



**Bundesverband
Selbsthilfe
Körperbehinderter e.V.**

Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. · Kurfürstenstr. 131 · 10785 Berlin

**PG Aktionsplan Barrierefreies Gesundheitswesen
Bundesministerium für Gesundheit**

**Referentin für Gesundheits-
und Sozialpolitik**

Simone Siebert

Büro Berlin

Kurfürstenstr. 131

Nebeneingang links

10785 Berlin

Tel.: 030 8 14 52 68 -51

Fax: 030 8 14 52 68 -59

E-Mail: simone.siebert@bsk-ev.org

Sitz des Verbandes

Altkrautheimer Straße 20

74238 Krautheim

Tel.: 06294 4281-0

Fax: 06294 4281-79

www.bsk-ev.org

per E-Mail: PG-Barrierefreies-Gesundheitswesen@bmg.bund.de Datum: 9. August 2024

Stellungnahme des Bundesverbandes Selbsthilfe Körperbehinderter zur Maßnahmeübersicht für den Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen

Sehr geehrter Herr Ordon,

der Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. (BSK) dankt für die Möglichkeit zur Stellungnahme zum Maßnahmekatalog für den Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen und den partizipativen Prozess im Vorfeld.

Der BSK e.V. vertritt seit mehr als 60 Jahren vorrangig Menschen mit Körperbehinderung und setzt sich für deren Rechte ein.

Spendenkonto:

Bank für Sozialwirtschaft
IBAN DE76 6012 0500 0007 7021 00
BIC BFSWDE33STG

Geschäftskonto:

Sparkasse Neckartal-Odenwald
IBAN DE89 6745 0048 0004 0707 51
BIC SOLADES1MOS

Gemeinnützigkeit:

Gemeinnützigkeit
zuerkannt durch das
Finanzamt Öhringen
Steuer-Nr.: 76001/30101

**Der
BSK
trägt
das:**



Der BSK ist Mitglied bei:



I. Barrierefreie und inklusive Gesundheitsversorgung

I.4 Richtlinie nach § 75 Absatz 7 SGB V

In der am **1. Juli 2024** abgeschlossenen und veröffentlichten **Richtlinie nach § 75 Absatz 7 SGB V** ist aufgefallen, dass im Richtlinientext am Ende von § 2 der Präambel steht **"(3) Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind nicht verpflichtet, die Angaben nach Anlage 1 vollständig zu erfassen und an die KV zu übermitteln"**. Dieser Satz ist missverständlich und führt zu Unklarheiten, denn er erweckt den Eindruck, dass Arztpraxen nur wenige Anforderungen herausgreifen können, zu denen sie Auskunft geben müssen.

Dies würde vor dem Hintergrund der von der DBR-Arbeitsgruppe erarbeiteten und verhandelten Kriterien für verschiedene Beeinträchtigungsarten in der Erläuterung wenig Sinn ergeben und erneut zu nicht aussagekräftigen Ergebnissen bei der Arztsuche führen.

Ziel der lückenlosen Angaben ist es, den PatientInnen möglichst umfangreiche Informationen zu geben, auf deren Basis sie entscheiden können, ob die Praxis für sie selbst barrierefrei genug ist oder nicht. Insofern gehen wir davon aus, dass die Praxen alle Kriterien mit ja/vorhanden oder nein/nicht vorhanden beantworten müssen.

Am Richtlinientext selbst wurde die DBR-Arbeitsgruppe entgegen der Vorschrift in § 75 Abs. 7 **nicht** beteiligt (s. vorletzter Satz „Bei der Erarbeitung der Richtlinien nach Satz 1 Nummer 3a sind die Bundesfachstelle Barrierefreiheit sowie die maßgeblichen Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten nach § 140f SGB V zu beteiligen.“

Das BMG sollte hier eine Klarstellung gegenüber der KBV erwirken.

Wären die Verbände am Richtlinientext selbst ordnungsgemäß beteiligt worden, wäre eine solch missverständliche und fehlleitende Formulierung sicher nicht in den Richtlinientext aufgenommen worden.

I.5 Angaben zur **Barrierefreiheit der Praxis** gemäß der **Richtlinie nach § 75 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3a SGB V** im **Arztregister**.

Dies ist zu befürworten, aber wenn es auch hier auf die Zugrundelegung der KBV-Richtlinie nach § 75 Abs. 7 SGB V geht, darf nichts durch unvollständige Angaben verwässert werden.

I.6 Wenn die **KBV-Richtlinie zur Festlegung der Mindeststandards** heranzuziehen ist, sollte auch die in I.4 und 5 geäußerte Kritik geheilt werden, zumal die Richtlinie **aktuell am 1. Juli 2024** abgeschlossen wurde. Hier gilt es Folgefehler zu vermeiden.

Daher sollte das BMG sich dringend für die Heilung der fehlleitenden Formulierung gegenüber der KBV einsetzen.

I.8 Ein neuer **§ 105 Abs. 1a SGB V** zur Förderung der Belange von Menschen mit Behinderungen und die erforderliche Barrierefreiheit ist wünschenswert und dringend notwendig. Es wird sehr begrüßt, wenn das BMG sich für eine gesetzliche Regelung einsetzt, dass die von den KVen und KZVen zu finanzierenden Maßnahmen aus den gebildeten Strukturfonds nach § 105 Absatz 1a SGB V explizit um Maßnahmen zur Förderung der Herstellung von Barrierefreiheit ergänzt werden. Dies würde eine wichtige Verbesserung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung des § 105 Abs. 1 SGB V bedeuten. Denkbar wäre hier eine **Neueinfügung des Nr. 9** innerhalb des **§ 105 Abs. 1a**.

I.10 §§ 75, 73 Abs. 2 SGB V

Sehr wichtig, da hierdurch die gleichberechtigten Belange von Menschen mit Behinderungen in das Bewusstsein der Leistungserbringer im Rahmen der Sicherstellungstellung gelangt.

I.11 Dies ist in **§ 103 Abs. 4 S. 4 Nr. 8** schon festgeschrieben. Von daher fraglich, wie eine Umsetzung der Barrierefreiheit obligatorisch bei der Besetzung von Arztsitzen wird.

I.13 § 87 SGB V Bundesmantelvertrag

Ist ein wünschenswertes Ansinnen, die Belange der Menschen mit Behinderungen in die ärztlichen- wie zahnärztlichen Leistungen im EBM und der BEMA einzupreisen. Insbesondere wird einem eventuell anfallenden Mehraufwand monetär Rechnung getragen. Wird in den ärztlichen oder anderen medizinischen Dienstleistungen in den Ausbildungen bzw. Fortbildungen aufgenommen, so ist eine Einpreisung in den EBM und BEMA zwangsläufig. Wie dies in den Vertragsverhandlungen finanzneutral aufzugreifen ist, wird bezweifelt.

I.18 Eine Fortentwicklung auf Grundlage der Evaluationsergebnisse zu § 44b SGB V und § 113 Absatz 6 SGB IX ist ein guter Ansatz.

Das DBR-Positionspapier enthält auf S. 5 konkrete Vorschläge, die aus Sicht der Vertretung von Menschen mit Behinderungen unabdingbar sind:

Der Anspruch aus § 44b SGB V darf nicht mehr auf Fälle der Mitaufnahme der Begleitperson oder der ganztägigen Begleitung beschränkt werden, sondern muss auch für eine Begleitung von weniger Stunden gelten, wenn diese nicht mit den Arbeitszeiten vereinbar ist.

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.

In § 44b SGB V ist vorzusehen, dass Begleitpersonen in spezifischen, eng umgrenzten Ausnahmefällen auch grundpflegerische Leistungen übernehmen können. Eine Übernahme von Pflegeleistungen durch die Begleitperson wäre etwa denkbar, wenn hochspezifische Pflege benötigt wird, die vom krankenhausinternen Personal nicht geleistet werden kann, wenn die Pflegeleistung behinderungsbedingt nur von

Bezugspersonen geduldet wird oder ohne die Übernahme der Tätigkeit durch die Bezugsperson die Behandlung nicht sichergestellt werden kann bzw. der Krankenhausaufenthalt zu erheblichen Beeinträchtigungen führt. In diesen Fällen sollte auch die Begleitung von Pflegepersonen eines ambulanten Pflegedienstes, der bereits im Alltag Unterstützung leistet, finanziert werden.

I.19 Rahmenvertrag Entlassmanagement nach § 39 Abs.1a SGB V

Eine Forderung aus dem DBR-Papier- Benennung § 39 Absatz 1a SGB V auf Seite 10:

Der Übergang vom Krankenhaus in die anschließende ambulante medizinische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung ist ein neuralgischer Punkt in der Behandlungs- und Versorgungskette von PatientInnen. Besonders gravierend ist dies bei Menschen mit Behinderung, die auf eine Unterstützung angewiesen sind. Wenn diese Menschen im Alltag auf Unterstützung zurückgreifen, zum Beispiel ältere Menschen mit einem zusätzlichen Pflegebedarf, Kinder mit Behinderung oder erwachsene Menschen mit einem Assistenzbedarf, ist Unterstützung bei der Organisation der anschließenden ambulanten Versorgung besonders wichtig. Um fehlerhafte oder unvollständige Anschlussbehandlungen zu vermeiden, sind Krankenhäuser nach § 39 Absatz 1a SGB V dazu verpflichtet, ein effektives Entlassmanagement bereitzustellen. Die speziellen Bedarfe von PatientInnen mit Behinderung werden dabei allerdings nicht flächendeckend berücksichtigt.

Die Übergänge zwischen den Sektoren müssen so gestaltet werden, dass Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen keine Versorgungsbrüche erleiden. Z.B. brauchen Betroffene mit schweren neurologischen Beeinträchtigungen eine spezialisierte multiprofessionelle und Team-basierte Behandlung über längere Zeit und in abgestuften Versorgungsformen, um eine gute Erholung zu erreichen und im Leben wieder Fuß fassen zu können.

Für eine lückenlose Versorgungskette muss jedes Krankenhaus ein funktionierendes Entlassmanagement haben, dass die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung insbesondere für Menschen mit Behinderung sicherstellt. Im Rahmen der Krankenhausreform muss gewährleistet sein: Ein ausreichend mit Sozialarbeiter*innen besetzter Sozialdienst und eine gute Verfahrensanweisung müssen zu den Qualitätskriterien für die Zuordnung von Leistungsgruppen bzw. Strukturanforderungen für jedes Level werden. Wie die Systematik auch aussieht, dies muss zwingende Voraussetzung für jedes Krankenhaus sein. Der Sozialdienst muss über die Vorhaltepauschalen finanziert werden.

Es ist eine systematische Kooperation mit den MZEB und den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) einzurichten, um ein Zusammenwirken von ambulantem und stationärem Bereich zum Nutzen der PatientInnen zu erreichen. Wo immer es sinnvoll und möglich ist, sind passende Strukturen der Selbsthilfe bzw. von Patientenorganisationen etc. in das Entlassmanagement ebenfalls systematisch einzubinden.

I.20 § 125 Verträge zur Heilmittelversorgung

Guter Ansatz die Barrierefreiheit des § 125 Abs. 4 SGB V auch in der medizinischen Rehabilitation in die §§ 111 ff. analog einzubringen und damit gesetzlich zu verankern. Vergleiche auch **Seite 9 DBR-Positionspapier**.

I.21 MZEB

nach § 99 SGB V müssen MZEB in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, um einen flächendeckenden Ausbau zu gewährleisten. Zudem muss der Behandlungsauftrag in § 119c) festgestellt und eine Ermächtigung erteilt werden.

Der Gesetzgeber sollte klarstellen, dass MZEB neben ihrer Funktion als Lotse auch einen Behandlungsauftrag haben. Dies wird trotz der derzeitigen gesetzlichen Formulierung immer wieder von den Krankenkassen in den Vergütungsverhandlungen bestritten und erschwert die Einigung auf auskömmliche Pauschalen erheblich.

Gründungswillige Träger müssen bei den Erstinvestitionskosten unterstützt werden. Hierfür sind finanzielle Hilfen, bspw. durch die Auflage von KfW-Förderprogrammen seitens der Bundesregierung oder durch die Zahlung von Zuschüssen bspw. in Höhe eines noch gesetzlich festzulegenden Betrages aus dem Strukturfonds zur Verfügung zu stellen. Soweit die Versorgung durch MZEB derzeit nicht unter die vertragsärztliche Versorgung im Sinne des § 105 SGB V fällt, deren Sicherstellung gem. § 105 Abs. 2 SGB V mit Mitteln aus dem Strukturfonds gefördert werden soll, ist § 105 SGB V durch den Gesetzgeber entsprechend zu erweitern. Man kann dies auch in einem Fachdialog flankierend begleiten. Vergleiche auch DBR-Positionspapier auf Seite 7

I.22 Bei der avisierten **Ergänzung des § 124 Abs. 2 SGB V** ist sinnvoll, dass auch Heilmittelerbringer eine Auskunftspflicht gegenüber der Zulassungsstelle erhalten. Für Patienten ist es elementar wichtig, bei der Suche nach barrierefreien Praxen eine gesicherte Auskunft zu bekommen. Doch sollte es schon kurzfristig vom BMG an die nachgeordnete Kostenträgerseite angestoßen werden. Denn nicht barrierefreie Heilmittelpraxen stellen oft eine unüberwindbare Hürde dar.

I.24 Gesundheitskioske wurden bereits innerhalb des **GVSG** thematisiert, jedoch im Referentenentwurf, der im BT diskutiert wurde, nicht näher ausgeführt oder aufgenommen.

Die Aufnahme der Barrierefreiheit innerhalb der Diskussion wird begrüßt.

I.27 Medizinprodukte Fachgespräche mit der Betroffenenenseite sind begrüßenswert und sinnvoll.

Hier wird angeregt, dass das BfArM in das Fachgespräch einbezogen wird, da das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte letztlich die Voraussetzungen für verordnungsfähige Medizinprodukte festlegt.

In Betracht zu ziehen ist auch die MDR auf europäischer Ebene - VERORDNUNG (EU) 2017/745 DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES

I.29 Genehmigungsverfahren Hilfsmittel

Diese gesetzliche Regelung befindet sich bereits im Referentenentwurf zum GVSG, die vom BSK auf Grundlage der darin enthaltenen Beweislastumkehr positiv bewertet wurde.

In den Zentren arbeitet das medizinische Personal eng mit den Betroffenen zusammen und ist daher wesentlich näher an den entsprechenden Bedarfen der Betroffenen dran, als Mitarbeiter*innen der Krankenkassen oder des Medizinischen Dienstes (MD). Wenn ÄrztInnen eines SPZ oder eines MZEB ein Hilfsmittel verordnen, wissen sie, was sie tun – die medizinische Erforderlichkeit ist gegeben.

I.30 und I.31 Einbeziehung Patientenorganisationen

Dies entspricht einer Forderung aus dem DBR-Positionspapier Seite 13

Zur Vermeidung von langwierigen, mitunter Jahre dauernden Kämpfen um medizinisch notwendige Hilfsmittel. In den Zentren arbeitet das medizinische Personal eng mit den Betroffenen zusammen und ist daher wesentlich näher an den entsprechenden Bedarfen der Betroffenen dran, als MitarbeiterInnen der Krankenkassen oder des Medizinischen Dienstes (MD). Wenn ÄrztInnen eines SPZ oder eines MZEB ein Hilfsmittel verordnen, wissen sie, was sie tun – die medizinische Erforderlichkeit ist gegeben.

Es muss eingehend geprüft werden, ob an dem in der Hilfsmittelversorgung bestehenden wettbewerbsbasierten Vertragsmodell noch festgehalten werden kann oder ob die strukturell bedingten Defizite in der Hilfsmittelversorgung durch die Einführung anderer Strukturen beseitigt werden müssen. Lösungsmöglichkeiten sind in einem partizipativen Prozess unter Beteiligung der Interessenvertretungen von Menschen mit Behinderung zu erarbeiten. Denkbar wäre die Zulassung von Hilfsmittelerbringern durch Verwaltungsakt und die Regelung von auskömmlichen Vergütungen in einheitlichen Verträgen.

Hilfsmittel müssen barrierefrei bedienbar sein.

Der Gesetzgeber muss die Ermächtigung des GKV-Spitzenverbandes, Festbeträge festzulegen, zumindest für den Bereich der Hilfsmittel abschaffen und durch geeignetere Instrumente der Preisregulierung ersetzen. In jedem Fall sollte Leistungserbringern und Patientenvertretungen bei der Bestimmung von Festbeträgen ein Mitbestimmungsrecht eingeräumt werden.

I.35 Stärkung Stabstelle Patientenvertretung im G-BA

Die Patientenvertretung ist ein Beteiligungsgremien nach § 140f SGB V auf Bundes- und Landesebene und besitzt ein gesetzlich gewolltes und über Jahre weiterentwickeltes Antrags- und Mitberatungsrecht.

Rund 300 PatientenvertreterInnen allein auf der Bundesebene nehmen dieses Recht ganz überwiegend ehrenamtlich wahr. Von den Patientenorganisationen wird diese

Aufgabe derzeit ohne zusätzliche Förderung neben deren Kernaufgaben wahrgenommen. Im G-BA werden sie dabei lediglich von einer Stabsstelle Patientenbeteiligung mit derzeit knapp zehn Vollzeitstellen (VZÄ) unterstützt.

Eine Weiterentwicklung der Patientenbeteiligung muss zunächst eine strukturelle Stärkung der maßgeblichen Patientenorganisationen und eine bessere Unterstützung der ehrenamtlich tätigen PatientenvertreterInnen in Angriff nehmen, um die Beteiligten dadurch in die Lage zu versetzen, ihr bereits bestehendes Antragsrecht voll auszuschöpfen und zukünftig ein Stimmrecht wahrnehmen zu können.

Es besteht hier ein großes Missverhältnis der Kräfte zum Nachteil der Patientenvertretung. Dieses Missverhältnis an professioneller Unterstützung und Begleitung der Gremienarbeit gilt es durch neue gesetzliche Vorgaben zu beseitigen. Damit die Patientenvertretung ihren gesetzlichen Auftrag zur Mitgestaltung durch Mitberatung im Gesundheitswesen sachgerecht wahrnehmen kann, muss sie systematisch und nachhaltig gestärkt werden. Dies ist unabdingbare Grundvoraussetzung, um erst danach über eine Erweiterung dieses Auftrags reden zu können, also auch über mögliche Stimmrechte. Die Mehrheit der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140g SGB V lehnt derzeit ein Vetorecht auch deswegen ab, da es mutmaßlich so konzipiert wäre, dass die Patientenvertretung die Beschlussfassungen des G-BA lediglich zeitlich begrenzt aufhalten könnte, diese danach aber - unter den Bedingungen derselben Kräfteverhältnisse im G-BA dennoch umgesetzt würden. Es kann nicht das Ansinnen der Patientenvertretung sein, die übrigen Beteiligten lediglich zeitweise zu blockieren oder den Diskurs zu obstruieren. Ein Vetorecht ist vor allem ein destruktives Instrument. Die Patientenvertretung möchte aber die Versorgung konstruktiv mitgestalten.

Eine Weiterentwicklung der Patientenbeteiligung muss daher zunächst eine strukturelle Stärkung der maßgeblichen Patientenorganisationen und eine bessere Unterstützung der ehrenamtlich tätigen PatientenvertreterInnen in Angriff nehmen, um die Beteiligten dadurch in die Lage zu versetzen, ihr bereits bestehendes Antragsrecht voll auszuschöpfen und zukünftig ein Stimmrecht wahrnehmen zu können.

In einem sich dramatisch wandelnden Gesundheitssystem ist die Organisation der Patientenbeteiligung als Aufgabe im öffentlichen Interesse unverzichtbar, um denjenigen eine wirkmächtige Stimme zu geben, um die es in der Versorgung eigentlich geht und die in den bisherigen Strukturen der Selbstverwaltung völlig unterrepräsentiert sind.

Die maßgeblichen Patientenorganisationen benötigen auf ihrer Seite mehr professionell hauptamtliches Personal, das von ihnen explizit mit den vom Gesetzgeber definierten Aufgaben der Beteiligung und Mitwirkung beauftragt wird. Faktisch werden diese Aufgaben seit 20 Jahren freiwillig neben den Regel- und Satzungsaufgaben der Verbände von ihnen selbst oder von ihnen benannten ehrenamtlichen PatientenvertreterInnen übernommen.

ehrenamtliche Engagement ist an seine endgültigen Grenzen geraten.

Die Bedingungen für die Antrags- und Entscheidungsvorgänge durch Hauptamtliche müssen -in den Verbänden, die das für sich in Anspruch nehmen wollen - durch öffentliche Zuschüsse personell so angeglichen werden, dass sie dem konkreten Arbeitsaufwand auf Grund der gesetzlichen Beteiligungspflichten angemessen sind.

II. Barrierefreiheit in der Langzeitpflege

Alle nicht näher kommentierten Punkte werden nicht beanstandet und mitunter als elementar wichtig angesehen.

Insbesondere im unterfinanzierten Bereich der Pflege gilt hier die Devise, dass der wahrgenommene Wille der Verbesserung auch auf einen Weg mit dem zu erreichenden Ziel führt.

II.2

Der Ansatz erscheint merkwürdig. Wie soll man Ursachen für besondere Beeinträchtigungen feststellen. Wenn solche vorliegen wie z.B. kognitive Beeinträchtigungen vorliegen, liegen sie vor. Entscheidend ist der Umgang mit bzw. Versorgung der Beeinträchtigung.

II.6

Fraglich ist hier, wann die Empfehlungen des GKV-SV vorliegen wird. Das in der Maßnahmenübersicht angegebene Datum liegt bereits in der Vergangenheit und im Portal des GKV-SV ist die Empfehlung nicht einsehbar.

III. Inklusion durch Personal

Alle nicht näher kommentierten Punkte werden nicht beanstandet und mitunter als elementar wichtig angesehen.

Insbesondere bei medizinischem und pflegerischem Personal ist es wichtig, dass ein Umgang mit Menschen mit mentalen, intellektuellen oder körperlichen Beeinträchtigungen durch Fortbildungen oder in der Ausbildung selbstverständlich wird und nicht mehr die Ausnahme ist.

IV. Inklusives Gesundheitsförderung und Prävention

IV.5 Hier ist besonders die Beteiligung von Menschen für eine barrierefreie Präventionsleistungen zu begrüßen. Hier gilt es insbesondere §§ 20, 20a zu stärken. Insbesondere gilt es im letzten Fall, 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 können. Vergleiche hierzu auch DBR-Positionspapier Seite 11.

V. Inklusive Digitalisierung

V.1 Dies ist ein wichtiger Schritt, wenn nicht gar überfällig.

V.2 Runder Tisch

Ein Runder Tisch bestehend aus Herstellerverbänden und PatientenvertreterInnen ist denkbar, unseres Erachtens nach allerdings **wenig zielführend**.

Grundlage müsste sein, da beim BfArM die Zulassungsvoraussetzungen festgelegt werden, auch das Kriterium der Barrierefreiheit obligatorisch festgelegt werden müsste. Daher muss auch das BfArM am Runden Tisch beteiligt sein. Denn erst dadurch werden verordnungsfähige und von der GKV-finanzierte DiPA und DiGA zugelassen. Herstellerverbände von Medizinprodukten wie der DiPA und DiGA nehmen PatientenvertreterInnen erst wahr, wenn dies auch im Zulassungsverfahren durch das BfArM obligatorische Voraussetzung ist.

Zudem finden die Verhandlungen zu DiGA und DiPA zwischen Herstellern und GKV Spitzenverband statt und insofern der GKV SV auf die Barrierefreiheit der Anwendungen hinzuwirken hat.

Zudem müssten gemäß dem Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) auch barrierefrei sein (§ 12a BITV 2.0). Dies ist erforderlich damit Apps von allen Menschen mit Behinderungen in ihrer Vielfalt genutzt werden können. Zwar findet sich Barrierefreiheit in der DiGAV als Zulassungskriterium, allerdings nur optional. Dies gilt es zu verändern.

vgl. auch I.27

V.3 Die Einbindung der gematik ist unabdingbar bei der Entwicklung von Technologien und Anwendungen. Andernfalls wird ein beträchtlicher Teil der deutschen Bevölkerung nicht mitgedacht.

V.5 Die Einbindung einer niedrighwelligen Widerspruchsmöglichkeit wird sehr von uns begrüßt.

Mit freundlichen Grüßen



Verena Gotzes
Vorstandsvorsitzende



Simone Siebert
Referentin für Gesundheits- und
Sozialpoliti