

Bündnis inklusives Gesundheitswesen

Gesundheit für alle!

Aktionsplan für ein diskriminierungsfreies Gesundheitswesen – divers, inklusiv, barrierefrei

(Stand: 15. Dezember 2023)

Zum Hintergrund

Sowohl internationale als auch nationale Rechtsvorschriften verpflichten die Bundesrepublik Deutschland zur Schaffung eines diskriminierungsfreien Gesundheitswesens für alle Menschen. Gesundheit ist ein Menschenrecht, das unter anderem auf den Prinzipien der Würde, der Gleichberechtigung, der Nichtdiskriminierung, des Respektes, der Inklusion und der Partizipation beruht. Im Koalitionsvertrag der Ampelregierung aus dem Jahr 2021¹ ist die Schaffung eines Aktionsplanes für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen verankert (Seite 67), der mit allen Beteiligten erarbeitet werden soll. Das federführende Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat dazu am 18. Oktober 2023 eine Auftaktveranstaltung durchgeführt und ein schriftliches Beteiligungsverfahren begonnen. In einem ersten Schritt soll eine Sammlung von Vorschlägen für fünf vom BMG festgelegten Handlungsfeldern bis zum 15. Dezember 2023 erfolgen. Der Aktionsplan als solcher soll dann unter Beteiligung der Verbände bis zum Sommer 2024 erarbeitet werden.

Da das bisherige Verfahren des BMG sowohl inhaltlich als auch prozessual als problematisch angesehen wird, hat sich ein „Bündnis inklusives Gesundheitswesen“² gegründet und legt hier, auch in einem ersten Schritt, eine Sammlung von Maßnahmen für einen Aktionsplan in elf Handlungsfeldern vor. Dieser alternative Aktionsplan für ein diskriminierungsfreies Gesundheitswesen soll in den geplanten Diskussionsprozess des BMG mit den Verbänden ab Beginn 2024 eingebracht werden.

Menschenrechtsbasierung des Aktionsplanes

Ein diverser, inklusiver und barrierefreier Aktionsplan für ein diskriminierungsfreies Gesundheitswesen, wenn er denn seinen Namen verdient, muss notwendigerweise **menschenrechtsbasiert** sein und mit **ausreichenden Ressourcen** unterlegt werden. Er ist als eine Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) in Form von wirksamen Gesetzen und Verordnungen und nicht in Form von „freiwilligen“ Maßnahmen auszuführen. Die Begriffe „diskriminierungsfrei“, „divers“, „inklusiv“ sowie „barrierefrei“ sind im Lichte der einschlägigen Artikel der UN-BRK, die ja auch im Rang eines Bundesgesetzes steht, insbesondere von Artikel 3 UN-BRK „Allgemeine Grundsätze“ zu verstehen.

¹ <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/gesetzesvorhaben/koalitionsvertrag-2021-1990800>

² Eine Auflistung der unterstützenden Organisationen ist zum Schluss des Aktionsplanes nachzulesen

Ferner sind insbesondere die weiteren nationalen Gesetze grundlegend: Grundgesetz Artikel 3 Absatz 3 Satz 1 sowie Satz 2 (Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden), Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) § 4 (Barrierefreiheit) und § 7 (Benachteiligungsverbot für Träger öffentlicher Gewalt), Sozialgesetzbuch (SGB) I § 17 (barrierefreie Ausführung von Sozialleistungen), SGB V §§ 2a / 76 (besondere Berücksichtigung der Belange behinderter und chronisch kranker Menschen / freie Arztwahl) sowie Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG) § 2 (Anwendungsbereich).

Notwendige Begriffsklärungen für einen Aktionsplan

Wenn ein Aktionsplan „divers, inklusiv und barrierefrei“ wirksam werden soll, so müssen die verwendeten Begrifflichkeiten zunächst stimmig definiert werden, ansonsten besteht die Gefahr, dass exklusive Maßnahmen mit progressiver Begrifflichkeit betitelt werden, die aber in die Irre führen. So bezeichnen sich zum Beispiel die Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) als „Teil des inklusiven Arbeitsmarktes“ oder die Förderschulen als „Teil des inklusiven Schulsystems“. Es ist zu vermeiden, dass neue, aussondernde Gesundheitsdienstleistungen geschaffen werden, die sich dann etwa als „Inklusive Medizin“ bezeichnen. Dass eine solche Fehlentwicklung zu befürchten steht, zeigt die aufkeimende Diskussion über die Schaffung sogenannter „Spezialstationen“: Für behinderte Menschen ist dies eine erschreckende Vorstellung - unter dem Deckmantel besonderer Expertise für Menschen mit Behinderung abgeschnitten zu werden von der Regelversorgung auf Stationen, die für das akute, zur Einweisung führende Krankheitsbild tatsächlich spezialisiert sind. Erforderlich ist vielmehr der Ausbau inklusiver Lösungen innerhalb des Regelbetriebes (Mitnahme einer Assistenz erleichtern, Vorhalten eines Hilfsmittelpools, Fortbildung von Mitarbeitenden etc.).

Wenn es also nachstehend um treffende Definitionen geht, so ist zu beachten, dass es für einige der hier genannten Begriffe noch keine Legaldefinitionen, also gesetzlich festgelegte Begriffsbestimmungen gibt. Es handelt sich jedoch um menschenrechtliche Vorgaben, die umzusetzen sind.

Barrierefreiheit – angemessene Vorkehrungen

Gut definiert ist zunächst der Begriff „Barrierefreiheit“. Er findet sich in Artikel 9 der UN-BRK, leider im Deutschen etwas verkürzt übersetzt mit „Zugänglichkeit“ und ist mit genauer Definition in § 4 Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) festgehalten. Im Barrierefrei-Zusammenhang spielt jedoch auch der Begriff der „angemessenen Vorkehrungen“ eine wichtige Rolle, der in Artikel 2 UN-BRK sowie in § 7 Abs. 2 BGG definiert wird. Vielfach wird dieses Konzept nicht oder falsch verstanden. Während es sich bei „Barrierefreiheit“ um eine Maßnahme handelt, die im Voraus zum gleichberechtigten Zugang für alle Nutzer*innen eingerichtet wird, so ist eine „angemessene Vorkehrung“ eine aktuell im Einzelfall getroffene Maßnahme, um eine gleichberechtigte Nutzung zu schaffen. Eine baulicherseits bereitgehaltene Toilettenanlage nach DIN 18040 in einer Arztpraxis ist also eine Barrierefrei-Maßnahme. Die Bereithaltung eines Lifters in einer Arztpraxis, um einen sicheren Transfer auf einen Untersuchungsstuhl zu gewährleisten ist eine angemessene Vorkehrung.

Diskriminierung

„Diskriminierung“ wird in Artikel 2 UN-BRK als Legaldefinition festgehalten. Im Grundgesetz (Artikel 3) und im AGG (Artikel 1 und 3) wird anstelle von „Diskriminierung“ der Begriff der „Benachteiligung“ verwandt. Grundgesetz und AGG arbeiten dazu mit der Aufzählung eines Merkmalkataloges, nach denen keine Benachteiligung erfolgen darf. Kritisch ist dabei aber zu

bemerken, dass die Merkmale „sexuelle Identität“ und „Alter“ bislang nur im AGG und nicht in Artikel 3 Absatz 3 GG aufgeführt sind.

Diversität

Der Begriff „divers“ ist seit 2019 im Personenstandsgesetz (PStG § 22) verankert, jedoch ohne weitere Legaldefinition. Auch in anderen Gesetzen fehlt eine Definition von „divers“. Im Landesantidiskriminierungsgesetz von Berlin (LADG) ist der Abschnitt 4 überschrieben mit „Diversity – Förderung einer Kultur der Wertschätzung von Vielfalt“. Der Erwerb von und die Weiterbildung in „Diversity-Kompetenz“ soll bei den Dienstkräften des Landes Berlin berücksichtigt werden. Solche Dienstkräfte sind natürlich auch im Berliner Gesundheitswesen eingesetzt. Eine Definition von „Diversity“ ist im LADG jedoch nicht zu finden.

Inklusion

Der Begriff „inklusiv/Inklusion“ wird einzelgesetzlich auf Bundesebene bislang nicht definiert, auch deshalb nicht, da „inclusion“ in der offiziellen Übersetzung der UN-BRK, die den Rang eines Bundesgesetzes aufweist, mit „integrativ/Integration“ übersetzt wurde. „Inklusion“ lautet zwar beispielsweise der Artikel 7 der Landesverfassung von Schleswig-Holstein, der Begriff wird aber dort nicht weiter definiert. Auch im Bremischen Schulgesetz wird von „Inklusion“ gesprochen, ebenfalls ohne Definition. Aus diesen Gründen wird das Etikett „Inklusion“ leider vielfach falsch auf Prozesse und Systeme geklebt, die nicht wirklich inklusiv sind. Im hier vorliegenden Aktionsplan wird „Inklusion“ wie folgt verstanden: Inklusion ist ein Menschenrecht und „inklusive“ Maßnahmen sind deshalb nur diejenigen Maßnahmen, die keine Menschen aufgrund ihres So-Seins ausschließen, sondern gesellschaftliche Strukturen schaffen, in der alle Menschen gleichberechtigt leben können.

Zu diesem Aktionsplan

Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen als Nutzer*innen³ im Gesundheitswesen haben die nachstehend aufgeführten Maßnahmen für einen Aktionsplan zusammengetragen⁴. Es handelt sich dabei um Vorschläge zur Änderung von Gesetzen als auch um Vorschläge zur Änderung von Einstellungen und Abläufen. Diese Maßnahmen sind auch noch ohne detaillierte Zeitschienen und Umsetzungsverantwortlichkeiten ausgeführt, da dies die Aufgabe der Politik unter enger und nachhaltiger **Partizipation** (Artikel 4 Absatz 3 und Artikel 33, Absatz 3 der UN-BRK) der entsprechenden Organisationen, insbesondere der Selbstvertretungsorganisationen behinderter Menschen sein wird. Den unterzeichnenden Organisationen ist bewusst, dass nicht alle Maßnahmen in die unmittelbare Zuständigkeit des BMG fallen, sondern dass es unterschiedliche Zuständigkeiten von Bund, Ländern und Kommunen sowie den Organen der Selbstverwaltung gibt. Dennoch hat das BMG nach Ansicht des Bündnisses für die Bereiche, für die es nicht direkt zuständig ist, einen Überwachungs- und Prüfauftrag.

³ Die Unterscheidung erfolgt analog des klassischen Sozialrechtlichen Dreiecks: Nutzer*innen gegenüber den Leistungserbringern/Gesundheitsdienste sowie den Kostenträgern/Krankenkassen

⁴ Die gesammelten Maßnahmen überschneiden sich teilweise und sind von ihrer Komplexität noch sehr unterschiedlich, zeigen aber deutlich den Änderungsbedarf an. Die Ausführungen und Forderungen dieses Aktionsplanes werden von den tragenden Organisationen entsprechend ihrem jeweiligen Aufgabengebiet und Zielsetzung getragen. Die beteiligten Organisationen des Bündnisses eint die Intention eines gemeinsamen Vorschlages zu einem Aktionsplan. Dennoch können nicht alle beteiligten Organisationen jede hier vorgeschlagene Empfehlung mittragen.

Die nachstehend aufgeführten elf Maßnahmenpakete beinhalten sowohl sofort (beziehungsweise mittelfristig) umzusetzende gesetzliche Maßnahmen als auch längerfristig angelegte Prozesse, etwa wenn es darum geht, in Abstimmung mit den Ländern Ausbildungscurricula zu ergänzen. Eine Besonderheit stellt das Maßnahmenpaket 1 dar: Hier sind Maßnahmen aufgeführt, die noch in dieser Legislaturperiode umzusetzen sind und nicht auf die lange Bank geschoben werden dürfen. Alle Maßnahmen sind, wie bereits eingangs erwähnt, mit ausreichenden **Ressourcen** zu unterlegen. Als querschnittsmäßige Anforderungen bei allen Maßnahmen sind die unterschiedlichen Achsen der Diskriminierung (wie beispielsweise Geschlecht, Herkunft, Alter, sexuelle Identität) also intersektionale Diskriminierungen im Gesundheitswesen zu berücksichtigen.

Maßnahmenpaket 1: Gesetzliche Sofortmaßnahmen - in der 20. Legislaturperiode umzusetzen (bis Mitte 2025)

- Das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) und untergesetzliche Regelungen wie die Außerklinische Intensivpflege Richtlinie (AKI-RL) sind menschenrechtskonform so zu ändern, so dass die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts sowie eine intensivpflegerische Versorgung auch in der häuslichen Umgebung sichergestellt ist (Wunsch- und Wahlrecht) und sowohl für Bestands-als auch Neuversorgungen gilt. Die Sicherung der Versorgung von Intensivpflege-Patient*innen, die sich im Rahmen des persönlichen Budgets im Arbeitgebermodell ihr Personal in Form von Laienkräften oder auch Pflegefachkräften, selbst beschaffen ist zu gewährleisten. Ein Fachkräftevorbehalt in den Persönliches Budgets muss verhindert werden. Ferner gilt für alle Versorgungen in der Außerklinischen Intensivpflege immer der Grundsatz ambulant vor stationär.
- Im Zweiten Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes (Triage-Gesetz) ist die Vor-Triage in Notfallsituationen, die aufgrund fehlender Krankenhausressourcen eine Einweisung verhindert, zu verbieten. Die Ex-Post-Triage muss weiterhin verboten bleiben. Außerdem ist für den Fall zu knapper medizinischer Ressourcen eine Regelung vorzusehen, die nicht (wie bisher) die Schwächeren zugunsten der Stärkeren benachteiligt (siehe dazu auch Maßnahmenpaket 6)
- Die Assistenz im Krankenhaus in SGB V § 44b „Krankengeld für eine bei stationärer Behandlung mit aufgenommene Begleitperson...“ ist umfassend und nachhaltig zu regeln (auch Finanzierung von Online-Dolmetschung in Deutsche Gebärdensprache und Leichte Sprache ermöglichen), bislang ausgeschlossene Personengruppen mit dem Bedarf einer Begleitperson im Krankenhaus sind in die Regelung aufzunehmen und Ausnahmetatbestände wie die Begrenzung auf Eingliederungshilfe sind zu streichen. Zudem ist sicherzustellen, dass die Assistenzkräfte für Leistungsnehmer und Leistungserbringer auch über Vorhaltekosten refinanziert werden (z.B. über Verträge mit Assistenzdienstleister oder Personalschlüssel)
- Eine verpflichtende Einführung der Barrierefrei-Kriterien in der KBV-Richtlinie nach SGB V § 75, Abs. 7 („Inhalt und Umfang der Sicherstellung“) ist vorzunehmen
- Nach dem Bundesverfassungsgerichtsurteil vom 26.2.2020 zum Assistierte Suizid fehlt eine bundesgesetzliche Regelung, die klarstellt, wie künftig barriere- und diskriminierungsfrei geregelt wird, wie eine Assistenz zum Suizid aussehen kann, ohne dass es dabei zu stellvertretenden Entscheidungen kommt
- Eine Änderung des SGB XI § 43a ist vorzunehmen, damit Menschen mit Behinderung in besonderen Wohnformen den vollen Zugang zu ambulanten Leistungen der Pflegekassen erhalten (aktuell besteht eine Deckelung auf 266,- € monatlich)

Maßnahmenpaket 2: Allgemeine Maßnahmen der gesundheitlichen Sicherung und Versorgung

- AGG: Ein Diskriminierungsschutz zu Gesundheit ist im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) zu verankern: Änderung von AGG § 19, Abs. 1, einen Punkt 3 ergänzen: ...“die eine ärztliche Behandlung im Rahmen ärztlichen Behandlungsvertrages (3 630 BGB) haben“
- AGG: Ein Verbandsklagerecht für den Gesundheitsbereich ist im AGG zu verankern
- BGB: Ein Patientenrechtegesetz II ist zu schaffen (Ergänzungen von § 630 BGB sowie im Sozialrecht): Beweislastumkehr / Einsichtsrecht in Patient*innen-Akte, Klarstellung der Dokumentationspflichten, Einrichtung eines Medizinschadensfonds, etc. vgl. dazu <https://www.bag-selbsthilfe.de/aktuelles/nachrichten/detail/news/forderungspapiere-anlaesslich-des-zehnten-jahrestages-des-patientenrechtegesetzes-i>
- SGB V: Die Ergänzung von „barrierefreier“ nach „Einsatzes“ ist in SGB V § 20k „Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz“ vorzunehmen
- SGB V: Partizipative Strukturen schaffen – die Verankerung eines dauerhaften Expert*innen-Gremiums von Menschen mit Behinderungen im BMG ist einzurichten: SGB V – Ergänzung von § 2a „Leistungen an behinderte und chronisch kranke Menschen“ (ein solches Gremium ist auch für die Einhaltung dieses vorliegenden Maßnahmenpaktes zuständig)
- Eine unabhängige Aufsichtsbehörde nach Artikel 16 Abs. 3 UN-BRK (Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch) ist zu schaffen
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Die Stabsstelle der Patientenvertretung ist zu stärken und mit mehr Ressourcen auszustatten
- Der behinderungsbedingte Mehraufwand bei der Versorgung muss in der Vergütung im Gesundheitswesen ausreichend abgebildet werden
- Eine schnellere und einfachere Kostenübernahme sollte erfolgen, wenn Arztbesuche im Wohnumfeld nicht möglich sind, sondern nur weit entfernt stattfinden können (z.B. bei Spezialist*innen)
- Festbeträge für Hilfsmittel (SGB V § 36) sind zu überprüfen, um durch zu hohe geforderte und schwer leistbare Zuzahlungen der Patient*innen Unterversorgung zu vermeiden. Dabei ist das Mitberatungsrecht der anerkannten Patientenorganisationen nach § 140 f SGB V zu stärken
- SGB V: § 65b zur Stiftung Unabhängige Patientenberatung (UPD): Auch regional ist ein barrierefrei zugängliches und nutzbares Beratungsangebot vorzuhalten
- Komplexbehandlungen für Menschen mit kPTBS sind sicherzustellen
- Vorrangige Terminoptionen für Menschen, die auf eine barrierefreie Praxis angewiesen sind und keine Auswahlmöglichkeit haben, sollten geschaffen werden (oft nehmen Praxen keine neuen Patient*innen auf, obwohl sie barrierefrei und damit oftmals die einzige Behandlungs-Option sind)
- Die Versorgung immobiler Patient*innen auch in der häuslichen Umgebung / Wohngemeinschaften etc. ist zu gewährleisten
- Der Auf- und Aufbau der mobilen Rehabilitation nach § 40 SGB V ist zu sichern
- Die Stärkung von digitaler ärztlicher Versorgung muss weiter vorangebracht werden und entsprechende finanzielle Ressourcen sind vorzuhalten (z.B. Finanzierung von Patient*innenlaptops, Schulungen von Pflege- und Assistenzpersonal etc.)

- Hauptsächlich renditeorientierte, investorenbetriebene Praxen dürfen keine marktbeherrschende Stellung erhalten
- Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen in Entscheidungsprozesse bezüglich ihrer eigenen Gesundheitsversorgung. Unterstützte Entscheidungsfindung anstelle von partizipativer Entscheidungsfindung
- Schaffung von Mechanismen zur Erfassung von Feedback von Menschen mit Behinderungen, um kontinuierliche Verbesserungen zu ermöglichen

Maßnahmenpaket 3: Maßnahmen zur barrierefreien Infrastruktur

- Entwicklung von Plänen: Alle Zugänge und Nutzungsmöglichkeiten von Gesundheitsdienstleistungen sind barrierefrei zu gestalten und angemessene Vorkehrungen sind bereitzuhalten (lt. Nr. 48 CRPD/C/DEU/CO/1) – Barrierefreiheit muss als verpflichtender Qualitätsstandard generell eingeführt werden
- Ärzte-ZV: Die Zulassungspraxis für Kassensitze ist an Barrierefreiheit zu knüpfen: Die „Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)“ ist in Abschnitt VI „Zulassung und Vertragsarztsitz“ entsprechend zu ergänzen
- Ausreichend und umfassend barrierefreie zahnmedizinische und gynäkologische Praxen sind bereitzuhalten.⁵ Zur besonderen Situation in der Gynäkologie siehe auch: <https://www.weibernetz.de/gynv/handlungsempfehlungen.html>
- Bis es ausreichend barrierefreie Praxen gibt, muss es die Ermöglichung von „Zwischenlösungen“, zum Beispiel die Erbringung ambulanter Leistungen durch Kliniken geben
- SGB V: Barrierefrei-Verpflichtungen bei neu entstehenden Praxen oder bei Umzug (SGB V § 104 „Verfahren bei Zulassungsbeschränkungen“, Abs. 4, Nummer 8) sind vorzunehmen, ebenso Verpflichtungen zu ausreichend barrierefreien Arztpraxen und Gesundheits-Einrichtungen im ländlichen Raum
- GVSG-E: Im Referentenentwurf zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz sind die vorgeschlagenen „Gesundheitskioske“ umfassend barrierefrei auszugestalten. Dies betrifft sowohl den räumlichen Zugang und die Einrichtung als auch die vorgesehenen Informations- und Beratungsleistungen
- SGB V: Die Ergänzung einer Nummer 9 „Förderung der Barrierefreiheit“ ist im SGB V § 105 „Förderung der vertragsärztlichen Versorgung“ in Abs. 1a vorzunehmen
- KHG: Die Krankenhauspläne der Bundesländer (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG § 6) sind gemäß den Kriterien der UN-BRK im Sinne eines barrierefreien und diskriminierungsfreien Zugangs (Art. 3, Art. 5, Art 9, Art 25 UN-BRK) und zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts (etwa bei Arztwahl, Aufnahme und Behandlung im KH) (Art. 25 UN- BRK) zu überarbeiten (<https://www.medconweb.de/blog/finanzierung/uebersicht-krankenhausplan-bundeslaender-2018/>)
- Es muss barrierefreie Zimmer in Krankenhäusern mit entsprechenden Vorkehrungen geben (auch auf der Wöchnerinnen-Station – es gibt auch behinderte Frauen, die Kinder bekommen)

⁵ <https://www.kbv.de/html/barrierefreiheit.php>

- Eine einfachere Beschilderung sowie Leitsysteme mit Bodenindikatoren (DIN 32984:2023-04) für eine bessere Orientierung in Krankenhäusern sind zu schaffen
- Mit dem Rollstuhl erreichbare / befahrbare Praxen (Arztbereiche / Heilmittelerbringung, etc.) sind zu gewährleisten
- Der Zutritt für Assistenzhunde in allen Bereichen des Gesundheitswesens ist zu gewähren
- Mindestens ein Behindertenparkplatz vor der Einrichtung des Gesundheitswesens (Klinik / Praxis / KG / etc.) ist vorzusehen
- Die Praxiseinrichtung ist barrierefrei zu gestalten (Anmeldeschalter, Platz für das Ausfüllen von Formularen; Umsetzhilfen (evtl. Lifter o.Ä.) für Liegen, gynäkologische Untersuchungsstühle, Zahnarztstühle, Toiletten, etc.)
- Eine Reizreduzierung in Praxis-Wartebereichen (indirektes Licht, keine laute Musik) ist zu schaffen
- Glastüren sollten mit starkem visuellen Kontrast versehen werden
- Bei Treppen muss der Handlauf beidseitig und 30 cm über die letzte Stufe hinausgehen
- Aufzüge müssen eine Sprachausgabe enthalten
- Chemische Barrieren sollen mit anderen Arten der Barrieren zusammen berücksichtigt werden. Menschen sollen über die Gesundheitsrisiken und das Barrierepotenzial von Duftstoffen aufgeklärt werden, um Bewusstseinsbildung, Akzeptanz und Verständnis zu fördern
- Mitarbeiter*innen, Patient*innen und Besucher*innen sollen gebeten werden, die Atemluft nicht mit Duftstoffen zu belasten und Betroffene bei der Atmung nicht zu behindern. Sie sollen gebeten werden, dazu möglichst frei von Parfüm und anderen Duftstoffen in der Gesundheitseinrichtung zu erscheinen (Hinweise auf Webseite unter Barrierefreiheit, Praxisaushang o.ä.)
- Es soll auf duftstofffreie Produktvarianten zurückgegriffen werden
 - Seife, Desinfektionsmittel...
 - Mittel zur Reinigung der Räumlichkeiten
- Die Eingänge sollen rauchfrei sein. Das Außengelände von Krankenhäusern soll mehr Nichtraucherschutz ermöglichen. Dazu Raucherzonen und Nichtraucherzonen voneinander trennen z.B. durch Raucherpavillons
- SGB V: Eine verlässliche Datenbank / ein Register mit einem Verzeichnis barrierefreier Einrichtungen lt. § 75 Abs. 1a, Satz 2 ist zu schaffen
- Eine umfassende, flächendeckende, gesetzlich verpflichtende und unabhängige Datenerfassung sowie deren fortlaufende Aktualisierung hinsichtlich der baulichen und digitalen Barrierefreiheit aller Arztpraxen, Apotheken, Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen, Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Physiotherapiepraxen, Podologie-Praxen, Logopädie-Praxen etc. ist bis zum 31.12.2025 zu schaffen
- Gesetzliche Verankerung von Mitwirkungspflichten der Betreiber bei der o. a. Datenerhebung und deren Aktualisierung. Bei Nichtmitwirkung sollten verhältnismäßige und abschreckende Sanktionen verhängt werden
- Gesetzliche Pflicht zur Veröffentlichung der erhobenen Daten zur baulichen und digitalen Barrierefreiheit aller Einrichtungen des Gesundheitswesens bis zum 31.12.2025 auch in leichter Sprache, schwerer Sprache, Gebärdensprache
- Verbindliche Festlegung eines Datums (z. B. bis 31.12.2035) bis zu dem alle o. a. Betreiber Barrierefreiheit in ihren Einrichtungen herstellen müssen bzw. die

Gewährleistung von angemessenen Vorkehrungen erfüllt werden müssen. Zur Unterstützung der Einrichtungen sollten umfassende Fördermöglichkeiten geschaffen, bzw. ausgebaut werden. Sofern das Ziel nicht erreicht wird, sollten verhältnismäßige und abschreckende Sanktionen verhängt werden können (z. B. hohe Geldstrafen, zeitlich befristete Schließung der Einrichtung, zeitlich befristeter Entzug der Betriebserlaubnis bzw. Kassenzulassung)

- Änderung der Bauvorschriften auf Bundes- und allen Landesebenen mit dem Ziel, die Barrierefreiheit beim Bauen von Gesundheitseinrichtungen verbindlich vorzuschreiben. In Zukunft dürfen nur Einrichtungen im Gesundheitswesen neu eröffnet werden, die barrierefrei sind
- Für Praxen / Gesundheitsdienstleister, die barrierefrei werden wollen, sind Möglichkeiten zur finanziellen Unterstützung zu schaffen – Förderprogramme von Bund und Ländern sind zu schaffen

Maßnahmenpaket 4: Maßnahmen zur Information und Kommunikation

- Das Zwei-Sinne-Prinzip in der Informationsvermittlung (Praxis-Informationssysteme) kombiniert mit angemessenen Vorkehrungen beim Aufruf etc. der Patient*innen ist zu gewährleisten
- SGB V: Zu § 67 „Elektronische Kommunikation“: Software, die in der ambulanten und stationären medizinischen Behandlung eingesetzt wird, muss barrierefrei nutzbar sein. In § 67 Abs. 1 zwischen „Dienste“ und „ausgebaut“ ist der Begriff „barrierefrei“ einzusetzen
- SGB V: In § 68 c „Digitale Innovationen...“: Digitalisierungs-Strukturen müssen barrierefrei aufgebaut werden (z.B. Präventions-Apps, E-Rezepte, E-Patient*innenakte, Telemedizin)
- Das Selbstbestimmungsrecht über die Daten in der ePA ist zu gewährleisten
- Barrierefreie Formulare und Aufklärungsmaterialien sind online bereitzuhalten, Übersetzungen in Leichte Sprache und Vorlesefunktionen müssen vorgehalten werden
- Mehr wichtige Informationen (wie zum Beispiel ein Aufklärungs-Bogen zu Risiken einer Narkose) müssen in Leichter Sprache erhältlich sein
- AMG: Im Arzneimittelgesetz (AMG) ist in § 10 „Kennzeichnung“ im Absatz 1b zur Verwendung von Blindenschrift auch die „Darreichungsform“ (etwa „Spritze“ oder „Pen“ bei Diabetesmedikamenten) in Blindenschrift auf der äußeren Umhüllung anzugeben
- Die Webseiten und alle digitalen Angebote (etwa Anamnesebögen, Aufklärungsflyer, etc.) der Gesundheitseinrichtungen (Klinik / Praxis / KG etc.) sowie die Termin-Vergabe-Systeme (wie doctolib etc.) sind nach den aktuellen Barrierefrei-Web-Richtlinien zu gestalten
- Es sind vereinfachte Möglichkeiten bei Terminfindungssystem (wie doctolib etc.) bereitzuhalten
- Es sind Technologien und digitale Plattformen bereitzuhalten, die Menschen mit unterschiedlichen Fähigkeiten unterstützen

- Gesundheits-Apps und Telemedizin-Lösungen, die für Menschen mit unterschiedlichen Fähigkeiten zugänglich sind, sind zu fördern
- Konkrete Aufklärung (auch schriftlich) über Abläufe, sodass im Vorhinein der Termin schon ohne Stress vorbereitet werden kann
- Es muss eine Unterstützung in der Praxis oder im Vorfeld eines Besuches beim Ausfüllen von Formularen, etwa für blinde und sehbehinderte Menschen geben
- Dolmetschungen in Gebärdensprache, in Leichter Sprache und in andere Muttersprachen sind unkompliziert vorzuhalten (z.B. über Telesign und Gemeindedolmetschdienste)
- Beipackzettel von Medikamenten müssen auch in Einfacher / Leichter Sprache bereitgehalten werden
- Medizintechnische Hilfsmittel bei Diabetes (Blutzuckermessgeräte, etc.) müssen barrierefrei nutzbar sein
- Rezepte müssen auch in analoger Form angeboten werden – ein Smartphone darf nicht zwingend zur Nutzung vorgeschrieben sein
- Für Menschen, die kognitiv und vom Basiswissen her keine IT-Geräte (Handy usw.) benutzen (können) oder bedienen können, muss es Alternativen geben
- Menschen ohne IT-Technik, ohne IT-Kenntnisse und IT-Erfahrung dürfen nicht ausgeschlossen werden
- Mittellose Menschen, die sich digitale Geräte nicht leisten können, müssen Alternativen erhalten
- Arztpraxen sollen telefonisch erreichbar sein! Nicht alle haben einen Computer oder ein Smartphone. Nicht alle können eine Email schreiben oder einen Termin online buchen. Ausschließlich digitale Kommunikationskanäle bauen neue Barrieren auf
- Eine respektvolle und verständliche Kommunikation, wenn die Patient*innen nicht gleich verstehen, ist zu gewährleisten
- Eine deutliche Aussprache und dass der/die Sprecher*in sein Gesicht dem Patienten zuwendet, damit ich als Hörgeschädigter vom Mund ablesen kann
- Licht-Sprachbänder sowie Hinweise zu Induktions-Höranlagen in Einrichtungen des Gesundheitswesens sind bereitzuhalten
- Eine gendergerechte Sprache, sowie diskriminierungsfreie Formulierungen, vor allem bezogen auf Ableismus, Sexismus, Rassismus, Klassismus sind zu gewährleisten

Maßnahmenpaket 5: Maßnahmen bei Migrations- und Fluchterfahrung

- Schaffung eines bundesweit einheitlichen Verfahrens zur Identifizierung und Bedarfsklärung / Bedarfssicherung für Menschen mit Behinderungen laut Artikel 21 und 22 „Bestimmungen für schutzbedürftige Personen“ der Aufnahmerichtlinie 2013/33 /EU
- Ausdrückliche Ausnahmeklausel oder gesetzlich geregelter Anspruch für behinderte Menschen, die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) beziehen, um notwendige behinderungsspezifische Leistungen auf SGB-V-Niveau zu

gewährleisten. Die zukünftige Verlängerung der AsylbLG-Grundleistungen (Ausschluss aus SGB) von 18 auf 36 Monate¹ wird zu einer dramatischen Verschlechterung führen mit lebensbedrohlichen Folgen. Insbesondere schwerbehinderte Kinder und Jugendliche sind von Leistungseinschränkungen grundsätzlich auszunehmen, so wie es im Koalitionsvertrag festgehalten wurde

- Flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Behandlungsscheine sind als strukturelle Zugangsbarriere zu werten, die zur Unterversorgung führen.
- Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die Finanzierung von qualifizierter Sprach- und Kulturmittlung (im SGB V und AsylbLG). Die Bereitstellung von Gebärdensprachdolmetschung umfasst auch andere Gebärdensprachen
- Beratung und Information über Leistungen, Angebote und Abläufe im Gesundheitswesen sind niederschwellig, mehrsprachig, interkulturell und inklusiv zu gestalten
- Das Gesundheitspersonal weist eine interkulturelle Sensibilität und migrations-spezifische Fachkompetenz sowie inklusive Sensibilität und behinderungsspezifische Fachkompetenz im Sinne des Menschenrechtsmodells von Behinderung auf. (Verankerung in Curricula und regelmäßige Schulungen, die mit der Selbstvertretung konzipiert und durchgeführt werden)

Maßnahmenpaket 6: Maßnahmen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung

- Die Curricula / Studiengänge bei Ärzt*innen, Therapeut*innen, Gesundheits- und Pflegefachkräften sind an die Bedarfe von Menschen mit Behinderungen geschlechtsdifferenziert anzupassen - Koordination mit Gesundheitsministerkonferenz; (siehe dazu auch das Modellcurriculum für einen barrierefreien Praxisalltag: <https://isl-ev.de/infothek/>)
- Die Approbationsordnung (ÄApprO) ist zu ändern: Zum Basiswissen von Ärzt*innen gehört ein menschenrechtliches Verständnis von Behinderung
- Medizinisches Fachwissen zu den unterschiedlichen Beeinträchtigungen sowie zu seltenen Erkrankungen muss stärker vermittelt werden. Eine Überarbeitung / Überprüfung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkataloges Medizin (NKLM 2.0): www.nklm.de hat zu erfolgen
- Es ist eine flexible Studiengestaltung einzuführen, um das Medizinstudium auch für Menschen mit Behinderungen zugänglich zu machen
- Eine verpflichtende rechtebasierte Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachkräften (lt. Nr. 48 CRPD/C/DEU/CO/1) ist in der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer bzw. den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern zu verankern. Themenbereiche sind u.a.: Menschenrechte / Ableismus – einstellungsbedingte Barrieren / Patient*innenrechte / Mental health, human rights and legislation Guidance and practice (WHO) / Diversität /Inklusion / Ärzt*innen-Patient*innen-Kommunikation / Schutz vor Folter und Misshandlungen / Psychotraumatologie / Diagnosemitteilungen empathisch und verständlich gestalten / Genderspezifisches Wissen vermitteln / „behindert“ ist nicht gleichbedeutend mit „krank“ / Haltungsfragen – was bedeutet Inklusion in der Praxis? Beispiel:

<https://kobinet-nachrichten.org/2023/10/23/diskriminierung-keine-reha-wegen-blindheit/> Aufklärung über nicht sichtbare Behinderungen und Hilfsmittel, denn Kopfhörer und Sonnenbrille tragen ist nicht unhöflich, sondern notwendig

- Es sollte Förderungen von Schulungen in Leichter Sprache und Gebärdensprache für das medizinische Personal geben
- Finanzielle Ressourcen für die Schulung von Gesundheitsdienstleistern im Umgang mit Menschen mit unterschiedlichen Fähigkeiten sollten bereitgehalten werden
- Ergänzung des Anforderungskataloges in SGB V § 73 b „Hausarztzentrierte Versorgung“ zur Fortbildung im Umgang mit behinderten Menschen
- Es muss eine stärkere Verankerung der Themen Sehen, Rehabilitation und Teilhabe in der Aus- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe geben, um die Kommunikation zu erleichtern
- Die Berufsbilder „Physiotherapeut*in“ und „Masseur*in und medizinische(r) Bademeister*in“ müssen für blinde und sehbehinderte Menschen uneingeschränkt und ohne Vollakademisierung erhalten bleiben
- Die Ausbildung von Rehabilitationsfachkräften für blinde und sehbehinderte Menschen muss, ähnlich wie im Falle der Pflege- und Gesundheitsberufe, aus öffentlichen Mitteln finanziert werden
- Es gibt zu wenige Psychotherapeut*innen, die sich zutrauen, in Leichter Sprache zu reden oder die Therapie Sitzungen mit Menschen zu machen, die kognitiv eingeschränkt sind. Es gibt aber viele Menschen mit Behinderung, die sich eine Gesprächstherapie wünschen. Und Frauen mit Behinderung mit Gewalterfahrungen (sie erleben zwei bis dreimal häufiger sexualisierte Gewalt als Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt), benötigen dringend Psycho- oder Traumatherapien Also: Mehr Therapeut*innen inklusiv ausbilden!

Maßnahmenpaket 7: Maßnahmen in Krisen-/Katastrophen- oder Pandemiesituationen

- Das gesetzlich legitimierte „Survival of the Fittest“ bei der Zuteilung knapper Ressourcen (Triage-Gesetz) ist abzuschaffen und durch ein diskriminierungsfreies Prinzip zu ersetzen, welches die Gleichwertigkeit jedes Menschenlebens respektiert (siehe dazu auch Maßnahmenpaket 1)
- Konzepte und Managementpläne für Notfall- und Katastrophensituationen (Disability-Inclusive Disaster Risk Reduction DiDDR, vgl. www.edf-feph.org/content/uploads/2021/12/DiDDR-Review-Europe-and-Central-Asia.pdf) sind unter Beteiligung von Menschen mit Behinderungen und den sie vertretenden Organisationen zu überarbeiten und an die heutige vielfältige Lebenswirklichkeit von Menschen mit Behinderungen anzupassen; dabei ist auf alle Aspekte barrierefreier Information und Kommunikation zu achten (vgl. SENDAI-Rahmenwerk für Katastrophenvorsorge 2015-2030)
- Barrierefreie Informationen im realen Krisen-/Katastrophenfall sind zu gewährleisten
- Medizinisches Notfallpersonal ist im Umgang mit Menschen mit Behinderung zu schulen.

- Impf- und Testzentren müssen barrierefrei zugänglich und nutzbar sein (hinkommen, reinkommen, klarkommen)
- Blinde und sehbehinderte Menschen sollen zuhause eigenständig medizinische Selbsttests wie Covid-Schnelltests durchführen können. In den USA und UK ist das bereits möglich
- Verbindliche Vorgaben für Einrichtungen des Gesundheitswesens zum Infektionsschutz (Vorlegen eines Lüftungskonzepts und Einhalten von Richtwerten, die das Umweltbundesamt festgelegt hat, Tragen von Mund-Nasen-Schutz aller in der Einrichtung Anwesenden, wenn mit infektiösen Patient*innen zu rechnen ist, also grundsätzlich z. B. in Krankenhäusern und bei Kinder- und Hausärzt*innen)
- Das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes auf besonderen Wunsch von Patient*innen, ohne von diesen eine Rechtfertigung bzw. ein ärztliches Attest zu fordern
- Das zuverlässige und flächendeckende Bereitstellen von Impfungen, die EMA-zugelassen sind, auch außerhalb der STIKO-Empfehlungen auf Wunsch der Patient*innen und bei Bedarf deren Angehörigen und Angestellten/Personal
- Weiterbildungen der Behandler*innen zur Funktionsweise des Immunsystems und zur Infektionsprävention, um das Weitertragen gängiger Mythen („Das Immunsystem muss trainiert werden“) zu beenden und Patient*innen zu schützen
- Einrichtung einer sich jährlich wiederholenden großangelegten Aufklärungskampagne zum Infektionsschutz und FFP2-Maskenempfehlungen. Fokus: Verantwortung für sich und andere übernehmen
- FFP2-Maskenpflicht oder wenigstens eindringliche Maskenempfehlungen für Arztpraxen, Krankenhäuser, Physio- und Psychotherapieeinrichtungen, die von Menschen mit Behinderungen aufgesucht werden (müssen)

Maßnahmenpaket 8: Maßnahmen zu MZEBs

- Eine Evaluation der spezialisierten Angebote nach SGB V § 119c „Medizinische Behandlungszentren“ ist zu gewährleisten
- Für eine Zeit des Übergangs und zur Sicherung der aktuellen Versorgung sind Kooperationsmodelle mit der Regelversorgung (Integrierte Versorgungsmodelle) zu entwickeln – der Aufbau eines neuen medizinischen Sondersystems ist zu vermeiden
- Erforderliche Heil- und Hilfsmittel sind schnell zu gewähren: Der Genehmigungsvorbehalt für Hilfsmittel (SGB V § 33 Abs. 5b), die durch SPZ und MZEB verordnet werden, muss entfallen
- Ein Angebot von Team- und barrierefreier Telemedizin ist zu schaffen

Maßnahmenpaket 9: Maßnahmen zu personenzentrierter psychischer Gesundheit

- Vorsorgemaßnahmen sollten auch psychische Prävention umfassen
- Die Curricula / Studiengänge bei Ärzt*innen, Therapeut*innen und Gesundheits- und Pflegefachkräften sind an die Bedarfe von Menschen mit Behinderungen anzupassen
- verpflichtende Beteiligung von Erfahrungsexpert*innen in Ausbildung, Lehre und Forschung
- Stationsäquivalente Versorgungsstrukturen und Hometreatment sind weiter auszubauen und müssen im Hinblick auf Leistungen für Menschen mit Behinderung verbessert werden
- Aufklärungskampagnen zu psychischer Gesundheit: Es braucht eine Ent-Tabuisierung psychischer Erkrankungen; Psychotherapeutische und psychiatrische Behandlungen müssen ohne Stigmatisierung wahrgenommen werden können
- Die Handlungsempfehlungen aus dem Partizipativen Landschaftstrialog <https://landschaftstrialog.de/handlungsempfehlungen-des-partizipativen-landschaftstrialoges/> sind umzusetzen
- Bedarfsgerechter Zugang zum Gesundheitssystem sichern, das bedeutet:
 - Stationäre und ambulante Leistungen müssen zeitnah erfolgen und dürfen nicht zeitlich begrenzt sein (z.B. Psychotherapie)
 - Zulassung von Psychotherapeut*innen ohne die derzeitigen Grenzen
 - In akuten Krisen sind lange Wartezeiten auf Versorgung nicht akzeptabel (z.B. Wartezeiten in der Notaufnahme)
 - Stationäre Versorgung muss räumlich und personell den Bedarfen gerecht werden (z.B. überfüllte Stationen mit fehlendem Personal)
- Vermeidung von Zwangsmaßnahmen
 - Anwendung von milderem Mitteln (z.B. in Krisensituationen eine 1 zu 1 Betreuung anbieten)
 - Ausreichende Angebote der Unterstützten Entscheidungsfindung⁶
 - Verpflichtende und öffentlich zugängliche Daten über Zwangsmaßnahmen zur Minimierung von Zwangsmaßnahmen
- Ausbau und Förderung alternativer psychosozialer Unterstützungsangebote außerhalb der Mainstream-Psychiatrie, besonders von peergestützten Angeboten
- Unabhängige Überwachungs- und Beschwerdemöglichkeiten sind vorzuhalten

Maßnahmenpaket 10: Maßnahmen im Bereich Pflege und Assistenz

- Die Anerkennung des Assistenzberufs (in den beiden Dimensionen: qualifiziert und kompensatorisch) muss erhöht und die tarifliche Entlohnung analog des Pflgetarifses sichergestellt werden: Als wichtiger Baustein in der ambulanten Versorgung von Menschen mit Behinderung sind Kräfte in der Persönlichen Assistenz ein wichtiger

⁶ https://isl-ev.de/wp-content/uploads/2023/10/UE_Leicht_und_gut_gemacht_LS.pdf

Baustein für ein selbstbestimmtes Leben - gerade in Zeiten des Fachkräftemangels, da hier ungelerten Personen gezielt Wissen für konkrete Einzelfälle vermittelt wird

- Ein örtlich verfügbarer Pool von Assistenzkräften, die im Notfall schnell zur Verfügung stehen, muss eingerichtet werden
- Ein Digitales Pfl egetagebuch, das auch als Leistungsnachweis gilt, ist zu schaffen
- Eine bundesweit einheitliche Nachbarschaftshilfe (Vorbild NRW) ist aufzubauen
- Eine barrierefreie und kostenfreie nutzbare Kommunikationsinfrastruktur in Pflegeeinrichtungen (WLAN) ist zu gewährleisten
- Die Entwicklung und Bereitstellung von Fernassistenz-Angeboten ist zu schaffen (<https://dubistblind.de/fernassistenz/gesundheits/>. Fernassistenz kann immer dann eingesetzt werden, wenn die reale Anwesenheit eines anderen Menschen nicht notwendig ist. Mittels einer Fernassistenz-App kann man sich niedrigschwellig und jederzeit Augen und Sachverstand von professionellen Fernassistenzkräften leihen
- In der Pflege und im Krankenhaus usw. besser auf die Belange der Schwerhörigen eingehen. Tipp: die Informationen aus dem „Leitfaden des DSB für Pflegekräfte im Gesundheitswesen“ in die Lehrzeit mit einbinden
- In Pflegeheimen die SHG-Sprecher für CI´s und Hörgeräte mit einbeziehen bzw. die dortigen Kräfte schulen lassen, wie Hörgeräte und CI´s zu bedienen sind – um den Patienten Hilfestellung geben zu können und damit die Geräte auch genutzt werden und nicht in der Schublade landen

Maßnahmenpaket 11: Sonstige Maßnahmen (Prävention / Statistik / Forschung / Arbeit)

- Präventionskurse nach SGB V § 20 „Primäre Prävention und Gesundheitsförderung“ sind barrierefrei und inklusiv anzubieten
- Eine Klarstellung in SGB V § 20 ist insofern zu erfolgen, dass besondere Wohnformen, WfbM und Tagesförderstätten zu den Lebenswelten gehören, in denen Präventionsleistungen erbracht werden
- Eine Anerkennung/Zertifizierung von nachstehenden Kursen als Präventionsangebote im Präventionsgesetz (PrävG) bzw. nach SGB V § 20 „Primäre Prävention und Gesundheitsförderung“ sind vorzunehmen: Empowerment-Kurse / Kurse zur Partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision-Making) / Zuckerreduktionskurse nach aktuellen(!) ernährungsmedizinischem Fachstandard
- Ab dem 55. Lebensjahr sind allen Menschen Augenuntersuchungen als Vorsorgeleistungen anzubieten und zu finanzieren
- Ernährungs-Beratung und Diabetes Beratung sind auch in Leichter Sprache zu entwickeln
- Daten- und Versorgungslücken in Hinsicht auf ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen sind systematisch zu erfassen (z.B. Forschung zu einer gendergerechten Gesundheitsversorgung)
- Eine Datensammlung zur Anzahl von Menschen mit PTBS, komplexe PTBS (kPTBS), DIS (dissoziative Identitätsstörung), der Anzahl von Psychotraumatolog*innen und Psychotraumatologie-Gutachter*innen ist aufzubauen

- Ein zentrales Register für Augenerkrankungen ist aufzubauen
- Die Forschung zu Augenerkrankungen und ihren Folgen ist stärker und langfristig finanziell und institutionell durch die öffentliche Hand zu fördern
- Gesetzliche Neuregelung schaffen: Die Möglichkeit zu haben, als Ergotherapeut*in in einer Praxis o.ä. manuelle Lymphdrainage anbieten zu können. Gerade wenn man nur noch bedingt aufgrund von Sehproblemen dem geliebten Job nachgehen kann
- Die Gesundheitsversorgungskette, angefangen von den Frühen Hilfen, der Komplexleistung Frühförderung, der schulärztlichen Versorgung bis hin zu den Übergängen in die Erwachsenenmedizin ist vor allem im Hinblick auf Prävention und Stärkung der Resilienz auszubauen.
- Bei der Umsetzung der „inkluisiven Lösung“ für Kinder und Jugendliche im SGB VIII und damit der Zusammenlegung aller Teilhabeleistungen ist sicherzustellen, dass auch die gesundheitlichen Leistungen (inklusive Reha) vollumfänglich gewährleistet bleiben
- Einrichtung eines Monitorings zur Umsetzung und zu den Folgen des Beschlusses der Kassenzulassung von nicht invasiven Pränataltests (NIPT) lt. Bundesratsdrucksache 204/23
- Einsetzung eines interdisziplinären Expert*innengremiums, das die rechtlichen, ethischen und gesundheitspolitischen Grundlagen der Kassenzulassung des NIPT prüft, lt. Bundesratsdrucksache 204/23, unter systematischer Beteiligung behinderter Menschen und ihrer Organisationen
- Verabschiedung eines Memorandums für die Zulassung weiterer pränataler Testverfahren, bis der Gesetzgeber einen rechtlichen Handlungsrahmen für den Umgang mit solchen Tests geschaffen hat, der mit den Vorgaben der Verfassung und der UN-BRK in Einklang steht
- Etablierung von interdisziplinären Teams, die verschiedene Fachleute, einschließlich Physiotherapeut*innen, Psycholog*innen und Ärzt*innen, umfassen, um eine ganzheitliche Versorgung sicherzustellen
- Förderung von Kooperationen zwischen verschiedenen Gesundheitsdienstleistern, um eine umfassende Betreuung für Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten
- Es gibt nur wenige Reha Kliniken, die sich auf Menschen mit Behinderung spezialisieren. Es ist zum Beispiel schwierig, eine Reha in einer „normalen“ Klinik zu machen, wenn man nicht Lesen und Schreiben kann. Also: Mehr Reha Möglichkeiten für Menschen mit Behinderung!

Folgende Organisationen haben sich im „Bündnis inklusives Gesundheitswesen“ zusammengeschlossen:

AbilityWatch e.V.



Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V.



Der Paritätische – Gesamtverband e.V.



Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland – ISL e.V.



LEBENSNERV – Stiftung zur Förderung der psychosomatischen MS-Forschung



LIGA Selbstvertretung – DPO Deutschland



Kellerkinder e.V.



NETZWERK ARTIKEL 3 – Verein für Menschenrechte und Gleichstellung Behinderter e.V.



Weibernetz e.V. – Bundesnetzwerk von FrauenLesben und Mädchen mit Beeinträchtigung



Weibernetz e.V.

Bundesnetzwerk
von FrauenLesben
und Mädchen mit
Beeinträchtigung

Literatur

Aktion Psychisch Kranke – Projektbericht (2022): Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen - auf dem Weg zur personenzentrierten Versorgung von psychisch erkrankten Menschen

Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2010): Mehrdimensionale Diskriminierung – Begriffe, Theorien und juristische Analyse

Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2021): Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung

Behindertenbeauftragte von Bund und Ländern (2023): Bad Nauheimer Erklärung „Inklusive Gesundheit und Pflege“

BRK-Allianz (Hrsg.) (2013): Für Selbstbestimmung, gleiche Rechte, Barrierefreiheit, Inklusion. Erster Bericht der Zivilgesellschaft zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland

Bündnis deutscher Nichtregierungsorganisationen zur UN-Behindertenrechtskonvention (Hrsg.) (2023): Menschenrechte jetzt! Gemeinsamer Bericht der Zivilgesellschaft zum 2. Und 3. Bericht der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention durch Deutschland

Der Beauftragte der Landesregierung für Menschen mit Behinderung sowie für Patientinnen und Patienten in Nordrhein-Westfalen (2019): Düsseldorfer Erklärung der Behindertenbeauftragten von Bund und Ländern „Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen weiter verbessern!“

Deutscher Behindertenrat (DBR) (2023): Anforderungen an einen Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen. DBR-Positionspapier vom 15. September 2023

Deutsches Institut für Menschenrechte (2015): Parallelbericht an den UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen. anlässlich der Prüfung des ersten Staatenberichts Deutschlands gemäß Artikel 35 der UN-Behindertenrechtskonvention

Deutsches Institut für Menschenrechte (2023): Parallelbericht an den UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen zum 2./3. Staatenprüfverfahren Deutschlands

Deutsches Institut für Menschenrechte (2023): Umsetzung eines Maßnahmenpakets zur Förderung von Inklusion und Diversität im Gesundheitswesen. Handreichung für das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW

Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland (ISL) (2010): Modell - Curriculum zur Sensibilisierung von ÄrztInnen für einen barrierefreien Praxisalltag

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022): Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Information über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit)

Kellerkinder e.V. (Hrsg.) (2021): Gleichberechtigte Partizipation. Eine menschenrechtliche Herausforderung für alle. Handlungsempfehlungen des partizipativen Landschaftstrialoges

Nationale Kontaktstelle für das Sendai Rahmenwerk beim Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (2019): Sendai Rahmenwerk für Katastrophenvorsorge 2015-2030

NETZWERK ARTIKEL 3 e.V. (Hrsg.) (2018): Schattenübersetzung. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Behindertenrechtskonvention – BRK, 3. Auflage 2018

OHCHR (2020): COVID-19 and the Rights of Persons with Disabilities: Guidance

Schmitz, Gina (2023): Barrieren für asylsuchende und geduldete Menschen mit Behinderungen im Rahmen der Gesundheitsversorgung

WELTVERBAND DER GEHÖRLOSEN / WELTVERBAND DER GEBÄRDENSPRACHDOLMETSCHER /-INNEN (2020): Leitlinien zur Bereitstellung des Zugangs zu Informationen zur öffentlichen Gesundheit in nationalen Gebärdensprachen während der Coronavirus-Pandemie

World Health Organization (WHO) (2014): Disability. Draft WHO global disability action plan 2014–2021: Better health for all people with disabilities

UN-Fachausschuss (2015): Abschließende Bemerkungen CRPD/C/DEU/CO/1

UN-Fachausschuss (2018): Allgemeine Bemerkung CRPD/C/GC/6 (Nichtdiskriminierung)

UN-Fachausschuss (2018): Allgemeine Bemerkung CRPD/C/GC/7 (Partizipation)

UN-Fachausschuss (2023): Abschließende Bemerkungen CRPD/C/DEU/CO/2-3

Impressum

Bündnis inklusives Gesundheitswesen, c/o NETZWERK ARTIKEL 3 e.V., Leipziger Straße 61, 10117 Berlin, www.netzwerk-artikel-3.de

Zusammenstellung: H.- Günter Heiden; Kontakt: HGH@nw3.de

Bearbeitungsstand: 15. Dezember 2023