken, dass dieser prüft, ob und wie die Barrierefreiheit von Informationen im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI konkretisiert werden kann und in welcher Form dies in die Pflegeberatungs-Richtlinie des GKV-SV aufgenommen werden kann. Die Pflegekassen werden über die Änderung der Pflegeberatungs-Richtlinie informiert.	Prüfung	GKV-SV	Kurzfristig
Sofern der WLAN-Zugang für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen noch nicht oder unzureichend vorhanden ist, wird die Selbstverwaltung darauf hinwirken, dass die Förderung nach § 8 Absatz 8 SGB XI auch dafür genutzt wird.	Förderprogramm	Pflegekassen und Vertretung der Pflegeeinrichtungen	Fortlaufend
Das BMG wird gegenüber den Ländern darauf hinwirken, dass sie im Rahmen der Investitionskostenförderung den Ausbau des Internetzugangs für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen in den Blick nehmen.	Austausch mit den Ländern in den entsprechenden Gremien. Eventuell entsprechende Erweiterung des Fragebogens zum Bericht der Länder gemäß § 10 Absatz 2 SGB XI	BMG, Länder	Kurz- und langfristig

# Personal im Gesundheitswesen

Für das Ziel, Menschen mit Behinderungen, Beeinträchtigungen und chronischen Erkrankungen ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen und ihre Teilhabe in allen Bereichen des Lebens und insbesondere im Gesundheitswesen zu gewährleisten, spielen die Angehörigen der ärztlichen und der anderen Heilberufe eine wichtige Rolle. Sie können einen wesentlichen Beitrag für eine inklusive Versorgung leisten, indem sie die besonderen Bedarfe und Bedürfnisse bei der Behandlung in ihrem täglichen Arbeitsalltag berücksichtigen und mitdenken. Dieser Aspekt ist auch für die diversitätssensible Versorgung von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte von Bedeutung. Damit die Angehörigen der ärztlichen und der anderen Heilberufe über die hierfür erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen, sollen die entsprechenden Inhalte in den Ausbildungen, den Studiengängen sowie den Fort- und Weiterbildungen in angemessenem Umfang vermittelt werden.

Vielfach finden sich bereits entsprechende Vorgaben in den für die Ausbildungen, Studiengängen sowie Fort- und Weiterbildungen maßgeblichen Rechtsgrundlagen, wie insbesondere im Pflegeberufegesetz, im Hebammengesetz sowie in den dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen beziehungsweise Studien- und Prüfungsverordnungen. Auch in den Eckpunkten des Gesamtkonzeptes Gesundheitsfachberufe, auf das sich das BMG und die Länder im März 2020 verständigt haben, ist verankert, dass in den Ausbildungen insbesondere Kompetenzen erworben werden sollen, die eine evidenzbasierte Versorgung von Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen umfassen. Dabei sollen besonders die verschiedenen Patientengruppen, wie Kinder, Menschen mit Behinderungen, Menschen mit chronischen und demenziellen Erkrankungen und multimorbide alte Menschen, sowie die sozialen, kulturellen und religiösen Hintergründe der Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden. Die Umsetzung soll wie bereits bei den erfolgten Berufsrechtsreformprozessen im Rahmen der Berufsrechtsreform des jeweiligen vom Gesamtkonzept umfassten Berufs erfolgen.

## 4.1. Ausbildung, Studium sowie Fort- und Weiterbildung

Ziel der Ausbildungen in den ärztlichen und anderen Heilberufen ist es in erster Linie, das erforderliche Fachwissen und die beruflichen Handlungskompetenzen zur Ausübung des Berufes zu erwerben sowie eine professionelle Identität zu entwickeln. Dies umfasst insbesondere auch die spezifischen Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte, Grundlagenwissen über Behinderungen, Beeinträchtigungen und chronische Erkrankungen sowie die Bedarfe, die Bedürfnisse und den Umgang mit Menschen mit Behinderungen, Beeinträchtigungen und chronischen Erkrankungen.

Die Berufsgesetze, Ausbildungs- beziehungsweise Studien- und Prüfungsverordnungen sowie Approbationsordnungen der bundesrechtlich geregelten ärztlichen und anderen Heilberufe sind so angelegt, dass insbesondere auch die fachlichen Grundlagen sowie die Bedarfe und Bedürfnisse in der Versorgung von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte sowie von Menschen mit Behinderungen, Beeinträchtigungen und chronischen Erkrankungen in den Kompetenzprofilen abgebildet werden und Berücksichtigung finden.

Das Erlernen der entsprechenden theoretischen und praktischen Kompetenzen in den verschiedenen Ausbildungen der ärztlichen und der anderen Heilberufe ist die Grundlage dafür, dass das zukünftig im Gesundheitswesen tätige Personal über die für eine inklusive Gesundheitsversorgung notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten verfügt. Um daneben auch gegenwärtig eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleisten zu können, ist es darüber hinaus wichtig, auch den bereits in den ärztlichen und anderen Heilberufen tätigen Personen im Rahmen der (Fach-)Weiterbildungen die hierfür erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln. Der Bereich der (Fach-)Weiterbildung liegt dabei in der Regelungskompetenz der Länder beziehungsweise der jeweiligen Heilberufskammer. Die Fortbildungen und Schulungen der bereits berufstätigen Personen liegen in der Zuständigkeit der jeweiligen Heilberufskammern, der Berufsverbände und der Arbeitgeber. In diesem Kontext bietet die KBV das

Qualitätszirkel-Modul „Barrieren identifizieren – auf dem Weg zur barrierearmen Praxis“ an, das beispielsweise für Barrieren in der Kommunikation während eines Praxisbesuchs sensibilisiert.

Zwecks Sensibilisierung, Aufklärung sowie Aus- und Fortbildung von Personal im Gesundheitsbereich zum Thema Kultursensibilität mit Blick auf eine gute, diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung für alle hat das BMG bereits mehrere Projekte mit unterschiedlichen Schwerpunkten gefördert. Hierzu gehören zum Beispiel Projekte in der Pflege, im Hospiz oder in der Palliativversorgung.

Im Rahmen des Modellprojekts „Integration im Gesundheitswesen – INGE“ wurde ein umfassendes Qualifizierungs- und Integrationskonzept für Menschen mit Flucht- und Zuwanderungsgeschichte in Pflege- und Gesundheitsberufen entwickelt und erprobt. Es war zugleich auf die Vorbereitung, Sensibilisierung und Schulung des Personals in den Einrichtungen mit Blick auf die Integration von Pflegekräften mit Zuwanderungsgeschichte gerichtet.<sup>7</sup>

Darüber hinaus wurde mit dem Modellvorhaben „Vielfalt Pflegen“, das am Zentrum Überleben in Berlin umgesetzt wurde, ein Schwerpunkt auf die Sensibilisierung und Fortbildung professionell Pflegenden und des Pflegemanagements mit Blick auf transkulturelle Kompetenzen im Pflegealltag gesetzt.<sup>8</sup> Im Rahmen des laufenden Modellvorhabens „Brückenbauerinnen und -bauer in der Hospiz- und Palliativpflege (Palliativ Care)“ werden muttersprachliche Brückenbauerinnen und Brückenbauer als Sprach- und Kulturmittelnde speziell geschult, um schwerstkranken oder sterbende pflegebedürftige Menschen mit Zuwanderungsgeschichte und ihre Angehörigen niedrigschwellig zu erreichen und diese kultursensibel über Leistungsansprüche und vorhandene Angebote zu informieren. Gleichzeitig sollen Pflegefachpersonen

beziehungsweise Pflegeeinrichtungen unterstützt und für die transkulturelle Öffnung sensibilisiert werden.

Neben der Vermittlung der besonderen Kompetenzen im Rahmen der Ausbildungen zu den ärztlichen und anderen Heilberufen unterstützt das BMG auch das Ziel einer barrierefreien Ausgestaltung der Ausbildungen selbst. Die Berufsgesetze, die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen beziehungsweise Studien- und Prüfungsverordnungen und Approbationsordnungen der bundesrechtlich geregelten Heilberufe gewährleisten die Chancengleichheit von Menschen mit Behinderungen, Beeinträchtigungen und chronischen Erkrankungen während einer Ausbildung oder eines Studiums zu einem Heilberuf, soweit dies in Bezug auf die jeweilige Ausbildung möglich ist. Der Zugang zu einem Studiengang wird hingegen durch die Hochschulgesetze der Länder geregelt. Auch die barrierefreie Gestaltung der Angebote der Schulen und Hochschulen liegt in der Verantwortung der Länder.

Außerdem muss die inklusive Gestaltung der Leistungsangebote zur Gesundheitsförderung und Prävention verbessert werden. Insbesondere für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen und besonderen Gesundheitsbedarfen bestehen Zugangshindernisse für die Inanspruchnahme, aber auch besondere Anforderungen in der Kommunikation.

**Ziel:** Das Personal im Gesundheitswesen erlernt im Rahmen der Ausbildung, des Studiums sowie der Fort- und Weiterbildung neben dem erforderlichen Fachwissen und den beruflichen Handlungskompetenzen zur Ausübung des Berufes insbesondere auch die für die Berufsausübung erforderlichen Grundlagen zu Barrierefreiheit, Inklusion und Diversität sowie die für die Berufsausübung erforderlichen Handlungs- und Kommunikationskompetenzen, um alle Patientinnen und Patienten unter Berücksichtigung der konkreten Lebenssituation adäquat, adressatengerecht und diskriminierungsfrei zu versorgen.

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Das BMG berücksichtigt im Zuge der Reformprozesse der bundesrechtlich geregelten Ausbildungen der ärztlichen und anderen Heilberufe in den Berufsgesetzen insbesondere auch die besonderen Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte sowie von	Wie bereits bei den erfolgten Berufsrechtsreformprozessen werden diese Belange im Rahmen zukünftiger Reformprozesse für	BMG	Fortlaufend

<sup>7</sup> <https://handbuch-inge.de/>

<sup>8</sup> <https://www.vielfalt-pflegen.info/>

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Menschen mit Behinderungen, Beeinträchtigungen und chronischen Erkrankungen, insbesondere zu Aspekten der Diversität, Inklusion und Barrierefreiheit.	jeden Beruf gesondert geprüft und entsprechend berücksichtigt. Sichergestellt wird dies insbesondere durch die Abstimmung im Rahmen der jeweiligen Reformen mit Verbänden und der Beauftragten oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen.		
Das BMG wird in seinem Austausch mit den Ländern und den Organisationen der Selbstverwaltung zu berufs- und ausbildungsbezogenen Fragen insbesondere auch die Berücksichtigung der besonderen Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte sowie von Menschen mit Behinderungen, Beeinträchtigungen und chronischen Erkrankungen in den Fort- und Weiterbildungen der Heilberufe mit aufnehmen.	Das BMG wird gegenüber den Ländern im Rahmen seines regelmäßigen Austauschs mit den Ländern und den Organisationen der Selbstverwaltung auf die stärkere Berücksichtigung der genannten besonderen Bedarfe und Bedürfnisse hinwirken sowie die Einbeziehung entsprechender Verbände und Organisationen anregen.	BMG	Langfristig
Das BMG wird gegenüber der beratenden Kommission und dem GKV-SV anregen, die Aufnahme von Pflichtschulungen für Anbieter von Präventionsleistungen bezüglich der Kommunikation mit Menschen mit Behinderungen und besonderen Gesundheitsbedarfen in den Leitfaden Prävention zu prüfen.	Gegebenenfalls Änderung des Leitfadens Prävention	Beratende Kommission, GKV-SV	Kurzfristig
Das BMG wird gegenüber den Ländern und den Kommunen auf die Sicherstellung eines gleichberechtigten Zugangs von Menschen mit Behinderungen zur notfallmedizinischen Versorgung hinwirken, insbesondere auf die Gewährleistung der Kommunikation mit den Rettungsleitstellen, zum Beispiel durch digitale Alternativen und andere technische Lösungen.	Austausch mit den Ländern	BMG, Länder	Kurzfristig

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Das BMG wird sich gegenüber den KVen dafür einsetzen, dass in Abstimmung mit den Betroffenenverbänden eine kostenfrei verfügbare Fortbildung zu Barrierefreiheit und dem Umgang mit Menschen mit Behinderungen für Behandelnde im ambulanten Gesundheitssektor geschaffen und zur Verfügung gestellt wird.	Austausch mit den KVen	BMG, KVen	Kurzfristig
Das BMG wird zur Bekräftigung seiner Ziele zur Förderung der Kultursensibilität des Personals in der gesundheitlichen Versorgung andere Akteure des Gesundheitssystems dabei unterstützen, Modellvorhaben zur Förderung der Kultursensibilität insbesondere in der Aus-, Fort- und Weiterbildung durchzuführen, bei denen auch Erkenntnisse aus bisherigen BMG-geförderten Modellprojekten zu berücksichtigen sind.	Modellvorhaben	BMG	Langfristig
Das BMG fördert seit Oktober 2024 ein Pilotprojekt zum nachhaltigen Abbau von Rassismus und Diskriminierung durch analytische Identifikation von Diskriminierungsrisiken und anschließender Rassismussensibilisierung durch personal- und organisationsspezifische Maßnahmen (unter anderem Schulungen, Awareness-Trainings von Lehrpersonal und Kompetenzentwicklungsangebote für Auszubildende in der Pflege). Die Schulung sowohl des Ausbildungspersonals als auch der Auszubildenden fördert präventiv und langfristig die Entwicklung kultur- und rassismussensibler Stationen.	Modellvorhaben	BMG	Kurzfristig
Das BMG wird im Kontakt mit dem Medizinischen Fakultätentag (MFT) berücksichtigen, dass der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) Lerninhalte zu Medizin für Menschen mit Behinderungen und zu seltenen Erkrankungen enthält.	Austausch	BMG	Kurzfristig
Das BMG wird darauf hinwirken, dass der Pflegeleitfaden des Deutschen Schwerhörigenbundes e. V. (DSB) und gegebenenfalls weitere geeignete Leitfäden zur Überbrückung von behinderungsbedingten Kommunikationsbarrieren als Kommunikationsleitfaden für Pflegekräfte im Gesundheitswesen in der Pflegeausbildung und in Pflegeeinrichtungen berücksichtigt werden.	Austausch mit den Ländern und der Selbstverwaltung	BMG Länder (Pflegeausbildung) Selbstverwaltung (Pflegeeinrichtungen)	Kurzfristig
Das Deutsche Kompetenzzentrum für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und	Projektförderung	BMG	Sofort

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
<p>Pflegeberufen (DKF) bietet Beratungen an und stellt Materialien zur Verfügung, die zu einer gelingenden Integration von internationalen Pflegefachpersonen beitragen.</p> <p>Das BMG wird zudem prüfen, inwiefern Mittel zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen auch für Integrationsmaßnahmen verwendet werden können.</p>			

## 4.2. Personal und Personalgewinnung

Im Bereich Personal und Personalgewinnung hat das BMG mit Blick auf die Gewinnung von Fachkräften aus dem Ausland und anderer Personen mit Zuwanderungsgeschichte sowie auf die Sensibilisierung des Bestands- und Einarbeitungspersonals das Modellprojekt „Integration im Gesundheitswesen – INGE“ gefördert. Im Rahmen dieses Projekts wurde ein umfassendes Qualifizierungs- und Integrationskonzept für Menschen mit Flucht- und Zuwanderungsgeschichte in Pflege- und Gesundheitsberufen entwickelt und erprobt. Mit dem evaluierten INGE-Konzept steht den Einrichtungen des Gesundheitswesens eine multimodale Ausbildungs- und Berufseinmündungsstrategie mit den Bereichen Berufsorientierung, Berufsvorbereitung, Berufsausbildung, Berufsanerkennung und Berufsausübung zur Verfügung. Flankiert wird dies durch eine gezielte Deutschsprachförderung und ein soziokulturelles und betriebliches Integrationsmanagement.<sup>9</sup>

Darüber hinaus fördert das BMG das Deutsche Kompetenzzentrum für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen (DKF) im Kuratorium Deutsche Altershilfe, das den Werkzeugkoffer „Willkommenskultur und Integration“ entwickelt hat und Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern Beratung und Unterstützung bei Integrationskonzepten anbietet.<sup>10</sup> Weitere Maßnahmen des BMG sind beispielsweise das Projekt INGA. Dabei handelt es sich um einen berufsint-

grierten, modularen Anpassungslehrgang, der fachliche und sprachliche Inhalte verbindet und Pflegefachpersonen auf dem Weg zur Anerkennung und bei ihrer langfristigen Integration im Unternehmen unterstützt.<sup>11</sup> Außerdem unterstützt das BMG die sogenannten Global Skills Partnerships (GSP), bei denen in Pilotprojekten die universitären Pflegestudiengänge in den jeweiligen Partnerländern gemeinsam so modifiziert und mit praktischen Ausbildungselementen ergänzt werden, dass der Abschluss unmittelbar in Deutschland anerkannt werden kann.<sup>12</sup>

Wichtig für die Gewinnung von ausländischen Fachkräften ist, dass sie fair und ethisch erfolgt und sich an den internationalen Standards der Weltgesundheitsorganisation und der Internationalen Arbeitsorganisation orientiert. Dafür hat das BMG das staatliche Gütesiegel „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ geschaffen, dessen Mitglieder sich diesen Prinzipien verpflichtet haben. Das Gütesiegel dient somit dem Schutz der internationalen Pflegefachpersonen und zugleich der Orientierung für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber bei der Auswahl einer geeigneten Personalvermittlungsagentur.<sup>13</sup>

**Ziel:** Die Gewinnung und die Integration von Fachkräften aus dem Ausland in Pflege- und Gesundheitsberufe werden verbessert. Auch die Integration von Menschen mit Flucht- und Zuwanderungsgeschichte, die bereits in Deutschland leben, in Pflege- und Gesundheitsberufe wird verbessert.

<sup>9</sup> <https://handbuch-inge.de/>

<sup>10</sup> <https://dkf-kda.de/werkzeugkoffer-wi/>

<sup>11</sup> <https://dkf-kda.de/inga-pflege/>

<sup>12</sup> <https://global-skills-partnerships.de/>

<sup>13</sup> <https://www.faire-anwerbung-pflege-deutschland.de/>

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
<p>Das BMG wird zur Bekräftigung seiner Ziele zur Förderung der Diskriminierungssensibilität des Personals in der gesundheitlichen Versorgung andere Akteure des Gesundheitssystems dabei unterstützen, Modellvorhaben zur Förderung der Diskriminierungssensibilität durchzuführen, insbesondere in der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie im Kontext von Onboarding-Prozessen und im Rahmen der Fachkräftegewinnung, bei denen auch Erkenntnisse aus bisherigen BMG-geförderten Modellprojekten zu berücksichtigen sind.</p>	Modellvorhaben	BMG	Langfristig
<p>Das BMG wird gegenüber der Bundesärztekammer (BÄK) eine mögliche Entwicklung einer Zusatzbezeichnung „Medizin für Menschen mit Behinderungen“ anregen, die zusätzlich zum Facharzt erworben werden könnte.</p>	Austausch mit der BÄK	BMG	Langfristig

# Inklusive Gesundheitsförderung und Prävention

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur primären Prävention und Gesundheitsförderung haben das Ziel, Krankheiten zu verhüten und gesundheitsförderliches Handeln zu stärken. Durch präventive Maßnahmen soll die Entstehung von Erkrankungen vermieden, verzögert oder weniger wahrscheinlich gemacht werden. Lebensstilbedingte Risikofaktoren für Krankheiten, wie zum Beispiel eine unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel, chronischer Stress, Rauchen und übermäßiger Alkoholkonsum, sollen nachhaltig reduziert und gesundheitliche Ressourcen gestärkt werden.

Risikofaktoren für die Entstehung lebensstilbedingter Krankheiten sind in der Gesellschaft ungleich verteilt. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur primären Prävention und Gesundheitsförderung sollen daher insbesondere zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. Im Leitfaden Prävention des GKV-SV sind die Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen der Krankenkassen festgelegt. Darin ist vorgesehen, dass diese insbesondere auf solche Versicherten und Gruppen von Versicherten auszurichten sind, die nach gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen überdurchschnittlich hohen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind oder von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention bislang zu wenig erreicht werden.

Ein Schwerpunkt der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Prävention und Gesundheitsförderung liegt auf der Förderung des Aufbaus und der Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in den verschiedenen Lebenswelten. Das bedeutet, dass präventive Maßnahmen dort stattfinden sollen, wo die Menschen leben, lernen und arbeiten. Dieser lebensweltbezogene Interventionsansatz ist inklusiv angelegt. Partizipation ist das zentrale Qualitätsmerkmal, also die Teilhabe aller Betroffenen in dem jeweiligen sozialen System.

Zu den Lebenswelten zählen neben dem Arbeitsplatz alle für die Gesundheit bedeutsamen, abgrenzbaren sozialen Systeme wie Kommunen, Kitas und Schulen sowie auch Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen. Um Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebens-

welten gemeinsam voranzubringen, haben die Krankenkassen das GKV-Bündnis für Gesundheit initiiert. Das GKV-Bündnis unterstützt unter anderem Kommunen in Form von Projektförderungen bei der Entwicklung und Umsetzung zielgruppenspezifischer gesundheitsfördernder Interventionen in den Lebenswelten. Hierdurch sollen gesundheitlich besonders sensible Personenkreise, wie Menschen mit Behinderungen, Alleinerziehende oder Kinder aus suchtbelasteten oder psychisch belasteten Familien, stärker als bisher von gesundheitsfördernden und primärpräventiven Maßnahmen profitieren. Ferner hat das GKV-Bündnis in Zusammenarbeit mit Special Olympics Deutschland (SOD) ein Interventionsprogramm für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung entwickelt. Ziel des Projekts „Bewegung und Gesundheit im Alltag stärken (BeuGe)“ ist es, Präventions- und Bewegungsangebote in verschiedenen Wohnformen und in Freizeitaktivitäten zu integrieren.

Im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) entwickeln die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung eine gemeinsame, nationale Präventionsstrategie. Dabei wirken auch die Unternehmen der privaten Krankenversicherung sowie die weiteren Mitglieder der NPK mit. Hierzu zählen der Bund, die Länder und Kommunen, die Bundesagentur für Arbeit, die Sozialpartner und die Vertretungen der Patientinnen und Patienten. Die Sozialversicherungsträger bündeln in der NPK ihre Kompetenzen und Zuständigkeiten, um gemeinsam Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe der Bürgerinnen und Bürger zu fördern. Sie unterstützen die Verantwortlichen in den Lebenswelten dabei, Strukturen aufzubauen und zu stärken, die einen Beitrag zu gesundheitsförderlichen Lebensbedingungen und Arbeitsbedingungen leisten. Die NPK regt in ihren Bundesrahmempfehlungen, die Bestandteil der Nationalen Präventionsstrategie sind, an, Menschen mit Behinderungen die Nutzung der lebensweltbezogenen Angebote zu ermöglichen, indem im Sinne der Inklusion der Aspekt der Barrierefreiheit berücksichtigt wird. Insbesondere bei kommunal verankerten Programmen könne ein Großteil der Menschen erreicht werden.



Um den besonderen Belangen von Menschen mit Behinderungen Rechnung zu tragen, haben sich die Träger der NPK im Jahr 2021 verpflichtet, bei gemeinsamen Vorhaben der Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung Aspekte der Barrierefreiheit von Anfang an fortlaufend zu berücksichtigen.

Darüber hinaus hat das BMG in der Zeit von 2017 bis 2021 das Forschungsprojekt „Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege – QualiPEP“ des AOK-Bundesverbandes gefördert. Damit ist ein Qualitätsrahmen für Maßnahmen zur Prävention, (betrieblichen) Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in teilstationären und vollstationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe und der Pflege entwickelt und erprobt worden. Ergebnis des Projekts sind zudem Handbücher für beide Bereiche, um die Projekterkenntnisse dauerhaft in die Praxis zu übertragen. Ferner hat das BMG bis Ende 2023 das Projekt „GATe – Gesundheit, Arbeit, Teilhabe – beteiligungsorientierte Gesundheitsförderung in Inklusionsbetrieben – Entwicklung und Erprobung eines arbeitswissenschaftlichen Konzepts“ gefördert. Ein weiteres Projekt, „BeGIn – Betriebliche Gesundheitsförderung in Inklusionsbetrieben nach §§ 215 fortfolgende SGB IX“, wurde bereits im Jahr 2022 erfolgreich abgeschlossen. In beiden Vorhaben geht es darum, Konzepte der betrieblichen Gesundheitsförderung zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren, die den Spezifika von Inklusionsbetrieben gerecht werden. Insbesondere solche, die der Heterogenität der Belegschaften aus Menschen mit und Menschen ohne Behinderungen sowie den unterschiedlichen Organisationbedingungen, wie zum Beispiel Branche, Größe und Struktur, Rechnung tragen. Die Weiterentwicklung inklusiver Gesundheitsförderungsstrategien steht vor der Herausforderung, der großen Vielfalt der unterschiedlichen Beeinträchtigungen bei Menschen mit Behinderungen gerecht zu werden.

Der Konsum von Alkohol in Schwangerschaft und Stillzeit hat einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit des ungeborenen beziehungsweise neugeborenen Kindes und negative Folgen für seine weitere Entwicklung. „Punktnüchternheit in Schwangerschaft und Stillzeit“ ist daher ein wichtiges Ziel der 2012 verabschiedeten Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. Vor diesem Hintergrund haben das BMG und der Drogenbeauftragte der Bundesregierung zahlreiche Initiativen zur Information, zur Stärkung der Prävention sowie zur Verbesserung der Diagnostik von Fetalem Alkoholsyndrom (FAS) und Fetalem Alkoholspektrumstörungen (FASD) durchgeführt. Mit den genannten Maßnahmen konnte nicht nur die Aufmerksamkeit der Bevölkerung für die Schäden durch Alkohol gesteigert werden. Darüber hinaus wurden auch

Beratungsangebote für Schwangere geschaffen beziehungsweise ausgebaut sowie Fachkräfte im Versorgungswesen sensibilisiert und qualifiziert.

Derzeit fördert das BMG zusammen mit dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege das Projekt „FASD Smiley Digital“. Ziel des Projekts ist die Neu- und Weiterentwicklung digitaler Strukturen und Tools, um die Versorgung für Kinder und Jugendliche mit FASD und ihre Familien in ganz Deutschland zu verbessern. Aufbauend auf den Arbeiten des Projekts „FASD-Kompetenzzentrum“ sieht das Folgeprojekt „FASD Smiley Digital“ sechs Teilprojekte zu ausgewählten Themen vor. Hierzu zählen die breitflächige Früherkennung, digitale Interventions-Tools, strukturierte digitale Therapie für Patientinnen und Patienten sowie ihre Eltern, digitale Unterstützungsformate für Familien und Fachkräfte, Fortbildung und Vernetzung im Gesundheits- und Sozialsystem sowie Überlegungen hinsichtlich der Integration der Maßnahmen in die Regelversorgung. Zudem sollen die digitalen Tools wissenschaftlich evaluiert werden. Nach Ende der Projektlaufzeit im Oktober 2024 wird zu prüfen sein, ob und wie die entwickelten Tools bundesweit zur Anwendung kommen.

### **5.1. Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung**

Zielgruppenspezifische und bedarfsgerechte Leistungen für Menschen mit Behinderungen sind geeignet, die Gesundheitsförderung und Prävention für diese Menschen zu verbessern.

Auch wenn im Leitfaden Prävention des GKV-SV vorgesehen ist, dass die Krankenkassen Angebote vorhalten, die auch für Menschen mit Behinderungen geeignet sind, und diese entsprechend ausweisen, ist davon auszugehen, dass Menschen mit Behinderungen durch Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention noch zu wenig erreicht werden und es an einer inklusiven Umsetzungspraxis fehlt.

Neben dem daher noch bestehenden Verbesserungsbedarf in der zielgerichteten Umsetzung der Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote existieren für Menschen mit Behinderungen auch heute bereits verschiedene Suchtpräventionsangebote, wie Broschüren zum Thema Sucht der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. in Leichter Sprache. Wichtige neue Ansätze wurden auch im Bereich „Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen und Sucht“ entwickelt und erprobt.

In den Projekten „TANDEM“<sup>14</sup> und „aktion:beratung“<sup>15</sup> wurden Behandlungs- und Präventionsansätze in enger Zusammenarbeit zwischen der Behinderten- und der Suchthilfe erarbeitet. In die Entwicklung der Angebote wurden die betroffenen Menschen intensiv eingebunden. Diese Maßnahmen sowie Datenbanken, die auf Beratungsstellen und Informationsmaterialien verweisen, stehen weiterhin zur Verfügung. Seit Februar 2023 fördert das BMG ein Nachfolgeprojekt von „aktion:beratung“. Innerhalb dieses Projekts sollen betroffene Menschen als Peers fungieren und einen niedrigschwelligen Zugang für

hilfesuchende Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen und Suchtproblemen bieten.

Die BZgA ist auch in den Lebenswelten von Menschen mit Behinderungen tätig. So wird beispielsweise mit dem Projekt „LIEBESLEBEN“ ein personalkommunikatives schulisches Angebot umgesetzt, das auch in Förderschulen und inklusiven Schulen stattfindet.

**Ziel:** Die besonderen Belange von Menschen mit Behinderungen werden bei den Leistungen und Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung berücksichtigt.

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Die Träger der NPK nehmen zur besonderen Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderungen in den Bundesrahmenempfehlungen ergänzende Empfehlungen auf, um präventive sowie gesundheits-, sicherheits- und teilhabeförderliche Leistungen, für die sie einen gesetzlichen Unterstützungsauftrag haben, im Sinne der Inklusion barrierefrei zu gestalten.	Fortschreibung der Bundesrahmenempfehlungen	Träger der NPK	Kurzfristig
Der GKV-SV wird gemeinsam mit dem GKV-Bündnis für Gesundheit und den Krankenkassen innovative digitale und barrierefreie Formen der Leistungserbringung im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten entwickeln. Dies schließt auch Empfehlungen für die Sicherstellung einer barrierefreien Partizipation von Menschen mit Behinderungen an der Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit ein.	Weiterentwicklung des GKV-Leitfadens Prävention	GKV-SV GKV-Bündnis für Gesundheit	Kurzfristig
Die Krankenkassen werden passgenaue, innovative digitale und barrierefreie Leistungen im Rahmen der verhaltensbezogenen Primärprävention entwickeln.	Weiterentwicklung des Leistungsangebots zur verhaltensbezogenen Prävention	Krankenkassen	Kurzfristig
Der GKV-SV und die Kooperationsgemeinschaft „Zentrale Prüfstelle Prävention“ werden darauf hinwirken, dass barrierefreie Angebote zur verhaltensbezogenen Primärprävention gesondert ausgewiesen werden.	Fortentwicklung durch GKV-SV Hilfsweise: Verpflichtung durch Gesetzgebung	GKV-SV und Kooperationsgemeinschaft „Zentrale Prüfstelle Prävention“ Hilfsweise BMG	Kurzfristig Langfristig

<sup>14</sup> <https://www.lwl-ks.de/de/projekte/tandem-transfer/>

<sup>15</sup> <https://www.aktionberatung.de/>

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Der GKV-SV wird unter Beteiligung von Menschen mit Behinderungen Kriterien für barrierefreie Präventionsleistungen im GKV-Leitfaden Prävention erarbeiten.	Fortentwicklung des GKV-Leitfadens Prävention	GKV-SV	Kurzfristig
Das BMG fördert ein Modellvorhaben zur Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines Curriculums zur Ausbildung von Peers, die insbesondere in Werkstätten für geistig behinderte Menschen über suchtspezifische Themen informieren und so präventiv tätig werden.	Durchführung eines BMG-geförderten Modellvorhabens	BMG	Kurzfristig
Das BMG wird prüfen, ob ein gesetzlicher Fortentwicklungsbedarf besteht, um den Zugang von Menschen mit Behinderungen zu zielgruppenspezifischen Leistungen zur Gesundheitsförderung und Primärprävention zu erleichtern.	Prüfung des gesetzgeberischen Bedarfs	BMG	Langfristig
Das BMG wird auf der Grundlage der Ergebnisse der aktuell laufenden Vorhaben der NPK zur Erprobung der Verbesserung der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit in der Gesundheitsförderung und Prävention anhand der Themen psychische Gesundheit im familiären Kontext und Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege prüfen, ob gesetzlicher Fortentwicklungsbedarf etwa in Bezug auf eine inklusive Gesundheitsförderung und Prävention besteht.	Prüfung des gesetzgeberischen Bedarfs	BMG	Langfristig
Der GKV-SV wird den Leitfaden Prävention daraufhin überprüfen, wie die auf vulnerable Zielgruppen ausgerichteten Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten im Bereich der Suchtprävention verbessert werden können.	Fortentwicklung des GKV-Leitfadens Prävention	GKV-SV	Kurzfristig
Das BMG wird die NPK auffordern, in den zukünftig zu erstellenden Präventionsberichten ein Kapitel zur Entwicklung inklusiver Gesundheitsförderungsstrategien zu erarbeiten.	Ergänzung des NPK-Präventionsberichts	NPK	Langfristig
Das BMG wird im Rahmen der Nationalen Präventions-Initiative gemeinsam mit den Verbänden der Menschen mit Behinderungen, den Krankenkassen und weiteren Akteuren Wege zur Entwicklung inklusiver Gesundheitsförderungsstrategien erörtern.	Workshops	BMG	Kurzfristig
Der Leitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ wird durch den GKV-SV dahingehend geprüft, ob die Ausrichtung der präventiven Leistungen der	Änderung des Leitfadens „Prävention in stationären	GKV-SV	Kurzfristig

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Pflegekassen auf die Präventionsbedarfe pflegebedürftiger Menschen mit Behinderung noch gestärkt werden kann. Die Überprüfung erfolgt unter Einbeziehung wissenschaftlicher Expertise.	Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI <sup>16</sup>		
Das BMG wird gegenüber der Beratenden Kommission des GKV-SV für Primärprävention und Gesundheitsförderung eine Änderung des Leitfadens Prävention dahingehend anregen, dass für Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen Schulungen zu der jeweiligen Behinderung und Präventionsmöglichkeiten angeboten werden.	Änderung des Leitfadens Prävention	Beratende Kommission, GKV-SV	Kurzfristig

## 5.2. Bereitstellung digitaler Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung

Krankenkassen fördern bereits jetzt digitale Präventionsbeziehungswise Gesundheitsförderungsangebote, die auch für Menschen mit Behinderungen geeignet sind. Diese Angebote werden von den Krankenkassen entsprechend ausgewiesen. Im Rahmen der Zertifizierung von

Leistungen zur individuellen, verhaltensbezogenen Prävention haben die Anbieter zu erklären, welche Bedienungshilfen für Menschen mit Einschränkungen die zu zertifizierenden digitalen Präventionsangebote beinhalten.

**Ziel:** Die Belange von Menschen mit Behinderungen werden bei der Förderung von digitalen Präventionsangeboten beziehungsweise Gesundheitsförderungsangeboten berücksichtigt.

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Das BMG wird den GKV-SV auffordern, zu prüfen, ob und wie eine Erweiterung der Förderung von digitalen Präventionsbeziehungswise Gesundheitsförderungsangeboten, die insbesondere für Menschen mit Behinderungen geeignet sind, möglich ist.	Änderung des GKV-Leitfadens Prävention	BMG, GKV-SV	Kurzfristig

## 5.3. Vermeidung von Seh- und Hörverlust bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen

Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung haben im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung ein erhöhtes Risiko, an Hör- oder Sehstörungen zu erkranken. Es besteht zudem das Risiko, dass diese Störungen bei ihnen nicht

oder erst spät erkannt werden. Dies haben Untersuchungen im Rahmen des Healthy-Athletes-Programms der SOD gezeigt.<sup>16</sup> Häufig lagen Hör- oder Sehstörungen vor, die sich zum Beispiel durch eine Gehörgangspülung oder eine Brillenanpassung leicht beheben oder versorgen lassen. Untersuchungen des Hörens und Sehens im Sinne eines Screenings oder zumindest mittels regelmäßiger Untersuchungen bieten das Potenzial, Seh- und Hörverlust

<sup>16</sup> Jann Aulbert: Hörminderung bei Menschen mit geistiger Behinderung, Berlin 2019, sowie Reinhard et al.: Augenärztliches Screening für Menschen mit geistiger und Mehrfachbehinderung, Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 2020

bei Menschen mit Behinderungen zu vermeiden. Insofern ist die Möglichkeit regelmäßiger Untersuchungen auf Hör- und Sehstörungen bei Menschen mit Behinderungen dem BMG ein besonderes Anliegen.

Auf dem Nationalen Gesundheitsportal [gesund.bund.de](https://gesund.bund.de) finden Bürgerinnen und Bürger unter anderem verlässliche, neutrale und leicht verständliche Informationen zu verschiedenen häufigen Krankheitsbildern der Augen und Ohren. Zudem werden Informationen zu ihren Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten bereitgestellt. Auch die Plattform [Gesundheitsinformation.de](https://www.gesundheitsinformation.de) des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bietet entsprechende Informationen an.

Mit einer Förderung des BMG ist im Rahmen eines Projekts des Gesundheitsprogramms von SOD in den Jahren 2019 bis 2021 und 2022 bis 2023 eine Website mit dem Titel „Gesundheit leicht verstehen“<sup>17</sup> aufgebaut worden. Die barrierefreie Website bietet Menschen mit intellek-

tueller Beeinträchtigung und eingeschränktem Lese- und Sprachverständnis Zugriff auf wissenschaftlich geprüfte Gesundheitsinformationen in Leichter Sprache.

Mit einer Förderung durch den Innovationsfonds wird derzeit das Projekt „HörGeist“<sup>18</sup> gefördert, das die regelmäßige Durchführung von Hörtests bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung als neue Versorgungsform untersucht.

**Ziel:** Die Aufmerksamkeit für Hör- und Sehstörungen wird erhöht, sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch in besonders vulnerablen und betroffenen Gruppen wie Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen. Menschen mit Behinderungen erhalten einen leichten Zugang zu entsprechenden Informationen und zu Untersuchungen von Hör- und Sehfähigkeit. Die Prävention von Seh- und Hörverlust bei Menschen mit Behinderungen und kognitiven Beeinträchtigungen wird verbessert.

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Das BMG wird den G-BA bitten, zu berichten, inwieweit die besonderen Belange von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung im Hinblick auf die Vermeidung von Seh- und Hörverlust bereits heute in Untersuchungs- oder Screeningprogrammen berücksichtigt werden, und zu prüfen, wie sie künftig berücksichtigt werden sollen.	Bitte an den G-BA um Bericht zum Sachstand und Hinweis auf Relevanz und Wichtigkeit der Thematik	G-BA beziehungsweise weitere Selbstverwaltungsgremien	Kurzfristig
Sofern für eine hinreichende Berücksichtigung erforderlich, wird die Schaffung eines gesetzlichen Anspruchs auf zusätzliche Screeningleistungen geprüft. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass an den G-BA bereits die Aufgabe übertragen ist, das Nähere zu Art und Umfang der Leistung in seinen Richtlinien festzulegen.	Erforderlichenfalls Anpassung der untergesetzlichen Normen durch den G-BA und/oder den Bewertungsausschuss		Langfristig
Das BMG wird die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG) um eine Einschätzung bitten, inwieweit augenärztliche Früherkennungsuntersuchungen ab dem 55. Lebensjahr zur Erreichung des Ziels, Sehverlust bei Menschen mit Behinderungen und intellektuellen Beeinträchtigungen zu vermeiden, beitragen können.	Stellungnahme der Fachgesellschaft	Fachgesellschaft (DOG)	Kurzfristig

<sup>17</sup> <https://gesundheits-leicht-verstehen.de/>

<sup>18</sup> <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/hoergeist-ein-programm-zur-niedrigschwelligen-identifikation-und-behandlung-von-hoerstoerungen-bei-menschen-mit-geistiger-behinderung.291>

# Förderung der Gesundheitskompetenz und zielgruppengerechten Kommunikation

Der Begriff „Gesundheitskompetenz“ umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und im Alltag anzuwenden. Gesundheitskompetenz ist eine wichtige Voraussetzung für ein positives Gesundheitsverhalten und relevant für die Gesunderhaltung und Krankheitsbewältigung. Eine niedrige Gesundheitskompetenz führt im Schnitt zu ungesundem Verhalten, zum Beispiel in Bezug auf die Ernährung und die Bewegung. Darüber hinaus führt eine niedrige Gesundheitskompetenz zu einer stärkeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens.

Handlungsbedarf besteht nicht nur darin, sicherer in der Recherche und Bewertung gesundheitsrelevanter Informationen zu werden sowie dieses Wissen anzuwenden. Es ist ebenso notwendig, die Kenntnisse über die Strukturen des Gesundheitswesens zu verbessern, um die „navigationale Gesundheitskompetenz“ zu fördern, fordert auch der Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege in seinem Gutachten aus dem Jahr 2024<sup>19</sup> und meint damit die Fähigkeit, sich im Gesundheitswesen zu orientieren und durch das Gesundheitswesen zu navigieren, um zügig und ohne Umwege zur richtigen Versorgung zu gelangen. Die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) sowie die damit verbundenen Aufklärungs- und Informationspflichten seitens der gesetzlichen Krankenkassen können zu einer stärkeren Beschäftigung mit den eigenen Gesundheitsdaten führen und damit die individuelle Gesundheitskompetenz begünstigen.

Aus aktuellen Forschungsergebnissen wird deutlich, dass es bestimmte Faktoren gibt, die mit dem Grad an Gesundheitskompetenz korrelieren. Gesundheitskompetenz ist sozial ungleich verteilt. Mehr als die Hälfte der Gesamtbevölkerung verfügt nur über eine geringe Gesundheitskompetenz.<sup>20</sup> Dieses Bild zeigt sich auch in einer ge-

sonderten Untersuchung von Menschen mit Migrationshintergrund.<sup>21</sup> Besonders betroffen von einer unzureichenden Gesundheitskompetenz sind Personen mit geringem Einkommen, niedrigem Sozialstatus, ältere Menschen ab dem 65. Lebensjahr, Menschen mit chronischen oder langandauernden Erkrankungen sowie Menschen mit eigener Zuwanderungsgeschichte. Menschen mit geringen Deutschkenntnissen sehen sich zudem häufig vor besondere Schwierigkeiten gestellt, zum Beispiel in der Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten.

Die Studienlage zur Gesundheitskompetenz von Menschen mit Behinderungen hat sich in den letzten Jahren deutlich verbessert. Menschen mit Behinderungen stellen eine besonders vulnerable Gruppe dar. Dies gilt insbesondere dann, wenn sie zusätzlich noch von chronischen Erkrankungen betroffen sind.<sup>22</sup> Im Bevölkerungsdurchschnitt berichtet knapp mehr als die Hälfte der Befragten von Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen. Im Vergleich dazu haben in einer Umfrage in Leichter Sprache zwei Drittel der Befragten in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Behindertenhilfe von Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen berichtet.<sup>23</sup> Im Rahmen der Ressortforschung hat das BMG bereits verschiedene Projekte zur Stärkung der Gesundheitskompetenz vulnerabler Gruppen gefördert. Hierzu zählt unter anderen das Projekt „Erklärvideos zur Stärkung der Gesundheitskompetenz für Menschen mit geistiger Behinderung“ (Geko-MmgB).

## 6.1. Stärkung der Gesundheitskompetenz

Das BMG hat neben Studien zur Messung der Gesundheitskompetenz bereits zahlreiche Forschungsprojekte gefördert. Hierzu zählen unter anderen Projekte zur strukturellen Verankerung von Gesundheitskompetenz in Schulen, in der Arbeitswelt oder in Organisationen, wie

<sup>19</sup> Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege 2024: Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. Insbesondere Kapitel 5: Maßnahmen zur Reduktion der Nachfrage nach Fachkräften. <https://www.svr-gesundheit.de/publikationen/gutachten-2024/>

<sup>20</sup> HLS-GER 2 2021 beziehungsweise Schaeffer et al. 2021

<sup>21</sup> HLS-MIG 2022 beziehungsweise Berens et al. 2022

<sup>22</sup> Rathmann et al. 2022

<sup>23</sup> Rathmann et al. 2022

zum Beispiel Krankenhäusern. Ziel ist es, künftig den von der WHO besonders empfohlenen verhaltenswissenschaftlich geprägten Ansatz „Behavioural and Cultural Insights“ (BCI) stärker zu nutzen. Der Ansatz enthält partizipative Elemente, mit denen Maßnahmen an die Bedürfnisse und Bedarfe der Zielgruppen angepasst und diese dadurch besser erreicht werden können.

Auch die vom BMG im Jahr 2017 gegründete „Allianz für Gesundheitskompetenz“ setzt sich für die Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ein. Mitglieder sind die Gesundheitsministerkonferenz der Länder, die Pflegebevollmächtigte sowie der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Spitzenverbände und Selbstverwaltung des Gesundheitswesens, darüber hinaus der Verbrau-

cherzentrale Bundesverband (vzbv) und die BAG Selbsthilfe sowie beratend die Expertinnen und Experten des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz und themenbezogene Gäste. In ihrer Arbeit nimmt die Allianz ganz besonders vulnerable Gruppen in den Blick und setzt auf Maßnahmen in den Lebenswelten mit dem Ziel gesundheitskompetenter Settings. Weitere Ansatzpunkte sind die Förderung der professionellen Gesundheitskompetenz, die digitale Gesundheitskompetenz sowie die Gesundheitskompetenz von Organisationen.

**Ziel:** Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz erfolgen zielgerichtet. Die Zielgruppen werden besser erreicht.

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Um diversitätssensible, qualitätsgesicherte und diskriminierungsfreie Informationsangebote und Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz möglichst zielgruppengerecht auszugestalten, wird das BMG mit seinen nachgeordneten Behörden künftig verstärkt verhaltens- und sozialwissenschaftliche Erkenntnisse einbeziehen und den auch von der WHO empfohlenen Ansatz „Behavioural and Cultural Insights“ (BCI), der ausdrücklich die Beteiligung der jeweiligen Gruppen betont, anwenden.	Konzeptionell	BMG und Geschäftsbereich	Sofort
Das BMG wird im Rahmen der Allianz für Gesundheitskompetenz die Themen Inklusion, Barrierefreiheit und Diversität sowie Antidiskriminierung auf die Agenda setzen und für den notwendigen Handlungsbedarf auf den verschiedenen Ebenen des Gesundheitswesens sensibilisieren.	Austausch mit verantwortlichen und betroffenen Akteurinnen und Akteuren	BMG	Kurzfristig
Das BMG wird seine Ziele zur Förderung der Gesundheitskompetenz insbesondere von vulnerablen Gruppen, darunter unter anderen Menschen mit Behinderungen sowie Menschen mit Zuwanderungsgeschichte, aber auch der professionellen Gesundheitskompetenz weiterverfolgen. Die Ziele und Grundsätze der Allianz für Gesundheitskompetenz wurden im Sommer 2024 in Form einer „Roadmap für Gesundheitskompetenz 2024“ verabschiedet und sollen gemeinsam mit weiteren ausgewiesenen Expertinnen und Experten umgesetzt werden.	Austausch und Ausgestaltung von Maßnahmen mit verantwortlichen Akteurinnen und Akteuren	BMG und Geschäftsbereich sowie Partner der Allianz für Gesundheitskompetenz	Sofort

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Das BMG wird im Gespräch mit den Ländern für Setting-Maßnahmen zur Förderung der Gesundheits- und Selbstkompetenz mit dem Ziel einer gesundheitskompetenten Organisation „Schule“ werben.	Austausch mit verantwortlichen Akteurinnen und Akteuren	Länder	Kurzfristig
Das BMG wird in Gesprächen mit der Selbstverwaltung für die Implementierung des Konzepts der organisationalen Gesundheitskompetenz werben und auf diesem Wege auch die Themen Barrierefreiheit, Inklusion und Diversität befördern.	Austausch mit verantwortlichen Akteurinnen und Akteuren	Selbstverwaltung	Kurzfristig
Das BMG wird in Gesprächen mit dem GKV-SV dafür werben, die Belange von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen bei der Festlegung nach § 20k Absatz 2 SGB V stärker zu berücksichtigen.	Austausch mit verantwortlichen Akteurinnen und Akteuren	BMG	Kurzfristig

## 6.2. Stärkung der Selbsthilfe

Die gesundheitliche Selbsthilfe ist fester Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens. Dabei unterstützen die Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen die professionellen Angebote der Gesundheitsversorgung in vielfältiger Weise. Selbsthilfe ist auch ein positives Beispiel für die Wahrnehmung von Eigenverantwortung und die Stärkung der Gesundheitskompetenz. Menschen mit chronischen Erkrankungen, Menschen mit Behinderungen sowie ihre Angehörigen finden in den Selbsthilfegruppen Rat und Unterstützung, teilen ihre Probleme, finden gemeinsame Lösungen und helfen dabei sich und anderen Betroffenen. Darüber hinaus ist die Selbsthilfe beratend im Gesundheitswesen eingebunden und trägt dazu bei, die medizinische Versorgung patientenorientierter auszurichten.

Die gesundheitliche Selbsthilfe ist heterogen organisiert. In den Selbsthilfegruppen auf örtlicher Ebene findet die konkrete Selbsthilfearbeit in Form von Unterstützungsangeboten sowie als Austausch zwischen Betroffenen beziehungsweise Angehörigen statt. Dort finden sie Rat und Unterstützung. Die Selbsthilfeorganisationen sind Zusammenschlüsse der Gruppen in landes- oder bundesweiten Interessenvertretungen für das jeweilige Krankheitsbild. Zudem gibt es die Selbsthilfekontaktstellen als örtliche oder regionale Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal, die eine Wegweiser-Funktion im System einnehmen und die Gruppengründung und Gruppenarbeit unterstützen. Gängigen Schätzungen zu-

folge gibt es bundesweit rund 100.000 Selbsthilfegruppen zu fast jedem gesundheitlichen und sozialen Thema. Es ist davon auszugehen, dass sich rund 3,5 Millionen Menschen in Deutschland in der gesundheitlichen Selbsthilfe engagieren.

Neben den Gruppen und Verbänden haben sich übergeordnete Dach- beziehungsweise Spitzenorganisationen der Selbsthilfe gebildet, die als Vertretungen der Selbsthilfe auf Bundesebene agieren. Sie greifen übergeordnete Themen auf und sind die sogenannten Vertretungen der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen, die unter anderem auch in Ausschüssen des G-BA vertreten sind. Als sachkundige Bürgerinnen und Bürger sind viele ihrer Mitglieder beratend in den Gremien eingebunden und tragen dazu bei, die medizinische Versorgung patientenorientierter auszurichten.



**Ziel:** Im Rahmen von zeitlich und inhaltlich begrenzten Projektförderungen durch das BMG werden Zuwendungen als Zuschüsse zur Förderung der gesundheitlichen Selbsthilfe und zur Förderung von Maßnahmen zur selbstbestimmten Lebensgestaltung von Menschen mit Behinderungen gewährt. Die Schwerpunkte der Selbsthilfeförderung liegen dabei auf bundesweiten Modellprojekten und Maßnahmen, die neuere Entwicklungen und

Herausforderungen in der gesundheitlichen Selbsthilfe aufgreifen. Durch die Bearbeitung verschiedener Fragestellungen, beispielsweise zum demografischen Wandel, zur zunehmenden Digitalisierung oder zur Nutzung sozialer Medien, sollen die Weiterentwicklung und die Qualitätssicherung der gesundheitlichen Selbsthilfe gestärkt werden.

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Das BMG fördert weiterhin eine strukturierte Weiterentwicklung der gesundheitlichen Selbsthilfe.	Projektförderung	BMG	Fortlaufend
Die GKV und der Verband der Ersatzkassen werden die Selbsthilfe nach § 20h SGB V weiterhin unterstützen.	Projekt- und Pauschalförderung	GKV, vdek	Fortlaufend
Das BMG unterstützt weiterhin die für die Wahrnehmung der Interessen von Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen (§ 140f SGB V).	Unterstützung	BMG	Fortlaufend

### 6.3. Stärkung der Partizipation und Mitbestimmung

Eine Voraussetzung für die Teilhabe aller Menschen am gesellschaftlichen Leben ist die Möglichkeit, an Entscheidungsprozessen beteiligt zu werden. Mit einer frühzeitigen und kontinuierlichen Einbindung der Betroffenen in die verschiedenen Planungs- und Gestaltungsprozesse soll sichergestellt werden, dass die individuellen Bedürfnisse und Bedarfe wahrgenommen und berücksichtigt werden können. Dadurch können bereits bestehende Benachteiligungen beseitigt und die Entstehung möglicher neuer Benachteiligungen verhindert werden.

Dieser Grundsatz gilt ganz wesentlich auch für den Gesundheitsbereich und findet sich in unterschiedlicher Ausprägung an verschiedenen Stellen wieder.

Es ist gesetzlich vorgeschrieben, die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen in Fragen, die die Versorgung betreffen, zu beteiligen. Im G-BA und in der NPK verfügen die entsprechenden Organisationen über ein Mitberatungsrecht, im G-BA auch über ein Antragsrecht. Vor diesem Hintergrund war die Interessenvertretung der Patientinnen und Patienten beispielsweise be-

reits an der Erarbeitung der KBV-Richtlinien zur Barrierefreiheit beteiligt und soll nunmehr auch an zukünftigen Aktualisierungen der KBV-Richtlinien beteiligt werden. Auch in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund werden jeweils fünf der 23 Mitglieder auf Vorschlag der Verbände und Organisationen der betroffenen Menschen ernannt. Diese Mitglieder verfügen über ein volles Stimmrecht.

Auch in der NPK werden die Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten mit zwei Sitzen in beratender Funktion einbezogen. Als maßgebliche Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen werden sie bei Beratungen der NPK beteiligt und nehmen an dem jährlich stattfindenden Präventionsforum, das die NPK berät, teil.

Darüber hinaus haben die Themen Partizipation und Mitbestimmung von Kindern und Jugendlichen im Laufe der letzten beiden Jahrzehnte zunehmend an Bedeutung gewonnen. Wichtige rechtliche Grundlagen für die Stärkung der Partizipation von Kindern und Jugendlichen bei der Entscheidungsfindung in der medizinischen Versorgung sind unter anderem die UN-Kinderrechtskonvention und das Patientenrechtegesetz.

Die Beteiligung von Patientinnen und Patienten an medizinischen Entscheidungen ist nicht zuletzt auch ein wichtiges medizinethisches Grundprinzip. Daher werden Aspekte der Partizipation auch in medizinischen Leitlinien zunehmend stärker berücksichtigt. Im Zusammenhang mit einer Stärkung der Partizipation in der medizinischen Versorgung kommt dem Konzept des „informed consent“, also der „informierten Einwilligung“ oder auch „Einwilligung nach erfolgter Aufklärung“ bis hin zur gemeinsamen Entscheidungsfindung, nicht nur bei erwachsenen Patientinnen und Patienten, sondern auch bei Kindern und Jugendlichen eine wichtige Rolle zu. Eine wichtige Voraussetzung für gelingende Partizipation ist die Gesundheitskompetenz – sowohl der Patientinnen und Patienten als auch des Personals und der Organisation.

Bislang liegen erst relativ wenige Studien zu den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen nach Partizipation an medizinischen Entscheidungsprozessen und zu den Auswirkungen der Partizipation auf die Gesundheit und gesundheitliche Versorgung vor. Gleiches gilt auch hinsichtlich der Frage der praktischen Umsetzung einer gelungenen beziehungsweise wirksamen Partizipation von Kindern und Jugendlichen. Die vorliegenden Forschungsergebnisse weisen auf positive Effekte der partizipativen Einbindung von Kindern und Jugendlichen hin. Beispielsweise beeinflusst das Wissen über die Erkrankung die Motivation für die Behandlung. Bezüglich des Partizipationsbedürfnisses weisen Forschungsergebnisse darauf hin, dass dieses von verschiedenen Faktoren abhängt. Hierzu zählen beispielsweise die Schwere der Erkrankung sowie das Alter der Patientin oder des Patienten. Auch kulturelle Aspekte könnten eine Rolle spielen.<sup>24</sup>

Vom Steering Committee for human rights in the fields of biomedicine and health (CDBIO) des Europarates wurde im April 2024 die Publikation „Guide to children’s participation in decisions about their health“ veröffentlicht.<sup>25</sup> Gemäß dem Leitfaden sind die im Prozess der Partizipation von Kindern und Jugendlichen in der medizinischen Versorgung zu berücksichtigenden Stakeholder die Kinder und Jugendlichen selbst. Außerdem zählten hierzu auch ihre Eltern beziehungsweise ihre Sorgeberechtigten sowie die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und andere

medizinische Fachkräfte. Insbesondere bei den Kindern und Jugendlichen seien dabei die individuellen Merkmale wie das Alter, der Reifegrad und die Lebenserfahrung zu berücksichtigen. Der Leitfaden enthält einen guten Überblick über den aktuellen Stand in den Mitgliedstaaten des Europarates sowie eine Zusammenstellung von Informationsmaterialien für Kinder, Jugendliche und Fachkräfte, Trainingsmaterialien für medizinische Fachkräfte sowie Good-Practice-Beispiele, darunter auch deutschsprachige Materialien des Dr. von Haunerschen Kinderspitals an der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Das im Rahmen des Innovationsfonds geförderte Projekt „PedSDM – Pediatric Shared Decision Making – Bestandsaufnahme, Analyse und Empfehlungen zu Partizipation und Shared Decision Making (SDM) in der pädiatrischen Routineversorgung“ untersucht die Evidenzlage bei der Partizipation sowie dem SDM beziehungsweise ihrer Implementierung und bestehende Evidenzlücken. Außerdem untersucht das Projekt empirisch die derzeitige Umsetzung von Partizipation. Ein Hauptprodukt des Projekts ist die Anmeldung einer krankheits- und indikationsübergreifenden S3-Leitlinie zum Thema Partizipation und SDM in der Pädiatrie.

In dem derzeit vom BMG geförderten Projekt „Innovation in der Partizipation und Information bei psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen (IPI KiJu)“ werden die bestehenden Informationsmöglichkeiten zu psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und deren Behandlungsoptionen evaluiert und den Bedarfen betroffener Kinder und Jugendlichen gegenübergestellt. Einbezogen werden auch die Sichtweisen der Sorgeberechtigten und der in der Behandlung tätigen Fachkräfte. Auf der Grundlage der in den Befragungen der verschiedenen Stakeholder ermittelten Ergebnisse sollen Qualitätskriterien und innovative Ansätze sowie ein Handlungsleitfaden entwickelt werden. Die Ergebnisse des Projekts stellen wichtige Vorarbeiten für die Erreichung des aufgeführten Ziels dar und sollen dementsprechend in die Planung und Umsetzung der nachfolgend dargestellten Maßnahmen einfließen.

**Ziel:** Die Partizipation und die Mitbestimmung, insbesondere von Kindern und Jugendlichen, werden gestärkt.

<sup>24</sup> Fegert, J.M. und Bea, M.: Einbezug von Kindern in die Krankenbehandlung. In: Frühe Kindheit, 02/2022. Sowie Zerbe, P.-S., Schulz E., Körner M.: Wunsch und Erleben von Partizipation für Kinder und Jugendliche in der stationären Psychiatrie. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2021, S. 213–226

<sup>25</sup> <https://rm.coe.int/pdf-cdbio-2023-3-final-cdenf-2023-14-final-guide-child-participation-i/1680af8172>

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Die Stabstelle der Patientenvertretung im G-BA wird gestärkt.	Durch Maßnahmen des G-BA und seiner Geschäftsstelle möglich	G-BA	Kurzfristig
Das BMG wird gegenüber den medizinischen Fachgesellschaften anregen, das Thema Partizipation in allen medizinischen Leitlinien zu berücksichtigen.	Entwicklung medizinischer Leitlinien	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften	Kurzfristig
Das BMG wird ein Projekt zur Entwicklung und Erprobung eines Konzepts für (Online-) Schulungs- und Informationsmaterialien für Gesundheitsfachberufe zum Thema „Stärkung der Partizipation von Kindern und Jugendlichen in medizinischen Entscheidungsprozessen“ fördern.	Projektförderung	BMG	Langfristig

#### 6.4. Verbesserung der Informationsangebote, Beratungsangebote und der Kommunikation

Alle Bundesbehörden haben ihre Websites, mobilen Anwendungen und ihr Intranet nach dem Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) und dem Inkrafttreten der aktualisierten Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung (BITV 2.0) schon jetzt barrierefrei zu gestalten. Auf den Websites [bundesgesundheitsministerium.de](http://bundesgesundheitsministerium.de), [bzga.de](http://bzga.de), [bundes-klinik-atlas.de](http://bundes-klinik-atlas.de) und [gesund.bund.de](http://gesund.bund.de) ist die Erklärung zur Barrierefreiheit transparent dargestellt. Lediglich für Archive, die nicht mehr genutzte Inhalte aufweisen und die nicht nach dem 23. September 2019 aktualisiert wurden, gilt nach BITV 2.0 eine Ausnahme. Für das BMG und die BZgA bedeutet dies, die Materialien, Informationen und Angebote so bereitzustellen, dass Menschen mit Behinderungen diese wahrnehmen, verstehen, nutzen und daran teilhaben können. Dazu zählen beispielsweise vom BMG und von der BZgA erstellte Broschüren, Webauftritte, Videos, PDF-Dokumente und Veranstaltungen.

In seiner Öffentlichkeitsarbeit hält das BMG bei der Planung und Durchführung eigener Kampagnen, Publikationen und Veranstaltungen die Vorgaben zur Barrierefreiheit bestmöglich ein. Das BMG ist zudem bestrebt, alle seit September 2020 veröffentlichten Publikationen schnellstmöglich als barrierefreie PDFs auf der

BMG-Homepage<sup>26</sup> zum Herunterladen zur Verfügung zu stellen. Das BMG garantiert eine stetige Überprüfung der PDF-Dateien, um die Barrierefreiheit laufend zu verbessern.

Unter Berücksichtigung der Corporate-Design-Vorgaben im Styleguide der Bundesregierung wird bei allen Publikationen auf eine barrierefreie Gestaltung geachtet. Hierzu zählen insbesondere die Leserlichkeit von Schriften, die Lesbarkeit von Texten, Kontrasten und Farben sowie Bildern. Zu besonders relevanten Themen, wie beispielsweise zum deutschen Gesundheitswesen, werden Publikationen auch in weiteren Sprachen, in Brailleschrift oder in Leichter Sprache bereitgestellt.

Bei der Planung und Durchführung von Kampagnen des BMG wird ebenfalls regelmäßig auf eine barrierefreie beziehungsweise barrierearme Gestaltung geachtet. Dies gilt sowohl für Kampagnenwebsites als auch für das Kampagnenmaterial, wie zum Beispiel Flyer, Poster, Brailleschrift-Flyer, Gebärdenvideos, Hörbücher, Flyer in Leichter Sprache, Sachcomics, die Untertitelung von Videoclips und TV-Spots. Bei der Medianauswahl, wie bei Anzeigenschaltungen in Zeitungen oder Magazinen, wird zudem regelmäßig die Zielgruppe der Menschen berücksichtigt, die auf barrierefreie beziehungsweise barrierearme Angebote angewiesen sind.

<sup>26</sup> [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)

Auch bei der Planung und Durchführung von Veranstaltungen des BMG werden die Aspekte der Barrierefreiheit berücksichtigt, um möglichst allen Menschen eine Teilnahme zu ermöglichen. Hierzu zählen sowohl Präsenzveranstaltungen als auch hybride und rein digitale Formate. Dies beginnt bei der barrierefreien Gestaltung von Einladungen und reicht über einen barrierefreien Zugang zum Veranstaltungsort bis hin zur barrierefreien Teilnahme an der Veranstaltung selbst. So sind seit mehreren Jahren Gebärdendolmetscherinnen und Gebärdendolmetscher beim Tag der offenen Tür im BMG im Einsatz und begleiten Hausführungen, Vorträge und Diskussionsrunden. Auch bei digitalen und hybriden Veranstaltungen wie Town Hall Meetings wird auf ein möglichst hohes Maß an Barrierefreiheit geachtet. Die digitalen Town Hall Meetings während der COVID-19-Pandemie wurden beispielsweise regelmäßig nicht nur in mehrere Fremdsprachen, sondern auch immer simultan in Gebärdensprache übersetzt.

Im Rahmen des Anfragewesens in der Bürgerkommunikation wird beim vom BMG beauftragten Bürgertelefon seit mehreren Jahren ein Gebärdentelefon mittels Videotelefonie angeboten.

Seit September 2020 stellt das BMG auf dem Nationalen Gesundheitsportal<sup>27</sup> verlässliche, neutrale und leicht verständliche Gesundheitsinformationen bereit. Das Portal ist barrierefrei zugänglich und in den fünf Sprachen Deutsch, Englisch, Türkisch, Russisch und Arabisch verfügbar. Die Vorgaben zur Barrierefreiheit (BITV 2.0) werden erfüllt und anhand einer Erklärung zur Barrierefreiheit bestätigt. Es sind Informationen in Deutscher Gebärdensprache sowie in Leichter Sprache zum Inhalt und zur Navigation des Portals vorhanden. Alle Videos sind untertitelt.

Gleiches gilt für den Bundes-Klinik-Atlas<sup>28</sup>. Durch diesen sollen Bürgerinnen und Bürger umfassende, faire und vergleichbare Informationen über den Versorgungsumfang und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern erhalten. Diese Informationen unterstützen Bürgerinnen und Bürger bei der Auswahl eines Krankenhauses. Die Anforderungen aus den rechtlichen Bestimmungen des BGG und der BITV 2.0 werden erfüllt und durch eine Erklärung zur Barrierefreiheit bestätigt. Die Erklärung zur Barrierefreiheit verweist auf den Feedback-Mechanismus und das Schlichtungsverfahren und wurde zuletzt im Mai 2024 aktualisiert. Gemäß den Vorgaben der

BITV 2.0 stellt der Webauftritt des Bundes-Klinik-Atlas zudem alle erforderlichen Informationen in Deutscher Gebärdensprache und Leichter Sprache bereit.

Auch die BZgA hält zur Unterstützung einer barrierearmen Kommunikation und Information ein telefonisches Informations- und Beratungsangebot zu ausgewählten Themen bereit. Des Weiteren entsprechen die Internetseiten der BZgA den Richtlinien zur Barrierefreiheit oder werden im Zuge der nächsten Neueinführung an diese angepasst. Einzelne, nicht barrierefreie Funktionen werden fortlaufend überarbeitet und entsprechend den Anforderungen angepasst. Eine Prüfung durch die Bundesfachstelle für Barrierefreiheit wird dabei berücksichtigt. Die Verfügbarkeit von Websites in Leichter Sprache, in Gebärdensprache und mit Vorlesefunktion ist bereits teilweise umgesetzt. Hierzu zählen beispielsweise die Website zum WHO-Kollaborationszentrum für sexuelle und reproduktive Gesundheit<sup>29</sup>, die Website des Projekts LIEBESLEBEN<sup>30</sup>, das Kindergesundheitsportal<sup>31</sup> sowie die Website zum Thema Blut spenden<sup>32</sup>. Um bestehende Barrieren zu melden, steht den Nutzenden auf einigen Websites das Formular „Barriere melden“ zur Verfügung. Auch Erklärungen zur Barrierefreiheit können dort eingesehen werden.

Zur diversen, inklusiven und barrierefreien Gestaltung von Aufklärungs- und Informationsmaterialien als PDF oder Printmaterial werden von der BZgA für alle neu zu erstellenden Produkte die erforderlichen Standards umgesetzt. Bei der Dokumentengestaltung wird die Barrierefreiheit von vornherein berücksichtigt.

Ein Großteil der aktuellen PDF-Dokumente der BZgA wird bereits barrierefrei angeboten. So wurden beispielsweise auf der Website zur Organspende<sup>33</sup> alle PDFs barrierefrei eingestellt und auf der Website zum Programm „Gesund und aktiv älter werden“<sup>34</sup> im Bereich des „Impulsgebers Bewegungsförderung“ die Mehrzahl der vorliegenden PDF-Dokumente barrierefrei erstellt. Bestehende Produkte werden aufgrund der großen Masse an Materialien sukzessive auf Barrierefreiheit getestet und angepasst.

Die BZgA setzt Filme und Hörmedien für viele verschiedene Zielgruppen auf unterschiedlichen Websites und Plattformen ein. Grundsätzlich werden für Medien, sofern diese gesprochenen Worte oder für das Verständnis relevante Geräusche enthalten, im Produktionsablauf

<sup>27</sup> [www.gesund.bund.de](http://www.gesund.bund.de)

<sup>28</sup> [www.bundes-klinik-atlas.de](http://www.bundes-klinik-atlas.de)

<sup>29</sup> [www.bzga-whocc.de](http://www.bzga-whocc.de)

<sup>30</sup> [www.liebesleben.de](http://www.liebesleben.de)

<sup>31</sup> [www.kindergesundheit-info.de](http://www.kindergesundheit-info.de)

<sup>32</sup> [www.blutspenden.de](http://www.blutspenden.de)

<sup>33</sup> [www.organspende-info.de](http://www.organspende-info.de)

<sup>34</sup> [www.aelter-werden-in-balance.de](http://www.aelter-werden-in-balance.de)

auch Untertitel erstellt und je nach technischen Möglichkeiten auch eingesetzt. Die primär für verschiedene Plattformen und Websites erstellten Medien werden zudem in der Regel auch in die Mediathek der BZgA aufgenommen. Hier sind ebenfalls sämtliche Medien, die gesprochenes Wort oder relevante Geräusche enthalten, untertitelt. Zudem ist hier für jedes Medium ein Transkript abrufbar.

Im geplanten Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) werden die Strukturen der BZgA weiterentwickelt und durch Kompetenzen in den Bereichen Evidenzgenerierung und Datenanalyse erweitert. Sein Fokus liegt auf der zielgruppengerechten Gesundheitskommunikation sowie der Entwicklung spezifischer Präventionsmaßnahmen.

Mit dem Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland – und zur Änderung weiterer Gesetze vom 11. Mai 2023 wurde die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) neu strukturiert und als Stiftung bürgerlichen Rechts verstetigt. Die derzeit im Aufbau befindliche Stiftung hat den Zweck, eine unabhängige, qualitätsgesicherte und kostenfreie Information und Beratung von Patientinnen und Patienten in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen sicherzustellen. Hierdurch sollen die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen gestärkt und mögliche Problemlagen im Gesundheitssystem aufgezeigt werden. Bei der Ausgestaltung der einzelnen Informations- und Beratungsangebote wird ein barrierefreier Zugang in den Blick genommen. Ratsuchende können sich derzeit ausschließlich telefonisch unter der Nummer 0800 011 77 22 an die Stiftung UPD wenden (Montag, Dienstag und Donnerstag: 09.30–12.00 Uhr und 15.00–17.00 Uhr, Mittwoch und Freitag: 09.30–14.00 Uhr). Die Beratung ist kostenfrei. Das Beratungsangebot soll sukzessive insbesondere auch um regionale Beratungsstellen erweitert werden.

Das IQWiG stellt auf seiner Website [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de) allen Bürgerinnen und Bürgern allgemein verständliche Gesundheitsinformationen zur Verfügung. Sie werden entsprechend dem von der Europäischen Union festgelegten Qualitätskriterium für gesundheitsbezogene Internetseiten sowie dem deutschen Grundsatzpapier des deutschen Netzwerks für evidenzbasierte Medizin regelmäßig aktualisiert.

Die hochwertigen Gesundheitsinformationen des IQWiG leisten einen wichtigen Beitrag dazu, dass evidenzbasierte Erkenntnisse besser umgesetzt werden. Patientinnen und Patienten können sich auf dieser Grundlage bereits heute qualifiziert informieren und nachlesen, welche Maßnahmen nach dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand erfolgversprechend sind. Die Informationen auf den Internetseiten des IQWiG sind teilweise mehrsprachig. Zukünftig sollen mehr Fremdsprachen integriert werden. Hierzu erarbeitet das Institut aktuell ein Arbeitspapier zu „Gesundheitsinformationen für eingewanderte Menschen mit geringen Deutschkenntnissen: Eine qualitative Bedarfsanalyse“.<sup>35</sup>

Ferner hat das IQWiG im Auftrag des G-BA Versicherteninformationen beziehungsweise Entscheidungshilfen zum Mammographie-Screening (zur Brustkrebsfrüherkennung) und zur organisierten Darm- sowie Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung erstellt. Diese Versicherteninformationen sind Bestandteil der jeweiligen Richtlinie des G-BA zur Krebsfrüherkennung.<sup>36</sup> Solche evidenzbasierten Entscheidungshilfen mit verständlichen Informationen über Vor- und Nachteile der jeweiligen Krebsfrüherkennungsuntersuchung sollen die Versicherten dabei unterstützen, eine informierte Entscheidung über eine Inanspruchnahme der betreffenden Untersuchung treffen zu können. Zum Mammographie-Screening-Programm zur Brustkrebsfrüherkennung existieren bereits seit vielen Jahren von der Kooperationsgemeinschaft Mammographie (Träger: GKV-SV und KBV) entwickelte mehrsprachige Informationen in Form von Entscheidungshilfen.<sup>37</sup> Hingegen liegen die Versicherteninformationen beziehungsweise Entscheidungshilfen des G-BA zur organisierten Darm- sowie Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung bisher nicht in mehreren Sprachen vor. Auch existieren derzeit noch keine Versicherteninformationen zur Gebärmutterhals- und Brustkrebsfrüherkennung in Leichter Sprache. Der G-BA hat auf seinen Internetseiten aber bereits ein Informationsheft zur Darmkrebsfrüherkennung in Leichter Sprache veröffentlicht.<sup>38</sup>

Das IQWiG wird zukünftig verstärkt Formate (Videos und Informationen) in Einfacher Sprache für Nutzerinnen und Nutzer mit besonderen Bedarfen erarbeiten. Hierzu wurde bereits eine Gesundheitsinformation zum Ablauf der Darmspiegelung in Leichter Sprache erstellt.<sup>39</sup>

Zudem hat das IQWiG im Auftrag des BMG einen sogenannten Rapid Report „Zielgruppenspezifische Anspra-

<sup>35</sup> <https://www.iqwig.de/projekte/ga24-03.html>

<sup>36</sup> <https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/erwachsene/krebsfrueherkennung/>

<sup>37</sup> <https://www.mammo-programm.de/de/informationsmaterial>

<sup>38</sup> <https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/erwachsene/krebsfrueherkennung/darmkrebs-screening/>

<sup>39</sup> <https://www.gesundheitsinformation.de/leichte-sprache/darmspiegelung/>

che von Versicherten bei Gesundheitsuntersuchungen“ erarbeitet und veröffentlicht, der sich unter anderem der Thematik Informationen in Einfacher oder Leichter Sprache annimmt.<sup>40</sup>

Darüber hinaus ist das Angebot an mehrsprachigen Informationen eine zentrale Voraussetzung, um den barrierefreien und gleichberechtigten Zugang aller zur gesundheitlichen Versorgung zu erleichtern. Studien belegen, dass auch langjährig in Deutschland lebende Menschen mit Zuwanderungsgeschichte teilweise noch erhebliche Informationsdefizite hinsichtlich der Struktur und Funktionsweise des deutschen Gesundheitswesens sowie relevanter Gesundheitsthemen aufweisen. Hierfür gibt es verschiedene Ursachen. Neben möglichen sprachlichen Hindernissen beeinflusst zum Beispiel das unterschiedliche Verständnis von Gesundheit und Krankheit den Zugang zum Gesundheitssystem. Deshalb sind Initiativen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz durch zielgruppenspezifische Informationen und Vermittlung notwendig, um das Gesundheitsverhalten bei Menschen mit Zuwanderungsgeschichte zu fördern.

Das BMG verbessert daher kontinuierlich das Angebot an zielgruppenspezifischen Informationen. Das mehrsprachige Webportal „Migration und Gesundheit“<sup>41</sup> wird laufend aktualisiert. Es bietet eine Vielzahl an Broschüren und Informationsmaterialien zum deutschen Gesundheitswesen und zu verschiedenen Gesundheitsthemen in über 40 Sprachen. Der in 15 Sprachen zur Verfügung stehende Wegweiser des BMG und des Ethno-Medizinischen Zentrums e.V. „Gesundheit für alle – Ein Wegweiser durch das deutsche Gesundheitssystem“<sup>42</sup> fasst Basisinformationen zum deutschen Gesundheitswesen sowie zum medizinischen Versorgungssystem, zur Notfallversorgung, zu Vorsorgeangeboten und Therapiemaßnahmen sowie zur Pflegeversicherung zusammen.

Darüber hinaus hat das BMG weitere zielgruppenspezifische Informationsangebote gefördert. So erfolgte im Rahmen des Projekts „MiMi – Gesundheitsförderung und Capacity Building mit Migranten für Migranten“ eine mehrsprachige, kultursensible und partizipatorische Informationsvermittlung für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte durch muttersprachliche und interkulturell geschulte Gesundheitsmediatorinnen und Gesundheitsmediatoren zu verschiedenen Präventions- und Gesundheitsthemen. Damit sollte die Gesundheitskompetenz von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte erhöht, ihr Präventionsverhalten gestärkt und ihre Teilhabe an den Angeboten des Gesundheitswesens verbessert werden. Das ebenfalls durch das BMG geförderte Projekt „Präventionsbus“ der Charité untersuchte, inwieweit ein niedrigschwelliger, aufsuchender Ansatz durch mobile Gesundheitsteams im schulischen Umfeld die Durchimpfungsrate bei Jugendlichen verbessern kann und die Teilnahme an einem Unterricht zum Thema Impfen die Impfbereitschaft erhöht. Zielgruppenspezifisch richtete sich das vom BMG geförderte Modellprojekt „Information und Aufklärung zu COVID-19“ in Zusammenarbeit mit dem Verein Maisha e.V. gezielt an die afrikanische Community.

Durch die Schulung von Mediatorinnen und Mediatoren und die Nutzung verschiedener Informationsformate wie Broschüren, Veranstaltungen und Social Media wurde die Zielgruppe für die Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie sensibilisiert.

**Ziel:** Gesundheitsinformationen werden in geeigneten, barrierefreien und mehrsprachigen Formaten einer Vielzahl unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen zur Verfügung gestellt.

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Das BMG stellt mit dem Portal „Migration und Gesundheit“ Informationsangebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten mit Zuwanderungsgeschichte sowie des medizinischen Personals bereit und entwickelt sie fortlaufend weiter.	Fortlaufende, mehrsprachige Informationsangebote zu Gesundheitsthemen auch über soziale Medien	BMG	Fortlaufend

<sup>40</sup> <https://www.iqwig.de/projekte/p23-01.html>

<sup>41</sup> <https://www.migration-gesundheit.bund.de>

<sup>42</sup> <https://www.gesundheit-mehrsprachig.de/>

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Das BMG wird die Schaffung und Verbreitung communitybasierter Informationsangebote zu Gesundheitsthemen auch durch Schulung und den Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren auf der Grundlage der Erkenntnisse bereits erfolgter Modellvorhaben unterstützen. Dabei ist auch auf Barrierefreiheit der Informationsangebote hinzuwirken.	Modellvorhaben und Öffentlichkeitsarbeit	BMG	Langfristig
Die mehrsprachigen Informationen des Nationalen Gesundheitsportals ( <a href="http://gesund.bund.de">gesund.bund.de</a> ) werden zukünftig in den zahnärztlichen und ärztlichen Praxen bekannter gemacht. Hierfür können sie künftig bei Bedarf auch im Arztgespräch an die Patientinnen und Patienten übermittelt werden.	Austausch zwischen KBV, KZBV und BMG, um Möglichkeiten im zahnärztlichen und ärztlichen Arbeitsalltag zu eruiieren	BMG, KBV, KZBV	Kurzfristig
Das BMG wird bei den Akteuren des Gesundheitswesens für mehrsprachige und barrierefreie Gesundheitsinformationen – auch in Leichter Sprache – werben.	Austausch mit verantwortlichen und betroffenen Akteurinnen und Akteuren	BMG	Kurzfristig
Das BMG unterstützt die gesundheitliche Selbsthilfe bei Maßnahmen zur Verbesserung von Informationsangeboten, beispielsweise beim Ausbau digitaler Informationsangebote für Menschen mit chronischen Erkrankungen, Menschen mit Behinderungen sowie ihre Angehörigen.	Projektförderung	BMG	Fortlaufend
Die Krankenkassen und ihre Verbände fördern Selbsthilfegruppen und -organisationen, die sich die gesundheitliche Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer bestimmten Krankheit zum Ziel gesetzt haben, sowie Selbsthilfekontaktstellen, unter anderem auch bei Maßnahmen zur Verbesserung von Informationsangeboten (§ 20h SGB V).	Pauschal- und/oder Projektförderung	GKV, vdek	Fortlaufend
Versicherteninformationen des G-BA zu organisierten Krebsfrüherkennungsuntersuchungen werden zukünftig regelhaft in Leichter Sprache und in Fremdsprachen niederschwellig zur Verfügung gestellt. Hierdurch wird der breite Zugang zur organisierten Krebsfrüherkennung für eine Vielzahl unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen gefördert.	Durch G-BA, Selbstverwaltung möglich (gegebenenfalls unter Einbindung des IQWiG)	G-BA, Selbstverwaltung	Kurzfristig

# Inklusive Digitalisierung

Die Digitalisierung hat viele Bereiche des gesellschaftlichen Lebens und der Wirtschaft bereits heute stark verändert. Gleichzeitig bietet sie vielfältige Chancen für weitere Verbesserungen im Gesundheitsbereich. So kann die IT-gestützte Auswertung medizinischer Daten die Erkennung von Krankheiten verbessern, individuell ausgerichtete Therapien ermöglichen und neue Heilungschancen eröffnen. Zudem kann die Digitalisierung einen wichtigen Beitrag für eine zukünftig schnellere Kommunikation schaffen und effizientere Verwaltungsabläufe durch die Bereitstellung relevanter Informationen für die behandelnden Leistungserbringer ermöglichen. Die Nutzung mobiler Anwendungen birgt zudem neue Chancen für eine selbstbestimmte Rolle der Patientinnen und Patienten im Behandlungsablauf und für eine Stärkung der Gesundheitskompetenz. Neue Techniken, Anwendungen und Geräte sind allerdings nur dann für alle Menschen nutzbar, wenn sie von Beginn an konsequent barrierefrei konzipiert werden.

In diesem Zusammenhang ist auch die digitale Barrierefreiheit von Bedeutung. Der Begriff „digitale Barrierefreiheit“ bedeutet die Gewährleistung der uneingeschränkten Verfügbarkeit und Zugänglichkeit zur Informationstechnik für alle Menschen, unabhängig von ihren etwaigen Einschränkungen oder technischen Möglichkeiten.<sup>43</sup> Sie beschreibt die Erfahrung, IT-Lösungen ohne Barrieren auffinden und nutzen zu können. Zur Gewährleistung der digitalen Barrierefreiheit für Menschen mit Behinderungen sind die unterschiedlichen Beeinträchtigungen der Menschen mit spezifischen Maßnahmen zu berücksichtigen.

Die vom BMG vorangetriebene Digitalisierung des Gesundheitswesens ist kein Selbstzweck, sondern dient dem Wohl der Versicherten und bietet einen echten Mehrwert. Hierbei sollen ausdrücklich alle Menschen mitgenommen werden und von den Möglichkeiten der Digitalisierung profitieren. So bietet die Digitalisierung in vielen Be-

reichen die Chance, die Inklusion zu unterstützen und allen Bürgerinnen und Bürgern die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Eine sichere, vertrauensvolle und nutzerfreundliche sowie barrierefreie digitale Kommunikation zwischen Leistungserbringern und den Patientinnen und Patienten sowie zwischen den Leistungserbringern untereinander ist wesentlicher Bestandteil einer digitalen Versorgung.

Die Verfügbarkeit digitaler Beratungsangebote ist insbesondere für mobilitätseingeschränkte Menschen eine wichtige Möglichkeit des Zugangs zu niedrigschwelligen Hilfsangeboten. Im Suchtbereich hat das BMG daher diesen Ansatz aufgegriffen und in enger Abstimmung mit den Ländern den Aufbau der trägerübergreifenden digitalen Suchtberatungsplattform „DigiSucht“ gefördert. Inzwischen bieten deutschlandweit in 13 Ländern über 300 Beratungsstellen über die Plattform digitale Beratung an. Seit dem 1. Januar 2024 finanzieren die beteiligten Länder die Plattform, die erreichbar ist über die Internetadresse [www.suchtberatung.digital](http://www.suchtberatung.digital).

Im Zusammenhang mit dem gesamten Aufbau der Telematikinfrastruktur und der Realisierung medizinischer Anwendungen, wie beispielsweise der ePA, des elektronischen Rezepts (E-Rezept) und des Medikationsplans, wird die Barrierefreiheit durch die Gesellschaft für Telematik (gematik) bei Erstellung der Spezifikationen sichergestellt.

So wurde das E-Rezept beispielsweise so ausgestaltet, dass plattformspezifische Assistenzsysteme, wie Android und iOS, eingesetzt werden können, die den betroffenen Nutzerinnen und Nutzern bekannt sind. Vor allem aber wird die Adaption neuer Assistenzfunktionen sichergestellt, die im Rahmen der Weiterentwicklung der Plattformen durch Updates von Android und iOS zu erwarten sind. Beides leistet einen wichtigen Beitrag zur Gewähr-

---

<sup>43</sup> Der Beauftragte der Bundesregierung für Informationstechnik, 2024  
[https://www.barrierefreiheit-dienstekonsolidierung.bund.de/Webs/PB/DE/barrierefreie\\_it/digitale-barrierefreiheit/digitale-barrierefreiheit-node.html](https://www.barrierefreiheit-dienstekonsolidierung.bund.de/Webs/PB/DE/barrierefreie_it/digitale-barrierefreiheit/digitale-barrierefreiheit-node.html)



leistung der derzeitigen und auch der zukünftigen barrierefreien Nutzung des E-Rezepts.

Die gematik hat darüber hinaus bei der von ihr zur Verfügung gestellten E-Rezept-App neben der Berücksichtigung der allgemeinen Regelungen zur Barrierefreiheit umfangreiche Tests mit beeinträchtigten Personen, beispielsweise mit starker Sehbeeinträchtigung, durchgeführt, um eine bestmögliche Nutzbarkeit zu erreichen. Hierzu wurde eine Gruppe mit circa 30 Betatestpersonen mit unterschiedlichen körperlichen Einschränkungen aufgebaut. Bei der Zusammenstellung der Testgruppe lag der Fokus darauf, unterschiedliche Zugänge zur App, zum Beispiel per Sprachausgabe oder Brailleschrift, sowie verschiedene visuelle, motorische und auditive Einschränkungen abzudecken. Der Betatest wurde in Abstimmung mit Vertreterinnen und Vertretern von Patientenvertretungen, insbesondere der Organisationen ProRetina und RheumaLiga sowie der Hörbehinderten-Selbsthilfe, konzipiert und durchgeführt. Den Betatestpersonen wurde die neuste Version der E-Rezept-App auf ihren privaten Smartphones zur Verfügung gestellt. Die Testpersonen sollten verschiedene Aufgaben lösen und in Feedbackrunden, persönlichen Gesprächen oder E-Mails Rückmeldung geben, ob ihnen Barrieren in der Umsetzung aufgefallen sind. Die Erkenntnisse aus den Betatests wurden in der Weiterentwicklung der E-Rezept-App berücksichtigt.

Um die besonderen Anforderungen von Nutzerinnen und Nutzern mit mentalen Einschränkungen zu berücksichtigen, werden Anleitungen für die E-Rezept-App in Leichter Sprache angeboten. Auch die Arztsuche auf der Website [www.116117.de](http://www.116117.de) bietet diese Unterstützung.

Darüber hinaus ist im Koalitionsvertrag „Mehr Fortschritt wagen“ die Umwandlung der ePA zu einer widerspruchsbasierten Anwendung („Opt out“-Lösung) vereinbart. Die sogenannte „ePA für alle“ verfolgt unter anderem das Ziel, dass alle Versicherten an den Vorzügen der Digitalisierung der Gesundheitsversorgung teilhaben können. So sollen auch Versicherte, die die ePA beispielsweise nicht selbst mit der entsprechenden App auf dem Mobiltelefon verwalten können oder wollen und hierzu auch keine Vertretung einrichten, dennoch von den Mehrwerten der ePA zur Steigerung ihrer Behandlungsqualität profitieren können. Hier soll die Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) beziehungsweise die Nutzung der digitalen Versichertenidentität den Zugriff des Leistungserbringers auf die ePA im Rahmen der Behandlung legitimieren. Entsprechende Vorgaben wurden mit dem am 26. März 2024 in Kraft getretenen Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz) geregelt. Neben der bereits bestehenden Möglichkeit, über das ePA-Frontend des Versicherten

(ePA-App) zuzugreifen, erhalten Patientinnen und Patienten auch im Rahmen der assistierten Telemedizin in Apotheken zusätzliche Möglichkeiten der Einsicht in die ePA.

Um außerdem Barrieren bei der Terminvergabe abzubauen, werden Vertragsarztpraxen und Vertragszahnarztpraxen künftig verpflichtet, neben einer telefonischen Terminvereinbarung auch andere Buchungsmöglichkeiten anzubieten. Noch weitergehende Vorgaben können zukünftig in den Mindeststandards zur Barrierefreiheit festgelegt werden. Bereits jetzt bietet die Website [www.116117.de](http://www.116117.de) eine barrierefreie Arztsuche.

Mit dem Gesetz zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten wird der Weg zur inklusiven Digitalisierung konsequent fortgesetzt. Patientinnen und Patienten erhalten zusätzliche Möglichkeiten zur Einsicht in die ePA. So werden ein barrierefreier Widerspruch gegen die datengestützte Erkennung individueller Gesundheitsrisiken durch die Kranken- und Pflegekassen sowie die Verarbeitung von Daten der ePA zu Forschungszwecken bereits umgesetzt. Mit dem Gesetz zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten wurde an verschiedenen Stellen die einwilligungsfreie Nutzung von Gesundheitsdaten geregelt. Kranken- und Pflegekassen werden legitimiert, eine datengestützte Erkennung individueller Gesundheitsrisiken durchzuführen. Daten aus der ePA dürfen an das Forschungsdatenzentrum Gesundheit ausgeleitet und für die Verarbeitung für sogenannte Sekundärzwecke (Zwecke im öffentlichen Interesse) in sicheren Verarbeitungsumgebungen bereitgestellt werden. Über diese Verarbeitungen und die Möglichkeit des Widerspruchs werden den Versicherten Informationen in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form in einer klaren und einfachen Sprache sowie barrierefrei zur Verfügung gestellt. Die Versicherten haben die Möglichkeit, den Verarbeitungen ihrer Gesundheitsdaten jederzeit und barrierefrei zu widersprechen. Schließlich dürfen auch Gesundheitseinrichtungen die bei ihnen aufgrund der Versorgung vorhandenen Daten für Zwecke der Forschung, Patientensicherheit und Qualitätssicherung nutzen. Auch hierüber sind die Patientinnen und Patienten öffentlich und allgemein in präziser, transparenter, leicht verständlicher und zugänglicher Form in einer klaren und einfachen Sprache durch die Gesundheitseinrichtungen zu informieren.

Es wird überdies eine Datenzugangsstelle errichtet, die unter anderem Anträge auf Zugang zu Gesundheitsdaten koordiniert und Datennutzende bei ihren Anträgen unterstützt. Die Datenzugangsstelle führt und pflegt zu diesem Zweck auch einen barrierefreien Meta-Datenkatalog mit Informationen über die im deutschen Gesundheitswesen

vorhandenen und öffentlich zugänglichen Gesundheitsdaten und über die jeweiligen Halter dieser Daten.

Wichtige Weichen haben auch die Regelungen zur Förderung der Versorgung im Wege der Videosprechstunde gestellt. Hier wurden beispielsweise die Behandlungsmöglichkeiten der Versicherten und die Vergütung der ärztlichen Leistungen ausgeweitet. Dem BMG ist es wichtig, dass jede Bürgerin und jeder Bürger gleichberechtigt an den Chancen, die die Digitalisierung für die Gesundheitsversorgung bietet, teilhaben kann. Vor diesem Hintergrund wurden auch Regelungen getroffen, die den Zugang zu Videosprechstunden durch eine telefonische oder internetbasierte Terminvermittlung erleichtern sollen. Die Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege<sup>44</sup> sieht überdies die Schaffung weiterer niederschwelliger Zugänge zur Videosprechstunde vor. Im Heilmittelbereich wurden die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen, um die mit der COVID-19-Pandemie durch den GKV-SV und die Krankenkassenverbände auf Bundesebene geschaffenen Sonderregelungen, die Heilmittelbehandlungen unterstützend auch per Video (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) oder telefonisch (Ernährungstherapie) ermöglichten, dauerhaft vorzusehen. Dem GKV-SV und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene wurde vorgegeben, in ihren bundesweiten Verträgen zur Heilmittelversorgung auch Regelungen zur telemedizinischen Leistungserbringung in den jeweiligen Heilmittelbereichen zu vereinbaren.

Die in der Vergangenheit mit den Stakeholdern geführten Gespräche haben Fragen zur Vereinbarkeit bestehender Vorgaben zur Barrierefreiheit digitaler Angebote öffentlicher Stellen mit Vorgaben des Datenschutzes und Vorgaben etwa zur Sicherheit digitaler Medizinprodukte aufgeworfen. Zugleich wurde die Forderung an das BMG erhoben, einen Arbeitsprozess zu definieren, in dem die aufgeworfenen Fragen adressiert werden können. Das BMG wird daher kurzfristig einen Runden Tisch zur Barrierefreiheit digitaler Versorgungsangebote initiieren, um die aufgeworfenen Fragen mit allen Beteiligten umfassend zu diskutieren.

## 7.1. Etablierung personenzentrierter und digital unterstützter sektoren- und professionsübergreifender Versorgungsprozesse

Digitale Versorgungsprozesse und Präsenzversorgung müssen Hand in Hand gehen, um eine im Hinblick auf die individuellen Bedürfnisse der Versicherten optimale Versorgung zu ermöglichen. Hierzu ist es notwendig, dass Nutzerinnen und Nutzer digitaler Anwendungen und Technologien bei der Weiterentwicklung des digitalen Gesundheitssystems verstärkt eingebunden werden.

Die Nutzung digitaler Anwendungen erfolgt grundsätzlich freiwillig. Bei Anwendungen mit einer breiten Nutzung und bei der weiteren Nutzung von Patientendaten gibt es eine „Opt out“-Lösung. Das Selbstbestimmungsrecht bezüglich der Daten in der ePA wird damit gewährleistet.

Die Leistungserbringer können eine Empfehlung für eine Verordnung in der digitalen Patientenakte speichern. Behandelnde können dieser dann zustimmen oder sie ändern und dann zustimmen. Empfehlungen für nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittelverordnungen (grünes Rezept) können ebenfalls über die Infrastruktur des E-Rezepts übermittelt werden. Darüber hinaus können Empfehlungen zu Verordnungen digital über den gesicherten elektronischen Kommunikationsdienst (KIM) zwischen Leistungserbringern übermittelt werden. Vorgaben zur Barrierefreiheit werden im Rahmen der Spezifikation und Umsetzung aller digitalen Anwendungen berücksichtigt. Dies gilt auch für die elektronische Patientenakte, die unter anderem die Notfallversorgung unterstützt. Die Patientenakte ist ein Anwendungsfall der ePA und wird in deren weiteren Ausbaustufen eingeführt.

**Ziel:** Versicherte profitieren in allen Lebenssituationen von digital unterstützten Versorgungsprozessen. Die Barrierefreiheit im Gesundheitswesen wird durch nutzenorientierte, vernetzte Technologien und Anwendungen gestärkt.

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Das BMG wird einen Dialogprozess „Runder Tisch zur Barrierefreiheit von digitalen	Runder Tisch	BMG	Kurzfristig

<sup>44</sup> [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/D/Digitalisierungsstrategie/BMG\\_Broschuere\\_Digitalisierungsstrategie\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/D/Digitalisierungsstrategie/BMG_Broschuere_Digitalisierungsstrategie_bf.pdf)

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Versorgungsangeboten“ unter Beteiligung von Patientenvertretungen und Herstellerverbänden durchführen.			
Die Nutzerinnen und Nutzer werden an der Entwicklung von Technologien und Anwendungen der gematik sowohl über den Beirat der gematik als auch über die Einbindung des Patientenbeauftragten und der Patientenorganisationen im Rahmen von Nutzerbefragungen und Tests in Arztpraxen und in Modellregionen beteiligt.	Richtlinien, Vereinbarungen, Beteiligung	BMG	Fortlaufend
Das BMG wird den GKV-SV, die KBV und die KZBV auffordern, die Barrierefreiheit in die technischen Anforderungen der Partner des BMV-Ä und des BMV-Z an Videodienste aufzunehmen.	Anpassung von Regelungen der Selbstverwaltung	GKV-SV, KBV, KZBV	Kurzfristig

## 7.2. Generierung und Nutzung qualitativ hochwertiger Daten für eine bessere Gesundheitsversorgung und Forschung

Wesentliche Voraussetzung für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung sind Kenntnisse über die gesundheitliche Situation, die Bedarfe und Möglichkeiten der Menschen mit Behinderungen sowie den Stand der Barrierefreiheit. Dazu sind hochqualitative Daten unerlässlich. Daten zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit Behinderungen<sup>45</sup> und zum Stand der Barrierefreiheit<sup>46</sup> liegen in unterschiedlichster Form vor und werden transparent zur Verfügung gestellt. Gleichwohl fehlen beispielsweise Daten zur (gesundheitlichen) Situation von geflüchteten Kindern mit Behinderungen.<sup>47</sup> Ein vollständiges Bild von der Gesundheit von Menschen mit Behinderungen und der Barrierefreiheit ist gegenwärtig nicht gegeben. Diesbezügliche Erkenntnisse ließen sich unter

anderem dadurch ausbauen, dass, wie vom Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege empfohlen, die digitalen Versorgungsdaten aller Versicherten für die Forschung (mit dem Ziel eines lernenden Gesundheitssystems) besser nutzbar gemacht werden.<sup>48</sup>

Darüber hinaus ist die Daten- und Evidenzlage zur Wirksamkeit und zum Nutzen von Maßnahmen und Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention derzeit uneinheitlich und unzureichend. Es fehlen insbesondere Kriterien, um die Wirkung der Maßnahmen, besonders auch im Hinblick auf vulnerable Gruppen wie Menschen mit Behinderungen, bewerten zu können.

Es sollen daher vermehrt Daten für eine bessere gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen und für die Forschung generiert und genutzt werden. Zudem werden partizipative Ansätze ebenso wie ge-

<sup>45</sup> Anzahl der Menschen mit Behinderung (MmB) und Gesundheit von MmB: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Behinderte-Menschen/inhalt.html>

Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen, 2016, S. 306 ff. Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen, 2021, S. 410 ff.

RKI: Gesundheit von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland – Ausgewählte Indikatoren aus der Studie GEDA 2014/2015-EHIS, In: Journal of Health Monitoring 7, 2022

Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.: Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung verbessern! 2020, S. 3

<sup>46</sup> Barrierefreiheit:

KBV: Bundesarztregister

BZAEK: <https://www.bzaek.de/praevention/alters-und-behinderten-zahnmedizin/barrierefreie-zahnarztpraxen.html>

Bündnis deutscher Nichtregierungsorganisationen zur UN-Behindertenrechtskonvention: Gemeinsamer Bericht der Zivilgesellschaft zum 2. und 3. Bericht der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention durch Deutschland, 2023

Universität Bielefeld: Abschlussbericht zum Vorhaben „Evaluation von Spezialambulanzen und gynäkologischen Sprechstundenangeboten zur gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung von Frauen mit Behinderung“, 2019

<sup>47</sup> UN: Ausschuss für Rechte von Menschen mit Behinderungen: Abschließende Bemerkungen zum 2./3. Staatenbericht Deutschlands, 2023, S. 5, 18

<sup>48</sup> Sachverständigenrat Gesundheit, 2021: Digitalisierung für Gesundheit – Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems. Siehe insbesondere Kapitel 5: Nutzung von Versorgungsdaten zu Forschungszwecken. <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2021/>

schlechtsspezifische Komponenten bei Forschungsvorhaben des BMG berücksichtigt, beispielsweise Patientenvertretungen in die Auswahl von Projekten einbezogen. Es gilt, partizipative Ansätze für die Gesundheitsforschung zukünftig noch besser in die Ressortforschungsprojekte zu integrieren, weiterzuentwickeln und in der Gesundheitspolitik zu nutzen.

**Ziel:** Die Voraussetzungen für eine aussagekräftigere Datenlage zum Gesundheitszustand von Menschen mit Behinderungen und zur Barrierefreiheit werden verbessert. Die Partizipation von Menschen mit Behinderungen und die Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit und des Nutzens von Gesundheitsförderungsmaßnahmen werden verbessert.

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
<p>Im Gesetz zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten (Gesundheitsdatennutzungsgesetz) wird der Widerspruch gegen die Ausleitung von Daten aus der elektronischen Patientenakte sowohl über das ePA-Frontend als auch gegenüber der Ombudsstelle der Krankenkassen ermöglicht.</p> <p>In der geplanten Rechtsverordnung und auch durch die Spezifikation der technischen Vorgaben durch die gematik wird diese niedrighschwellige Möglichkeit des Widerspruchs in einem Datencockpit über die ePA-App näher ausgestaltet. Die Widerspruchsmöglichkeit steht damit für alle offen, jederzeit und niedrighschwellig.</p>	<p>Rechtliche Konkretisierung in Rechtsverordnung des BMG</p> <p>Technische Umsetzung, Spezifizierung der technischen Vorgaben durch die gematik</p>	Krankenkassen und Pflegekassen	Kurzfristig
<p>Beim BfArM und bei der Vertrauensstelle beim Robert Koch-Institut (RKI) werden durch den Aufbau des Forschungsdatenzentrums repräsentative und unverzerrte Daten bereitgestellt, die auch zu einer diversen, inklusiven und barrierefreien Gesundheitsversorgung beitragen.</p>	<p>Infrastrukturaufbau.</p> <p>Die gesetzlichen Grundlagen wurden bereits mit dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz geschaffen</p>	BfArM und RKI	Kurzfristig
<p>Das BMG wird eine Rechtsverordnung vorlegen zur Verknüpfung von Daten für eine bessere Forschung und damit für eine diverse, inklusive und barrierefreie Gesundheitsversorgung. Das BfArM wird, darauf aufbauend, ein Konzept entwickeln.</p>	<p>Rechtsverordnung, Konzepterstellung</p>	Datenzugangs- und Koordinierungsstelle beim BfArM	Kurzfristig
<p>Das BMG wird die Gesundheitsdatenkompetenz über das Gesundheitsportal stärken.</p>	<p>Beiträge im Gesundheitsportal</p>	<p>BMG in Zusammenarbeit mit den verschiedenen Patientenvertretungen beziehungsweise Patientenverbänden, der Selbsthilfe und Forschungsverbänden</p>	Fortlaufend
<p>Das BMG wird ausgewählte Forschungsvorhaben zur Barrierefreiheit und zu den Bedarfen</p>	<p>Zeitlich begrenzte Forschungsprojekte</p>	BMG	Langfristig

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitrahmen
von Menschen mit Behinderungen im Rahmen der Ressortforschung fördern und bei der Konzeption partizipative Ansätze berücksichtigen, zum Beispiel durch die Beteiligung von Selbstvertretungsorganisationen oder Patientenvertretungen.	im Rahmen der Ressortforschung		
Das BMG wird eine Weiterentwicklung und Implementierung von Kriterien zur verstärkten Berücksichtigung partizipativer Ansätze in der Ressortforschung des BMG durchführen.	Weiterentwicklung Formularwesen, Förderrichtlinien und interne Vorgaben	BMG	Fortlaufend
Das BMG wird eine Verbesserung der organisatorischen Rahmenbedingungen zur Stärkung der Partizipation, zum Beispiel von Betroffenen, im Rahmen von Fachgesprächen und Begutachtungssitzungen planen.	Anpassung interner Vorgaben	BMG	Kurzfristig
Das BMG wird die Belange von Menschen mit Behinderungen bei Forschungsvorhaben zur Verbesserung der Evidenz in Prävention und Gesundheitsförderung durch Vorgaben in der Förderrichtlinie besonders berücksichtigen.	Ressortforschung	BMG	Langfristig

# Diversität im Gesundheitswesen

Der Begriff der Diversität umfasst eine große Bandbreite an Dimensionen, Erfahrungen und Perspektiven, die ihrerseits durch die verschiedensten Merkmale und Einflüsse geprägt werden und in ihrer Gesamtheit die individuelle Identität und die jeweiligen Ressourcen prägen. Hierzu zählen unter anderem die geografische Herkunft, die Hautfarbe, die Religion beziehungsweise Weltanschauung sowie der soziale Hintergrund. Diese Vielfalt spiegelt sich auch ganz wesentlich in der deutschen Gesellschaft wider und zeigt sich in Bezug auf ethnische und geografische Herkunft beispielsweise in den fast 24 Millionen in Deutschland lebenden Menschen mit Zuwanderungsgeschichte. Auch im Gesundheitswesen kommt der Diversität und ihren unterschiedlichen Ausprägungen eine gewichtige Rolle zu. Gesundheitliche Chancengleichheit und ein gleichberechtigter Zugang zu den unterschiedlichen Angeboten des Gesundheitswesens sind wesentliche Aspekte der Integration von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte und wichtige Voraussetzungen für die gesellschaftliche Teilhabe.

Im Gesundheitswesen und in der Pflege begegnen sich Menschen aus unterschiedlichen Kulturen und mit verschiedenen sozialen Hintergründen in einem für die Daseinsfürsorge und die persönliche Lebensgestaltung sensiblen Bereich. Im medizinischen und pflegerischen Versorgungsalltag können sich dabei verschiedene Herausforderungen stellen, die teilweise zu Hürden in der Versorgung führen. Durch verschiedene Maßnahmen zur Stärkung der kultursensiblen Verständigung im ambulanten und stationären Bereich sollen diversitätssensible Kompetenzen gefördert und bestehende Hindernisse abgebaut werden.

Auch mehrsprachige Informationsangebote erleichtern den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte und ermöglichen die Entwicklung und Stärkung von Gesundheitskompetenz. Die kontinuierliche Verbesserung des Angebots und der Verfügbarkeit zielgruppenspezifischer Informationen über das deutsche Gesundheitswesen ist daher ein zentrales Anliegen.

Durch eine aussagefähige Datenlage zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte können Bedarfe und Zugangsbarrieren besser identifiziert und in der Folge die gesundheitliche Versorgung zielgruppenspezifisch optimiert werden. Zur kontinuierlichen Verbesserung der Datenlage sollen daher weitere Maßnahmen ergriffen werden.

Die Belange von LSBTIQ+ (Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transgender, Intersexuelle und queere Personen) sind für ein diverses Gesundheitssystem von großer Relevanz. Dem trägt der bereits verabschiedete Nationale Aktionsplan „Queer leben“ für Akzeptanz und Schutz sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in besonderer Weise Rechnung, indem er die gesundheitliche Versorgung und Teilhabe von LSBTIQ+ gesondert in den Blick nimmt. Der hier vorliegende Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen verweist hinsichtlich gesundheitlicher Belange daher auf den Nationalen Aktionsplan „Queer leben“.

## 8.1. Kultursensible Verständigung

Die Stärkung der kultursensiblen Verständigung im Gesundheitssystem ist eine übergreifende Aufgabe in unserer zunehmend diversen Gesellschaft. Eine gute Gesundheitsversorgung für alle berücksichtigt die jeweiligen spezifischen Bedürfnisse und Erfahrungswelten der Menschen. Dies in der medizinischen und pflegerischen Praxis zu gewährleisten, stellt vielfach eine große Herausforderung dar. Ein kultursensibles Verständnis bei allen an der medizinischen und pflegerischen Versorgung beteiligten Akteurinnen und Akteuren zu schaffen und dadurch einen kultursensiblen Umgang miteinander zu ermöglichen, ist eine wichtige Grundlage für die Sicherstellung einer diskriminierungssensiblen Versorgung. Die Bedarfe des Einzelnen, darunter auch die spezifischen Bedarfe von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte, gilt es hierfür zu erkennen und zu berücksichtigen. Dies spielt nicht nur im Verhältnis zwischen dem medizinischen und pflegerischen (Fach-)Personal und den Patientinnen und Patienten, sondern auch innerhalb multiprofessioneller Teams eine wichtige Rolle. Kultursensibles Verständnis und ein kultursensibler Umgang untereinander tragen dazu bei,

dass jeweilige Bedarfe nicht nur besser erkannt, sondern auch besser berücksichtigt und beantwortet werden können.

Das BMG stärkt die kultursensible Verständigung im ambulanten und stationären Bereich bereits durch die Entwicklung und Umsetzung verschiedener Maßnahmen zur Förderung transkultureller Kompetenzen. Durch die Förderung geeigneter Modellprojekte setzt sich das BMG beispielsweise dafür ein, einen gleichberechtigten Zugang zu den bestehenden Angeboten der Gesundheitsversorgung zu gewährleisten und darüber zu informieren. Außerdem soll die Gesundheitskompetenz durch niedrigschwellige, kultursensible Aufklärung gestärkt werden. So fördert das BMG derzeit das Modellvorhaben Brückenbauerinnen und Brückenbauer in der Hospiz- und Palliativversorgung (Palliative Care) und leistet damit einen Beitrag zur Stärkung der hospiz- und palliativpflegerischen Beratung, Begleitung und Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen mit Zuwanderungsgeschichte. Speziell geschulte Sprach- und Kulturmittelnde informieren pflegebedürftige Menschen mit Zuwanderungsgeschichte und ihre Angehörigen niedrigschwellig und kultursensibel über Leistungsansprüche und vorhandene Angebote. Zugleich sollen Pflegefachpersonen beziehungsweise Pflegeeinrichtungen unter-

stützt und für die transkulturelle Öffnung sensibilisiert werden.

Mit Blick auf die Sensibilisierung für Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen bieten auf Bundesebene die Antidiskriminierungsstelle des Bundes (ADS) und die Beauftragte der Bundesregierung für Antirassismus Anlaufmöglichkeiten. Krankenhäuser und Rehakliniken sind zudem gesetzlich dazu verpflichtet, Beschwerdestellen einzurichten. Sie sollen die Patientinnen und Patienten beraten und Beschwerden individuell verfolgen. Zusätzlich besteht bereits eine vielfältige Landschaft an Melde- und Anlaufstellen unterschiedlicher Natur. Hierzu zählen beispielsweise Erstberatungen und Verweisberatungen sowie institutionsbezogene und unabhängige Meldestellen. Auch wenn es im Gesundheitswesen teilweise bereits vorbildliche Angebote und einige Vorreiter gibt, bleibt es häufig herausfordernd, konkrete Ansprechpartner für die unterschiedlichen Beschwerdeanliegen zu identifizieren. Dies zeigt auch die aktuelle Studie „Diagnose Diskriminierung“ der Antidiskriminierungsstelle des Bundes.<sup>49</sup> Ziel ist es daher, die Verfügbarkeit und Ausgestaltung der Angebote entsprechend den spezifischen Bedürfnissen und Anliegen weiter zu stärken und zu verbessern.

**Ziel:** Die kultursensible Verständigung im Gesundheitswesen wird gefördert.

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Das BMG wird die Vernetzung bestehender Anlauf- und Beratungsstellen sowie die Ausrichtung und Erweiterung auf die Themenfelder Diskriminierung und Rassismus im Gesundheitswesen unterstützen.	Geeignete, innovative Modellprojekte	BMG	Langfristig
Das BMG unterstützt weiterhin kultursensible Angebote zur Verbesserung des niedrigschwelligen Zugangs zur Gesundheitsversorgung und zur Stärkung der Selbsthilfe für Menschen jeder Herkunft durch neue, innovative Modellprojekte.	Modellvorhaben	BMG	Fortlaufend
Das BMG wird die Länder weiterhin in ihren Anstrengungen unterstützen, frühzeitig psychosozialen Unterstützungs- und Hilfebedarf bei der Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrung	Geeignete, innovative Modellvorhaben, aufbauend auf den Erkenntnissen bisheriger Modellprojekte	BMG, Länder	Langfristig

<sup>49</sup> [https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/Studie\\_Diagnose\\_Diskriminierung\\_lang.pdf?blob=publicationFile&v=4](https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/Studie_Diagnose_Diskriminierung_lang.pdf?blob=publicationFile&v=4)

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
zu erkennen und manifeste Erkrankungen zu verhindern beziehungsweise zu behandeln.			

## 8.2. Datenlage zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte

Eine gute Versorgung für alle ist zudem nur dann möglich, wenn der jeweilige spezifische Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten konkret ermittelt und etwaige Zugangsbarrieren identifiziert werden. Grundlage dafür ist eine aussagefähige Datenlage. Es sollen daher Maßnahmen ergriffen werden, die die bislang unzureichende Datenlage zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in Deutschland weiter verbessern.

Mit Blick auf die zielgruppenspezifische Analyse vorhandener Daten fördert das BMG derzeit die Pilotstudie „STRONGDATA kids“<sup>50</sup>. Die Studie ist auf die Stärkung der Datensysteme zu Migration, Flucht und Gesundheit am Beispiel der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Zuwanderungsgeschichte ausgerichtet. Zudem hat das BMG in Zusammenarbeit mit dem RKI die IMIRA-Forschungsprojekte (Improving Health Monitoring in Migrant Populations) für eine verbesserte Einbindung von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in die Gesundheitsforschung und Epidemiologie gefördert.<sup>51</sup>

**Ziel:** Die Datenlage zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte wird verbessert.

Maßnahme	Umsetzungsform	Umzusetzen durch	Zeitraumen
Die Studienergebnisse zur Messung der Gesundheitskompetenz, insbesondere zum Zusammenhang mit sozioökonomischen und gesundheitlichen Parametern und der räumlichen Verteilung, fließen in die Arbeit des BMG ein.	Datenbasierte Arbeit	BMG	Fortlaufend
Das BMG wird die Initiierung von Fördermaßnahmen für die Verbesserung der Datenerhebung und -auswertung in Bezug auf Rassismus und Diskriminierung von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte im Gesundheitswesen prüfen.	Förderung von Forschungsvorhaben im Rahmen der Ressortforschung	BMG	Langfristig
Das BMG wird in Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat und den Pflegekammern die Zufriedenheit von aus dem Ausland zugewanderten beruflich Pflegenden erheben.	Kooperation und Projektförderung	BMG, Selbstverwaltung	Langfristig

<sup>50</sup> <https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/STRONGDATA-Kids/STRONGDATA-Kids.html> und [https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/ag2/strongdata\\_kids/index.xml](https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/ag2/strongdata_kids/index.xml)

<sup>51</sup> [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Migration/IMIRA/IMIRA\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Migration/IMIRA/IMIRA_node.html)



# Abkürzungsverzeichnis

ADS	Antidiskriminierungsstelle des Bundes
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ApBetrO	Apothekenbetriebsordnung
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
ASV	ambulante spezialfachärztliche Versorgung
BAG Selbsthilfe	Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe
BÄK	Bundesärztekammer
BEMA	Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGG	Behindertengleichstellungsgesetz
BIÖG	Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit
BITV	Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag – Ärzte
BMV-Z	Bundesmantelvertrag – Zahnärzte
BPL	Bedarfsplanungs-Richtlinie
BZÄK	Bundeszahnärztekammer
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CE	CE-Kennzeichnung, Konformitätserklärung, Technische Dokumentation
DIN	Deutsches Institut für Normung
DiGA	digitale Gesundheitsanwendungen
Digital-Gesetz	Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens
DiPA	digitale Pflegeanwendungen
DiPAV	Digitale-Pflegeanwendungen-Verordnung
DKF	Deutsches Kompetenzzentrum für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DOG	Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft
DVPMG	Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
eGK	elektronische Gesundheitskarte
ePA	elektronische Patientenakte
E-Rezept	elektronisches Rezept
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
GPVG	Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz
GVSG	Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz
GVWG	Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz
HHVG	Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz
INZ	Integrierte Notfallzentren
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHVVG	Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz
KIM	Kommunikation im Medizinwesen
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

KZVen	Kassenzahnärztliche Vereinigungen
MVZ	medizinische Versorgungszentren
MZEB	medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung
NATO	Nordatlantikpakt
NDS	Nationale Demenzstrategie
NPK	Nationale Präventionskonferenz
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PDF-Dateien	Dateien im Portable-Document-Format
PPSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
PSG	Pflegestärkungsgesetz
PUEG	Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz
QM-RL	Qualitätsmanagement-Richtlinie
QS-Reha	Qualitätssicherung Rehabilitation
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
SOD	Special Olympics Deutschland
SPZ	sozialpädiatrische Zentren
TSS	Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigungen
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
UN	United Nations (Vereinte Nationen)
UPD	Unabhängige Patientenberatung Deutschland
VS-Einstufung	Vertraulichkeitseinstufung, Geheimhaltungsgrad
vdek	Verband der Ersatzkassen
vzbv	Verbraucherzentrale Bundesverband
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
ZA	Zulassungsausschuss für Ärzte

## Impressum

### Herausgeber

Bundesministerium für Gesundheit  
PG Aktionsplan Barrierefreies Gesundheitswesen  
11055 Berlin  
PG-Barrierefreies-Gesundheitswesen@bmg.bund.de  
[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)

### Stand

November 2024, 1. Auflage

### Gestaltungskonzept

Scholz & Friends Berlin GmbH, 10178 Berlin

### Layout

die wegmeister gmbh, 70376 Stuttgart

### Bildnachweis

BMG / Thomas Ecke / S. 5

Die Publikationen der Bundesregierung zum Herunterladen und zum Bestellen finden Sie unter:

[www.bundesregierung.de/publikationen](http://www.bundesregierung.de/publikationen)

### URL-Verweise

Das Bundesministerium für Gesundheit verweist in seinen Publikationen über Links auf Webadressen mit Inhalten, die von Dritten angeboten werden. Solche per Querverweis erreichbaren fremden Inhalte wurden bei der Erarbeitung der Erstauflage dieser Publikation überprüft. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass die Inhalte im Nachhinein von den jeweiligen Anbietern verändert werden. Das Bundesministerium für Gesundheit überprüft die Inhalte, auf die in seinen Publikationen verwiesen wird, nicht ständig auf Veränderungen oder Aktualität. Sollten Sie der Ansicht sein, dass die verlinkten externen Seiten gegen geltendes Recht verstoßen oder sonst unangemessene Inhalte aufweisen, so teilen Sie uns dies bitte mit.

### Druck

Hausdruckerei BMAS, 53123 Bonn





### Papier

Circle Offset Premium white, FSC-zertifiziert, Blauer-Engel-zertifiziert



Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit kostenlos herausgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen sowie für Wahlen zum Europäischen Parlament.



 bmg.bund  
 bmg\_bund  
 BMGesundheit  
 bundesgesundheitsministerium  
[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)