

Forderungen der BAG SELBSTHILFE zu unmittelbaren gesetzgeberischen Maßnahmen, die noch in dieser Legislaturperiode im Zuge des Aktionsplans für ein barrierefreies, diverses und inklusives Gesundheitswesens umzusetzen sind

Als Dachverband von 123 Bundesorganisationen der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und von 13 Landesarbeitsgemeinschaften begrüßt die BAG SELBSTHILFE es sehr, dass die Bundesregierung derzeit einen Aktionsplan für ein barrierefreies, diverses und inklusives Gesundheitswesen erstellt.

Die BAG SELBSTHILFE ist aber gleichwohl der Auffassung, dass dringende gesetzgeberische Handlungsbedarfe nun auch unmittelbar, das heißt schon in der aktuellen Legislaturperiode angegangen werden müssen.

Daher fordert die BAG SELBSTHILFE, dass die nachfolgenden Gesetzesänderungen nun unmittelbar im Rahmen der anstehenden Gesetzgebungen umgesetzt werden:

1. Barrierefreiheit der Vertragsarztpraxen

a. Sicherstellungsauftrag auf Barrierefreiheit erstrecken

Generell muss klargestellt werden, dass der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen die Förderung und Schaffung von barrierefreien Arztpraxen umfasst.

Es wird insoweit folgender Gesetzesvorschlag gemacht (Änderungen in kursiv):

§ 75 Abs. 1a SGB V

„Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der vertragsärztlichen Versorgung *einschließlich der Förderung und Schaffung von barrierefreien Arztpraxen.*“

b. Maßgabe der Barrierefreiheit verpflichtend einführen

Die im Zuge der Überarbeitung der Richtlinie nach § 75 Abs. 7 SGB V zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Deutschen Behindertenrat verhandelten Kriterien¹ müssen für alle Vertragsarztpraxen zu einem bestimmte Stichtag

- ¹ Bei der Umsetzung der Barrierefreiheit sind zudem vorhandene Normen und die anerkannten Regeln der Technik zu berücksichtigen (z.B. DIN 18040 Teil 1 sowie DIN 18041 und damit verbundene weitere Normen und Regelungen).

verpflichtend eingeführt werden. Bereits vorher dürfen Vertragsarztsitze - insbesondere in überversorgten Gebieten im Sinne des § 103 Abs. 4 SGB V - nur mit barrierefreien Praxen neubesetzt werden. Bestandspraxen sind dabei bis zu einem bestimmten Stichtag barrierefrei auszubauen; geschieht dies nicht, sollten Sanktionen erfolgen.

Es werden insoweit folgende Gesetzesvorschläge gemacht (Änderungen in kursiv):

§ 98 Abs. 2 Nr. 10 SGB V

Die Zulassungsverordnungen müssen Vorschriften enthalten über

die Zahl, die Bestellung und die Abberufung der Mitglieder der Ausschüsse sowie ihrer Stellvertreter, ihre Amtsdauer, ihre Amtsführung und die ihnen zu gewährende Erstattung der baren Auslagen und Entschädigung für Zeitaufwand,

(...)

10. *die schrittweise Umsetzung der Barrierefreiheit der Vertragsarztpraxen bis zur Sicherstellung der Barrierefreiheit aller Vertragsarztpraxen bis zum 1.1.2035*
11. *die Sanktionen für Vertragsärzte bei Nichteinhaltung der Maßgabe nach Nr. 10*
12. die Voraussetzungen für die Zulassung hinsichtlich der Vorbereitung und der Eignung zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit sowie die nähere Bestimmung des zeitlichen Umfangs des Versorgungsauftrages aus der Zulassung,

§ 103 Abs. 4 SGB V

„Hat der Zulassungsausschuss in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, nach Absatz 3a einem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens entsprochen, hat die Kassenärztliche Vereinigung den Vertragsarztsitz in den für ihre amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blättern unverzüglich auszuschreiben; *die Nachbesetzung erfolgt unter der Maßgabe, dass die Praxis in Zukunft in barrierefreier Form geführt werden muss. Der Zulassungsausschuss hat in seiner Ausschreibung auf entsprechend notwendige Maßnahme hinzuweisen. Der Zulassungsausschuss hat nach der Ausschreibung eine Liste der eingehenden Bewerbungen zu erstellen.*“

c. Hilfestellungen für Praxen zur Herstellung der Barrierefreiheit

Gleichzeitig sollte es aber auch Hilfestellungen für den Aus- und Umbau der Praxen geben: Es muss eine Klarstellung erfolgen, dass Mittel des Strukturfonds zur Förderung der Barrierefreiheit verwendet werden dürfen. Dafür ist die Vorschrift des § 105 Abs. 1a Satz 3 SGB V um eine Nummer 9 „Förderung der Barrierefreiheit“ zu ergänzen. Ferner sollte das Fördervolumen des Strukturfonds in § 105 Abs. 1a S. 1 SGB V erheblich erhöht werden und der Prozentsatz geschrieben werden, der für die Förderung der Barrierefreiheit verwandt werden muss.

Es wird insoweit folgender Gesetzesvorschlag gemacht:

§ 105 Abs. 1a SGB V

(1a) Die Kassenärztliche Vereinigung hat zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einen Strukturfonds zu bilden, für den sie mindestens 0,2 Prozent und höchstens 0,4 Prozent der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zur Verfügung stellt. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe in den Strukturfonds zu entrichten. Mittel des Strukturfonds sollen insbesondere für folgende Maßnahmen verwendet werden:
1,.8

(...)

9. Förderung der Barrierefreiheit

Es ist sicherzustellen, ...“

d. Datengrundlage zur Barrierefreiheit der Arztpraxen verbessern.

Ferner muss die Datengrundlage zu vorhandenen barrierefreien Arztpraxen und anderen Gesundheitseinrichtungen (z.B. Physiotherapiepraxen) verbessert werden und den Versicherten barrierefrei zur Verfügung gestellt werden. Bisher findet die Erhebung offenbar über eine Abfrage der Kassenärztlichen Vereinigungen statt, die auf einer Selbsteinschätzung beruht. Dies ist jedoch nicht adäquat, um die Barrierefreiheit von Praxen sicher zu ermitteln; vor diesem Hintergrund sollte die Erhebung durch eine neutrale Institution wie dem Medizinischen Dienst erfolgen.

§ 75 Abs. 1a SGB V

Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der vertragsärztlichen Versorgung. Hierzu informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung

(Barrierefreiheit) und richten Terminservicestellen ein, die spätestens zum 1. Januar 2020 für 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche unter einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer erreichbar sein müssen; die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden und mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren. *„Die Erhebung der Tatsachen, die für die Ermittlung der Barrierefreiheit maßgeblich sind, findet durch den Medizinischen Dienst Bund statt.“*

2. Sicherstellung der Barrierefreiheit anderer Gesundheitsdienstleister

Menschen, die auf Hilfs- oder Heilmittel angewiesen sind, haben oft Schwierigkeiten barrierefreie Leistungserbringer und Praxen zu finden. Vor diesem Hintergrund ist gesetzlich festzulegen, dass die Leistungserbringer der Hilfsmittelversorgung und die Heilmittelerbringer bis zum 1.1.2035 durchgehend barrierefreie Räume vorzuhalten haben. Bei den Leistungserbringern der Hilfsmittelversorgung ist dies für manche Produktgruppen ohnehin teilweise bereits im Präqualifizierungsverfahren vorgesehen. Eine generelle Lösung fehlt jedoch noch.

Es werden insoweit folgende Gesetzesvorschläge gemacht:

Hilfsmittelerbringer:

§ 126 Abs. 1 SGB V

- (1) Hilfsmittel dürfen an Versicherte nur auf der Grundlage von Verträgen nach § 127 Absatz 1 und 3 abgegeben werden. Vertragspartner der Krankenkassen können nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen; *ab dem 1.1.2035 können nur Leistungserbringer Vertragspartner werden, die eine barrierefreie Versorgung sicherstellen; eine bauliche Zugänglichkeit der Versorgungsorte ist bereits ab dem 1.1.2026 sicherzustellen.* Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen nach Satz 2, einschließlich der Fortbildung der Leistungserbringer, ab.

Heilmittelerbringer

§ 124 Abs. 1 SGB V

Heilmittel, die als Dienstleistungen abgegeben werden, insbesondere Leistungen der Physiotherapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, der Ergotherapie, der Podologie oder der Ernährungstherapie, dürfen an Versicherte nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden, die

(...)

4. Ab 1.1.2035 eine barrierefreie Versorgung der Versicherten sicherstellen.

3. Barrierefreiheit und Digitalisierung:

a. Angemessene Beteiligung der Patientenvertretung

Eine angemessene Beteiligung der Patientenvertretung nach § 140f SGB V bei der Umsetzung der Digitalisierungsstrategie des BMG ist unerlässlich, um die Anliegen der Barrierefreiheit auch angemessen zu verankern. Hierzu sollte ein Mitberatungsrecht der Patientenvertretung im Vorstand der Gematik gesetzlich verankert werden.

Es wird folgender Gesetzesvorschlag gemacht:

§ 310 SGB V

(1) Die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, und die in § 306 Absatz 1 Satz 1 genannten Spitzenorganisationen sind Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik. *Die Verbände nach § 140f SGB V haben ein Mitberatungsrecht in der Gesellschafterversammlung.*

b. Umfassender und barrierefreier Zugang zu allen Angeboten

Es muss ein umfassender und barrierefreier Zugang zu telemedizinischen Angeboten, zur elektronischen Patientenakte und zu digitalen Anwendungen, wie dem E-Rezept oder dem elektronischen Medikationsplan, einschließlich der jeweils gespeicherten Informationen, gewährleistet werden. Dies gilt ebenso für Einrichtungsassistenten und Gebrauchsanleitungen.

Die insofern bestehenden Gesetzeslücken im SGB V sind zu schließen.

Dies gilt insbesondere für die Sicherstellung, dass die für die ePA erforderlichen Komponente und Dienste nach § 325 barrierefrei entsprechend dem Standard der BITV 2.0 ausgestaltet sind. Denn die Krankenkassen sind einerseits dazu verpflichtet, die ePA barrierefrei anzubieten, andererseits ist aber nicht sichergestellt, dass die entsprechenden Komponenten und Dienste barrierefrei ausgestaltet sind.

Es wird folgender Gesetzesvorschlag gemacht:

§ 325 Abs. 2 SGB V

Die Gesellschaft für Telematik lässt die Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur auf Antrag der Anbieter zu, wenn die Komponenten und Dienste funktionsfähig, *barrierefrei*, interoperabel und sicher sind. Die Zulassung kann mit Nebenbestimmungen versehen werden.

§ 325 Abs. 3 SGB V

Ergänzung folgenden Satzes

„Maßgeblich für die elektronische Barrierefreiheit ist die Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung (BITV 2.0) vom 12. September 2011 (BGBl. I S. 1843) in der jeweils aktuellen Fassung.“

c. Durchgehende Barrierefreiheit aller digitalen Gesundheits- und Pflegeanwendungen (DiGAs und DiPAs)

Bisher ist zwar geregelt, dass DiGAs nach der Anlage 2 der DiGA-Verordnung barrierefrei ausgestaltet sein müssen, gleichzeitig aber die Feststellung über eine Eigenerklärung des Herstellers und nicht durch eine Überprüfung erfolgt. Infolgedessen ist fast keine der angebotenen Apps umfassend barrierefrei. Eine ähnliche Situation besteht bei den DiPAs.

Es ist gesetzlich verbindlich zu regeln, dass alle digitalen Gesundheits- und Pflegeanwendungen, die durch Sozialleistungsträger finanziert werden, barrierefrei nutzbar sein müssen und dass dies über Nutzertestungen vom BfArM in Zusammenarbeit mit den Patientenorganisationen überprüft werden muss. Zudem sollten diese im Bereich des SGB XI vollständig refinanziert werden, da andernfalls Menschen mit geringen finanziellen Ressourcen keinen Zugang zu diesen Apps haben werden.

DIGA

Es wird folgender Gesetzes- und Verordnungsvorschlag für den Bereich der DiGAs gemacht:

§ 33a SGB V

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit *barrierefreien* Medizinprodukten niedriger und höherer Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen (digitale Gesundheitsanwendungen).

DIGA-Verordnung

§ 5 Abs. 6 neu

Digitale Gesundheitsanwendungen sind barrierefrei. Das BfArM prüft unter Beteiligung der Organisationen nach § 140f SGB V die umfassende Barrierefreiheit der digitalen Gesundheitsanwendungen.

DIPA

Es wird folgender Gesetzes- und Verordnungsvorschlag für den Bereich der DiPAs gemacht:

§ 40b Abs. 1 SGB XI neu

Bewilligt die Pflegekasse die Versorgung mit einer digitalen Pflegeanwendung, hat die pflegebedürftige Person Anspruch auf die Erstattung von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen nach § 40a sowie auf Leistungen für die Inanspruchnahme von ergänzenden Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen. (Streichung des letzten Satzteils)

d. Beteiligung von Mitarbeiter*innen mit Behinderung bei der Entwicklung von barrierefreien digitalen Gesundheitsangeboten

Um die Implementation der Barrierefreiheit im Rahmen der Arbeitsinklusion zu stärken, sollte verpflichtend - im Sinne einer Soll-Vorschrift - festgelegt werden, dass bei IT-Projekten, die eine barrierefreie Nutzung vorsehen müssen, auch verpflichtend Mitarbeiter beteiligt werden, die zumindest eine dafür wichtige Beeinträchtigung haben. Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es wichtig, dass die an der Entwicklung beteiligten Mitarbeiter, die Barrierefreiheit umsetzen müssen, erleben, wie vor allem seh- und hörbeeinträchtigte Menschen Digitalisierung nutzen und auf welche konkreten Barrieren sie stoßen.

Es wird insoweit folgender Gesetzesvorschlag gemacht:

§ 306a SGB V

Bei Projekten und Angeboten, durch die digitale Prozesse für das Gesundheitswesen, insbesondere im Rahmen der Telematikinfrastruktur, entwickelt werden, sollen Menschen mit Behinderungen als Mitarbeiter an der Entwicklung beteiligt werden.

4. Regelungen zur Begleitung ins Krankenhaus nachbessern

Die Beschränkung der Regelung des § 44b SGB V auf die Begleitung von Menschen, die Eingliederungshilfe beziehen, ist zu streichen, da sie Personen mit hohem Unterstützungs- und damit Begleitungsbedarf, die keine Eingliederungshilfe beziehen, unangemessen benachteiligt.

Es wird insoweit folgender Gesetzesvorschlag gemacht:

§ 44b SGB V

(1) Ab dem 1. November 2022 haben Versicherte Anspruch auf Krankengeld, wenn sie

1.

zur Begleitung eines Versicherten bei einer stationären Krankenhausbehandlung nach § 39 mitaufgenommen werden, der die Begleitung aus medizinischen Gründen benötigt.

Streichung der Punkte b-d

5. Zugang zur medizinischen Rehabilitation verbessern:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation müssen sich nach Ansicht der BAG SELBSTHILFE zukünftig stärker an den teilhabeorientierten Planungsgrundlagen sowie der Verhinderung der Pflegebedürftigkeit ausrichten, d.h. der individuelle Leistungsbedarf der Betroffenen ist in Anlehnung an die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) funktionsbezogen festzustellen. Um eine bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen sowie insb. vorhandene Versorgungslücken für Menschen mit kognitiven, komplexen sowie Sinnesbeeinträchtigungen zu schließen, sind barrierefreie Angebote weiter zu entwickeln. Um darüber hinaus die Qualität der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation kontinuierlich zu verbessern, müssen aus Sicht der BAG SELBSTHILFE auch bereits bestehende Barrieren, welche den Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Patient*innen verhindern, abgebaut werden. Hierdurch kann auch eine Unter- und Fehlversorgung vermieden werden.

Es wird insoweit folgender Gesetzesvorschlag gemacht:

§ 42 SGB IX ist zu ergänzen um einen Absatz (4):

.....

(4) Darüber hinaus sollen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen ihrer Weiterentwicklung und Qualitätssicherung auch Leistungen umfassen, die

a) den teilhabeorientierten Rehabilitationsbedarf decken und die Verhinderung der Pflegebedürftigkeit zum Ziel haben,

b) durch Bereitstellung barrierefreier Angebote vorhandene Versorgungslücken für Menschen mit komplexen, kognitiven sowie Sinnesbeeinträchtigungen schließen.

Vorhandene nicht-barrierefreie Angebote bzw. Leistungen müssen hingegen abgebaut werden.

Die Vorschriften des SGB V und SGB VI sind für den Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder)

anzugleichen, um eine Benachteiligung von Kindern mit kognitiver Behinderung zu verhindern. Derzeit werden Kinder und Jugendliche mit kognitiver Behinderung von den verbesserten Konditionen einer Kinder- und Jugendrehabilitation nach dem SGB VI - die regelmäßige Dauer beträgt mindestens 4 Wochen - strukturell ausgeschlossen. Gemäß § 15 a SGB VI besteht ein Anspruch von Kindern und Jugendlichen nur, wenn die angestrebte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes Einfluss auf ihre spätere Erwerbsfähigkeit haben kann. Das Vorliegen dieser Voraussetzung wird von Entscheidungsträgern bei Anträgen von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung oft verneint. Die Betroffenen sind damit auf die Inanspruchnahme von weniger umfangreichen Reha-Leistungen nach dem SGB V - die regelmäßige Dauer beträgt höchstens 3 Wochen - zurückgeworfen (§ 40 Abs. 3 SGB V).

Es werden insoweit folgende Gesetzesvorschläge gemacht:

§ 15 Abs. 1 SGB VI:

Die Träger der Rentenversicherung erbringen im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Leistungen nach den §§ 42 bis 47a des Neunten Buches.

Statt bisher: Die Träger der Rentenversicherung erbringen im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Leistungen nach den §§ 42 bis 47a des Neunten Buches, ausgenommen Leistungen nach § 42 Abs. 2 Nr. 2 und § 46 des Neunten Buches (Begründung: RV-Träger sollten grundsätzlich auch Reha-Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung erbringen können und nicht nur im Fall einer aufgedrängten formellen Zuständigkeit i.S.v. § 14 SGB IX).

§ 15a Abs. 1 SGB VI:

Die Träger der Rentenversicherung erbringen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für

1. Kinder von Versicherten,
2. Kinder von Beziehern einer Rente wegen Alters oder verminderter Erwerbsfähigkeit,
3. Kinder, die eine Waisenrente beziehen *und*
4. *Kinder mit Behinderung oder von Behinderung bedrohte Kinder im Sinne des § 2 Abs. 1 SGB IX. 1)*

Voraussetzung ist, dass hierdurch voraussichtlich

eine (drohende) Behinderung oder eine (drohende) Pflegebedürftigkeit einschließlich chronischer Krankheiten abgewendet, beseitigt, ihre Verschlimmerung verhindert oder ihre Folgen gemildert werden können und somit voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine schon beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann. 2)

Abs.4:

Die Leistungen einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung sind im Sinne von § 4 BGG grundsätzlich barrierefrei zur Verfügung zu stellen, sie werden in der Regel für mindestens vier Wochen erbracht. § 12 Absatz 2 Satz 1 findet keine Anwendung.

Statt bisher: Voraussetzung ist, dass hierdurch voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder die insbesondere durch chronische Erkrankung beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und dies Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit haben kann.

Die Leistungen einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung werden in der Regel für mindestens vier Wochen erbracht. § 12 Absatz 2 Satz 1 findet keine Anwendung.

-
- 1) s. auch: Gemeinsame Richtlinie der Träger der Rentenversicherung nach § 15a Abs. 5 S. 1 SGB VI für Leistungen zur Kinderrehabilitation (Kinderreha-Richtlinie) v. 28.06.2018, wonach auch bei Kindern mit Behinderung, die eine unterstützende Hilfe der Begleitperson zur Erreichung des Rehabilitationserfolges benötigen, von der Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson für die gesamte Dauer der Rehabilitation grundsätzlich auszugehen ist i.S.v. § 15a Abs. 2 Nr. 1 SGB VI;
 - 2) Unmittelbares Hauptziel der Kinder- und Jugendrehabilitation ist die Verbesserung des Krankheitszustandes unter Berücksichtigung körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren sowie die Vermeidung von sekundären Folgeerkrankungen unter Bezugnahme auf die ICF - basierend auf dem bio-psycho-sozialen Modell - und somit die Wiederherstellung bzw. wesentliche Besserung der Funktionsfähigkeit insbesondere auf den Ebenen der Aktivität (Durchführung einer Aufgabe oder Handlung durch eine Person) und Partizipation (Teilhabe: das Einbezogensein in eine Lebenssituation) einer Person.

6. Prävention weiter stärken:

Die Krankenkassen müssen durch den Gesetzgeber in § 20 Abs. 1 SGB V verpflichtet werden, einen bestimmten Anteil der Präventionsleistungen auf Menschen mit Behinderung oder künftiger Behinderung auszurichten. Präventionsleistungen müssen barrierefrei ausgestaltet werden. Der Gesetzgeber muss in § 20a SGB V klarstellen, dass besondere Wohnformen, WfbM und Tagesförderstätten zu den Lebenswelten gehören, in denen Präventionsleistungen erbracht werden können und in denen die Krankenkassen den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen fördern sollen.

Es werden folgende Gesetzesvorschläge gemacht:

§ 20 Abs. 1 SGB V

- (1) Die Krankenkasse sieht in der Satzung *barrierefrei ausgestaltete* Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener

Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen und kind- und jugendspezifische Belange berücksichtigen. Die Krankenkasse legt dabei die Handlungsfelder und Kriterien nach Absatz 2 zugrunde. *Für die Prävention bei Menschen mit Behinderung wird ein Anteil der Förderung vorgesehen, der mindestens ihrem Bevölkerungsanteil in der Bundesrepublik Deutschland entspricht.*

§ 20a Abs.1 SGB V

- 1) Lebenswelten im Sinne des § 20 Absatz 4 Nummer 2 sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports; *hierzu gehören auch besondere Wohnformen, Werkstätten für Menschen mit Behinderung und Tagesförderstätten.* Die Krankenkassen fördern im Zusammenwirken mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst unbeschadet der Aufgaben anderer auf der Grundlage von Rahmenvereinbarungen nach § 20f Absatz 1 mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen (...)

7. Hilfsmittelversorgung verbessern

a. Abschaffung des Genehmigungsvorbehaltes für Hilfsmittel, die im Rahmen einer Behandlung im SPZ oder MZEB verordnet werden

Zur Vermeidung von langwierigen, mitunter Jahre dauernden Kämpfen um medizinisch notwendige Hilfsmittel, muss der Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen gem. § 33 Abs. 5b SGB V für Hilfsmittel, die durch SPZ und MEZB verordnet werden, entfallen. Insoweit muss der im GSVG enthaltene Regelungsvorschlag nunmehr auch verabschiedet werden:

§ 33 Abs. 5 b SGB V

Nach § 33 Absatz 5b Satz 2 SGB V wird folgender Absatz 5c eingefügt:

„(5c) Die Erforderlichkeit eines Hilfsmittels wird vermutet, wenn sich der Versicherte in regelmäßiger Behandlung in einem sozialpädiatrischen Zentrum, das nach § 119 Absatz 1 ermächtigt wurde, oder in einem medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, das nach § 119c Absatz 1 ermächtigt wurde, befindet, und die beantragte Hilfsmittelversorgung von dem dort tätigen behandelnden Arzt im Rahmen der Behandlung innerhalb der letzten drei Wochen konkret empfohlen worden ist.“

b. Abschaffung der Festbeträge

Die Versorgung bei Hilfsmitteln, bei denen der GKV-Spitzenverband Festbeträge festgelegt hat, ist leider inzwischen so, dass es in der Praxis regelmäßig zu einer Art Festzuschussystem kommt, wenn der oder die Betroffene nicht klagt- trotzdem es eine Vielzahl von obergerichtlichen Urteilen gibt, die dem widersprechen und eine Einzelfallprüfung fordern. Diese Entwicklung widerspricht dem Sachleistungsprinzip. Vor diesem Hintergrund sollte die Möglichkeit, Festbeträge für bestimmte Produktgruppen festzulegen, gestrichen werden.

Es wird folgender Gesetzesvorschlag gemacht:

§ 36 SGB V sollte gestrichen werden.

c. Barrierefreie Bedienbarkeit von Hilfsmitteln

Damit Hilfsmittel von allen Menschen gleichermaßen genutzt werden können, müssen Hilfsmittel barrierefrei bedienbar sein.

Es wird insoweit folgender Gesetzesvorschlag gemacht:

§ 33 Abs. 1 S. 2 SGB V

Die Hilfsmittel müssen mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte erfüllen, soweit sie im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 1 gelistet oder von den dort genannten Produktgruppen erfasst sind; *sie müssen barrierefrei bedienbar sein.*

Wegen weiterer Forderungen im Bereich der Hilfsmittelversorgung wird auf das entsprechende Forderungspapier der BAG SELBSTHILFE verwiesen.

Düsseldorf/Berlin, 12.04.24