

Beitrag Nr. 42, 2024

Ein gerechtes Gesundheitssystem?

Über den Zugang zur ambulanten Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen

Mia Sulzbach (Institut für Europäische Gesundheitspolitik und Sozialrecht)

Veröffentlichung: Bochum, den 29.05.2024

Veröffentlichung auf www.gesundheitsrecht.blog/gerechtes-gesundheitssystem

Bibliothekslink: <https://doi.org/10.13154/294-12600>

ISSN: 2940-3170

Empfohlene Zitierweise: *Sulzbach*, Gesundheitsrecht.blog Nr. 42, S.

Zusammenfassung: Der UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen kritisierte im Oktober 2023 die mangelhafte Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland und forderte den Aufbau eines inklusiven Gesundheitswesens. Obwohl der Deutsche Bundestag bereits 2012 die barrierefreie Gestaltung von Arztpraxen binnen zehn Jahren forderte, stellte der Dritte Teilhabebericht des Bundes 2021 fest, dass ein Großteil der Praxen stets nicht barrierefrei ist. Die Bundesregierung sieht die Herstellung von Barrierefreiheit als einen schrittweisen Prozess an, im Rahmen dessen der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz zu berücksichtigen ist. Die Gründe der stets vorherrschenden Barriereunfreiheit sind vielfältig. Im folgenden Text werden die umweltbezogenen Faktoren für den mangelhaften Zugang zu ambulanten Gesundheitsleistungen von Menschen mit Behinderungen sowie die in diesem Kontext relevante Normen näher betrachtet.



Dieser Aufsatz ist lizenziert unter den CreativeCommon-Bedingungen CC BY 4.0.
(abrufbar unter: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>)

A. Gesundheitsstatus von Menschen mit Behinderungen

Der „Normpatient“ im deutschen Gesundheitssystem ist weiß, sozioökonomisch abgesichert, ohne Behinderung, cis-männlich und heterosexuell ausgerichtet.¹ Für Personen, die diese Merkmale nicht aufweisen, ist der Zugang zum Gesundheitssystem erschwert und die Qualität geringer als für den „Normpatienten“. In Deutschland leben ca. 13 Millionen Menschen mit einer Beeinträchtigung², davon 7,8 Millionen Menschen mit Schwerbehinderungen, d.h. mit einem Grad der Behinderung von über 50 %.³ Für sie ist der Zugang zur ambulanten Gesundheitsversorgung in besonderem Maße erschwert.

Besonders defizitär gestaltet sich der Zugang zu medizinischen Leistungen für Personen, die intersektionale Diskriminierungen erleben, wie Frauen* mit Behinderungen.⁴ Beispielsweise ist die gynäkologische Versorgung von Frauen* mit Gehbeeinträchtigung in Deutschland kaum gesichert.⁵ Lediglich ein Drittel aller gynäkologischen Praxen verfügt über einen barrierefreien Zugang und nur ein Viertel über rollstuhlgerechte Räume.⁶ Für eine barrierefreie gynäkologische Vorsorgeuntersuchung sind außerdem barrierefreie Umkleidemöglichkeiten sowie ein höhenverstellbarer Behandlungsstuhl/spezieller Lift erforderlich. Im gesamtdeutschen Raum existieren lediglich fünf auf die gynäkologische Untersuchung von Frauen* mit Behinderungen spezialisierte ambulante Einrichtungen und Sprechstundenangebote.⁷ Ferner ist die gynäkologische Versorgung von Frauen* in Rollstühlen nicht Teil der allgemeinen medizinischen Ausbildung⁸ und höhere Kosten, die durch den

¹ Impuls-Render: Innenbeitrag im Zuge des 3. Diversity in Health-Kongresses (zuletzt abgerufen am 27.02.2024).

² Laut Robert-Koch-Institut sind es schätzungsweise 15,6 %, was bei 83,8 Mio. Bürger:innen rund 13 Mio. Menschen entspricht, *Pritz/Krause, J Health Monit 2022 7 (1), doi.org/10.25646/9751*.

³ Pressemitteilung Destatis, *Destatis.de* (zuletzt abgerufen am 14.03.2024).

⁴ Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen (2021), S. 456.

⁵ *Schülle, Barrieren der Barrierefreiheit - Gesundheitsversorgung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung, Teil 1 - Empirische Erkenntnisse, 2016, S. 7.*

⁶ Robert Koch-Institut, Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis, doi.org/10.25646/6585, 2020, S. 334.

⁷ Robert Koch-Institut, Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis, doi.org/10.25646/6585, 2020, S. 335.

⁸ Generell ist der Umgang und die medizinische Behandlung von Patient:innen mit Behinderungen in Deutschland nicht verpflichtender Teil der medizinischen Ausbildung. Auch Fort- und Weiterbildungen erfolgen auf freiwilliger Basis, sodass viele Ärzt:innen keine Erfahrungen auf diesem Gebiet aufweisen. Wissensdefizite der medizinischen Akteur:innen werden als sektorübergreifende und resistente Barrieren in der Gesundheitsversorgung angesehen (*Bössing et. al. 2019, S. 67f., 77*). Viele Menschen, auch Ärzt:innen haben Unsicherheiten im Umgang mit Menschen mit Behinderungen. Aus: *Richter Kuhlmann, Deutsches Ärzteblatt 110 (38), S.1720 bis 1721; Seidel, Deutsches Ärzteblatt 110 (33-34), S. A1549 bis A1550.*

Mehraufwand im Rahmen der Untersuchungen entstehen⁹, sind im Rahmen der Behandlungsabrechnung nicht vorgesehen, sodass sie nicht regulär abrechenbar sind.¹⁰

Insgesamt kann vermutet werden, dass Frauen* mit Behinderungen wesentlich seltener entsprechende Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen als Frauen* ohne Behinderungen.¹¹ So berichten zumindest behandelnde Frauenärzt:innen.¹² Ob dies tatsächlich zutrifft, kann nicht anhand von Daten bestätigt werden.

Zur Gesundheit von Menschen mit Behinderungen in Deutschland existieren insgesamt nur wenige Daten.¹³ Bei allgemeinen Erhebungen werden Menschen mit Behinderungen häufig nicht berücksichtigt, was u.a. auf einen Mangel an barrierefreien Erhebungsmethoden zurückzuführen ist.¹⁴ Aus den wenigen vorhandenen Daten ergibt sich jedoch, dass Menschen mit Behinderungen eine deutlich schlechtere körperliche und psychische Gesundheit¹⁵ und folglich einen höheren Versorgungsbedarf aufweisen als Menschen ohne Behinderungen.¹⁶ Aus der GEDA-Studie 2014/2015-EHIS des Robert-Koch-Instituts¹⁷ geht hervor, dass nur 21,5% der befragten Personen mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen ihre Gesundheit subjektiv als „gut“ oder „sehr gut“ bewerten (im Vergleich gaben 76 % der Befragten ohne Behinderungen oder Beeinträchtigungen diese Antwort an). 97% der Personen mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen gaben an, innerhalb eines Jahres ambulante ärztliche

⁹ Beispielsweise der zeitliche Mehraufwand wegen Hilfeleistungen beim An- und Ausziehen der Patientin*, Erklärungen und Hilfe beim Gelangen auf den Untersuchungsstuhl. Insbesondere bei Patientinnen mit kognitiven Einschränkungen ist ein vorbereitendes Gespräch in vereinfachter, verständlicher Sprache über die Untersuchung in der Regel notwendig.

¹⁰ Robert Koch-Institut, Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis, doi.org/10.25646/6585, 2020, S. 335.

¹¹ Besonders prekär ist dieser Umstand, da Frauen und Mädchen mit Behinderungen zwei- bis dreimal so häufig Opfer sexualisierter Gewalt sind wie Frauen ohne Behinderungen (BMFSFJ, Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland. Ergebnisse der quantitativen Befragung. Endbericht, BMFSFJ, 2013). Besonders häufig betroffen Frauen und Mädchen, die schwer körperlich und kognitiv beeinträchtigt sind und sich nicht verbal äußern können. Regelmäßige gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen könnten bei diesen Frauen und Mädchen Hinweise auf möglichen sexuellen Missbrauch geben.

¹² Gynäkolog:innen (zB. Hannelore Sonnleitner-Doll in „der Querschnitt“) berichten, dass Patient:innen in Rollstühlen wegen mangelnder barrierefreie Angebote teils mit über 40 Jahren ihre erste gynäkologische Untersuchung vornehmen ließen. „Der Querschnitt“, Das Informationsportal der Manfred Sauer Stiftung.de (zuletzt abgerufen am 14.03.2024).

¹³ Prütz/Krause, J Health Monit 2022 7 (1), doi.org/10.25646/9751, S. 29; ebenso Schülle, Barrieren der Barrierefreiheit - Gesundheitsversorgung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung, Teil 1 - Empirische Erkenntnisse, (2016), S. 3.

¹⁴ Robert Koch-Institut, Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis, doi.org/10.25646/6585, 2020, S. 325.

¹⁵ World Health Organization, World Report on Disability, 2011.

¹⁶ Prütz/Krause, J Health Monit 2022 7 (1), doi.org/10.25646/9751, S. 29.

¹⁷ Im Rahmen der Studie wurden die Daten von 23.372 teilnehmenden Personen ab 18 Jahren, davon 12.747 Frauen und 10.625 Männer, analysiert.

Das Kodier-System ist zudem wegen anderer Gründe kritisierbar. Die Angaben werden freiwillig gemacht und nicht unabhängig kontrolliert.²⁴ Die Aus- und Fortbildungen des Personals umfassen nicht zwingend eine Prüfung der Barrierefreiheit, weshalb nicht gewährleistet werden kann, dass die Angaben fachlich korrekt und hilfreich sind.²⁵ Qualitätssichernde Maßnahmen sind nicht vorgesehen. Ferner können zwar mehrere Kriterien der Barrierefreiheit ausgewiesen werden, dabei werden jedoch nicht alle notwendigen Kriterien einbezogen, sodass die Kennzeichnungen im Einzelfall unzuverlässig über die Zugänglichkeit und Nutzbarkeit einer Praxis für Menschen mit bestimmten Beeinträchtigungsformen Auskunft geben.²⁶

Da Menschen mit Behinderungen eine heterogene Gruppe darstellen, die unterschiedlichen Barrieren begegnen, muss der Begriff der Barrierefreiheit weit verstanden werden. Ein solches, weites Verständnis hat der Gesetzgeber in § 4 des Behindertengleichstellungsgesetz des Bundes (BGG) durch die folgende Definition festgelegt: *Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, (...) wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind. Hierbei ist die Nutzung behinderungsbedingt notwendiger Hilfsmittel zulässig.*

Diese Definition begrenzt sich nicht auf bauliche Barrieren, sondern erfasst jede denkbare Art von Barrieren für Menschen mit Behinderungen, folglich auch visuelle, auditive, kognitive und weitere.²⁷ Ziel ist die Gleichstellung im öffentlichen Bereich durch barrierefrei gestaltete Lebensbereiche und die Beseitigung von Barrieren räumlicher sowie kommunikativer Art.²⁸ Umgangssprachlich ausgedrückt bedeutet Barrierefreiheit i. d. S., dass Praxen von jeder Person mit Behinderungen ohne fremde Hilfe besucht und Behandlungen vollumfänglich vorgenommen werden können. Dieses umfassende Verständnis müsste konsequenterweise

²⁴ Die letzte Bundesregierung (2020) erachtete eine unabhängige Überprüfung weder für praktikabel noch für umsetzbar und plant sie aus diesem Grund nicht in Zukunft. BT-Drs. 19/23214, S. 7.

²⁵ Erklärung der Beauftragten von Bund und Ländern für Menschen mit Behinderungen (2020), Kassenärztliche Vereinigungen kommen ihrem Sicherstellungsauftrag zur barrierefreien vertragsärztlichen Versorgung nicht nach, <https://www.lbbp.nrw.de/system/files/media/document/file/Gemeinsame%20Erkl%C3%A4rung%20von%20Bund%20und%20L%C3%A4nder%20barrierefreie%20Arztpraxen.pdf> (zuletzt abgerufen am 14.03.2024).

²⁶ Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen, 2021, S. 430.

²⁷ *Welti*, in: *Welke*, UN-Behindertenrechtskonvention mit rechtlichen Erläuterungen, 2012, S. 130.

²⁸ BT-Drs. 14/7420, Gesetzesbegründung BGG, S. 17, S. 19.

auch im Rahmen des o. g. Kodier-Systems maßgeblich sein, da je nach Art der Einschränkung stark divergierende Vorkehrungen zur Reduktion von Barrieren erforderlich sind.²⁹

Mit etwa 21% der Gesamtzahl an allgemeinmedizinischen Ärzt:innenpraxen ist die am stärksten verbreitete Art der barrierefreien Praxis diejenige, die barrierefrei für mobilitätseingeschränkte Menschen ist.³⁰ Diese Praxen verfügen jedoch nicht alle ebenfalls über höhenverstellbare Untersuchungsmöbel und barrierefrei Sanitäranlagen. Diese zusätzlichen Voraussetzungen weisen je Kriterium bloß ca. 10% der erfassten Praxen auf.³¹ Für Menschen mit Hörbehinderungen sind 20 % der Praxen barrierefrei zugänglich.³² 7 % aller erfassten Praxen verfügen über Orientierungshilfen für Sehbehinderte.³³ Am niedrigsten, mit nur 1,5 % von der Gesamtzahl der erfassten Ärzt:innenpraxen in Deutschland, liegt die Zahl der Praxen, die für Menschen mit kognitiven Einschränkungen barrierefrei sind.³⁴ Lediglich 11 % aller erfassten Praxen erfüllen drei oder mehr der insgesamt zwölf Kriterien der Barrierefreiheit.³⁵

Erschwerend kommt hinzu, dass barrierefreie Praxen gehäuft in Ballungsgebieten angesiedelt sind, im ländlichen Raum finden sich lediglich vereinzelt barrierefreie medizinische Einrichtungen.³⁶ Die nicht flächendeckend bestehenden medizinischen Versorgungsmöglichkeiten bedeuten für Menschen mit Behinderungen oft lange Anfahrtswege, die Inanspruchnahme fremder Hilfe, einen erheblichen organisatorischen Mehraufwand und ein immenses Hindernis in der selbstbestimmten Lebensführung.

²⁹ Dies können beispielsweise flexible Untersuchungsmöbel, Lifte, Leitsysteme für sehbehinderte Menschen sowie barrierefreie Terminvereinbarungen, Kommunikation innerhalb der Praxis und Informationen, etwa in Gebärden- oder Leichter Sprache sein.

³⁰ Bei der Erhebung nahmen lediglich sieben Kassenärztliche Vereinigungen (Brandenburg, Sachsen, Thüringen, Saarland, Westfalen-Lippe, Hamburg, Rheinland-Pfalz) teil, sodass die Angabe bloß einen Durchschnittswert der Praxen der sieben teilnehmenden Kassenärztlichen Vereinigungen darstellt. Zwischen den einzelnen Bundesländern bestanden erhebliche Unterschiede bzgl. des prozentualen Anteils an barrierefreien Praxen i.d.S. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen, 2021, S. 432.

³¹ Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen, 2021, S. 433.

³² Wegen der Freiwilligkeit der Angaben bleibt jedoch weitestgehend unklar, inwieweit den Barrieren hörbehinderter Personen in diesen Praxen tatsächlich abgeholfen wird.

³³ Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen, 2021, S. 434.

³⁴ Stiftung Gesundheit.de (zuletzt abgerufen am 23.01.2024). Allgemein ist die Versorgung von Menschen mit geistigen und komplexen Behinderungen höchst unzureichend. Näheres dazu in *Grüter*, in: *Baumeister/Schwegler/Woopen*, Facetten von Gesundheitskompetenz in einer Gesellschaft der Vielfalt, 2023, S. 79ff.

³⁵ https://www.lebenshilfe.de/fileadmin/Redaktion/PDF/Wissen/public/Positionspapiere/Positionspapier_BVLH_2020-09_Gesundheitliche_Versorgung_von_Menschen_mit_Behinderung_verbessern.pdf (zuletzt abgerufen am 23.05.2024), S. 4.

³⁶ <https://www.lbbp.nrw.de/system/files/media/document/file/Gemeinsame%20Erkl%C3%A4rung%20von%20Bund%20und%20L%C3%A4nder%20barrierefreie%20Arztpraxen.pdf> (zuletzt abgerufen am 23.05.2024).

Statistisch gesehen haben Personen mit Behinderungen ein erheblich höheres Risiko, neben ihrer Behinderung an einer Begleit- oder Folgeerkrankung wie beispielsweise Herz-Kreislaufproblemen, wiederkehrenden Atemwegsinfektionen, epileptischen Anfällen oder sensorischen Integrationsstörungen zu erkranken, weshalb in vielen Fällen eine kontinuierliche und intensive medizinische und therapeutische Versorgung erforderlich ist. Auch depressive Symptomatiken werden bei Menschen mit Behinderungen signifikant häufiger festgestellt als bei Menschen ohne Behinderungen.³⁷ Die Behandlung psychischer Erkrankungen ist für Menschen mit Behinderungen jedoch ebenfalls erheblich erschwert, da es insbesondere an barrierefreien Praxen im psychologischen und psychiatrischen Bereich mangelt. Lediglich 18 % aller erfassten Praxen von Psychiater:innen, Neurolog:innen und Nervenärzt:innen, die als ärztliche Psychotherapeut:innen tätig sind, sind barrierefrei, wobei lediglich der Zugang zu den Räumlichkeiten (Türen,...) gemeint ist. Über barrierefreie Sanitäranlagen verfügen bloß 9 % dieser Praxen. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie sind lediglich 9 % der Praxen barrierefrei zugänglich und nur 3 % verfügen über barrierefreie Sanitäranlagen.³⁸

C. Rechtliche Bewertung

Aufgrund der Tatsache, dass es sich bei Zugangshindernissen zu Gesundheitsleistungen nicht um einen Umstand handelt, den eine einzelne Person mit Behinderung beeinflussen, geschweige denn abhelfen könnte, trifft den Staat eine Einstandsverantwortung.³⁹ Diese findet rechtlich verschiedene Ursprünge.

I. Völkerrecht

1948 wurde das Recht auf Gesundheit in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte als Teil des Rechts auf einen angemessenen Lebensstandard anerkannt. 1966 wurde es im Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Menschenrechte (UN-Sozialpakt) eigenständig anerkannt.⁴⁰ Deutschland trat dem Pakt 1973 bei, sodass das Abkommen völkerrechtlich für die BRD verbindlich ist.⁴¹ Die Staaten haben für Verfügbarkeit (funktionierende Gesundheitsinfrastrukturen), offenen Zugang (diskriminierungsfrei für alle

³⁷ Den Ergebnissen der GEDA-Studie (Gesundheit in Deutschland aktuell, 2014/ 2025) zufolge bestand bei 32,3% der befragten Frauen und 23 % der befragten Männer mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen eine depressive Symptomatik. Bei den Befragten ohne Behinderungen und Beeinträchtigungen waren es 8,6% der Frauen und 6,3% der Männer, vgl. *Prütz/Krause*, J Health Monit 2022 7(1), doi.org/10.25646/975, S. 33.

³⁸ Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen, 2021, S. 434f.

³⁹ *Kießling*, Das Recht der öffentlichen Gesundheit, 2023, S. 167.

⁴⁰ *Krennerich*, ZfMR 2/2015, 8–35.

⁴¹ Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, www.bmz.de/ (zuletzt abgerufen am 21.04.2024).

Menschen), Annehmbarkeit (Berücksichtigung der Grundsätze medizinischer Ethik sowie kulturelle, gender- und altersbedingte Besonderheiten) und Qualität der Gesundheitsversorgung Sorge zu tragen.⁴² Konkret auf die Rechte von Menschen mit Behinderungen geht die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) näher ein. Art. 25 3 a, Art. 25 3 c sowie Art. 26 UN-BRK erfassen die Verpflichtung der Vertragsstaaten, Menschen mit Behinderungen einen gleichberechtigten, unentgeltlichen oder erschweringlichen Zugang zur gemeindenahen Gesundheitsversorgung im gleichen Maße wie für andere Menschen zu ermöglichen und wirksame und geeignete gesundheitsbezogene Maßnahmen zu treffen, um beeinträchtigte Menschen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit sowie die volle Teilhabe und Teilnahme an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Ferner sichert Art. 3 UN-BRK Menschen mit Behinderung u.a. Zugänglichkeit zu, was durch Art. 9 I 1 BRK als „gleichberechtigter Zugang“ näher definiert wird. Gemäß Art. 9 I 2 a BRK gilt die Pflicht zur Herstellung der Zugänglichkeit explizit auch hinsichtlich medizinischer Einrichtungen. Art. 31 UN-BRK erfasst eine Pflicht zur Erhebung von Gesundheitsdaten. Eine konsequente Umsetzung dieser Pflicht und ein dadurch gewährleisteter verlässlicher Gesundheitsdatenbestand wären relevant, um politische Handlungsbedarfe im Gesundheitssektor bestimmen zu können.

Die BRD hat die UN-BRK⁴³ am 24. Februar 2009 ratifiziert,⁴⁴ wodurch sie sich als Vertragsstaat verpflichtet hat, den Bestimmungen nachzukommen. Der obig beschriebene Zustand ambulanter Praxen ist mit den Forderungen der UN-BRK unvereinbar.

Die Geltendmachung der aus der UN-BRK erwachsenden Rechte ist jedoch komplex. Die Normen sind zwar Teil der deutschen Rechtsordnung⁴⁵ und müssten aus diesem Grund durch alle staatlichen Stellen der vollziehenden und rechtsprechenden Gewalt berücksichtigt werden,⁴⁶ es vermitteln jedoch nicht sämtliche Normen subjektive Ansprüche, die einklagbar sind. Zudem finden nicht alle Artikel unmittelbar Anwendung. Die Umsetzungsform ist von der Ausgestaltung der Vertragsnorm, insbesondere deren inhaltlichen Bestimmtheit,⁴⁷ dem

⁴² www.bpb.de/gesundheits-als-menschenrecht (2020) (zuletzt abgerufen am 20.04.2024).

⁴³ Sowie auch das dazugehörige Fakultativprotokoll.

⁴⁴ *Kotzur/Richter*, in *Welke*, UN-Behindertenrechtskonvention mit rechtlichen Erläuterungen, 2012, S. 81.

⁴⁵ *Aichele*, AnwBL 10/ 2011, 727.

⁴⁶ Das Bundesverfassungsgericht sieht in ständiger Rechtsprechung die Verabschiedung eines solchen Vertragsgesetzes als Grundlage, um die menschenrechtlichen Normen innerstaatlich zur Anwendung zu bringen, Art. 59 II GG i.V.m. Art. 20 III GG.

⁴⁷ *Aichele*, AnwBL 10/ 2011, 728.

nationalen Verfassungsrecht sowie dessen Öffnung in den staatenübergreifenden Raum abhängig.⁴⁸ So wurde die UN-BRK zwar als gesamter Vertrag transformiert und ist damit geltendes Recht auf Bundesebene,⁴⁹ angewandt wird sie jedoch maßgeblich im Rahmen der Auslegung des Verfassungs- und einfachen Rechts im Rahmen der Entscheidungsfindung (sog. *menschenrechtskonforme Auslegung*).⁵⁰ Zudem wurden die Leitsätze der UN-BRK durch eine Vielzahl von Gesetzen, Verordnungen und Plänen im nationalen Recht verankert.

II. Verfassungsrecht

In der deutschen Verfassung existiert kein Grundrecht auf Gesundheit als solches, es finden sich jedoch verschiedene Anknüpfungspunkte, aus denen sich eine Pflicht des Staates zur Schaffung und Aufrechterhaltung eines inklusiven Gesundheitssystems ableiten lässt.

Zunächst ist der deutsche Staat wegen Art. 1 I GG dazu verpflichtet, die Menschenwürde zu schützen. Dieser Schutzauftrag i. V. m. dem Sozialstaatsprinzip aus Art. 20 I GG beinhaltet die Pflicht zur Sicherung des Existenzminimums.⁵¹ Der ausreichende Zugang zur Gesundheitsversorgung stellt einen Bestandteil des Existenzminimums sowie ein individuelles Teilhaberecht dar (sog. *medizinisches Existenzminimum*).⁵² Das Sozialstaatsprinzip ist zudem inhaltlich eng mit dem Benachteiligungsverbot aus Art. 3 III 2 GG verbunden. Dieser besondere Gleichheitsgrundsatz gebietet, dass kein Mensch wegen seiner Behinderungen benachteiligt werden darf. Die Nähe zwischen dem Sozialstaatsprinzip und dem Benachteiligungsverbot hat dann besondere Relevanz, wenn es um die Frage der Nachteilsvermeidung bestimmter staatlicher Leistungen, wie etwa Gesundheitsleistungen, geht.⁵³ Der Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten innerhalb der Gesellschaft als Frage der sozialen Gerechtigkeit zählt originär zu dem Aufgabenbereich des Sozialstaats⁵⁴ und es besteht eine Gewährleistungsverantwortung des Staates für ein bedarfsgerechtes, flächendeckendes Gesundheitssystem.⁵⁵ Verknüpft man diese Gewährleistungsverantwortung mit dem Inhalt des Benachteiligungsverbots, so muss "bedarfsgerecht" als „an den Bedarfen von Menschen mit Behinderungen ausgerichtet“

⁴⁸ *Kotzur/Richter*, in *Welke*, UN-Behindertenrechtskonvention mit rechtlichen Erläuterungen, 2012, S. 81.

⁴⁹ *Kotzur/Richter*, in *Welke*, UN-Behindertenrechtskonvention mit rechtlichen Erläuterungen, 2012, S. 84.

⁵⁰ *Aichele*, AnwBL 10/ 2011, 728.

⁵¹ BVerfGE 1 BvL 1/09.

⁵² BSG BeckRS 2008, 53996.

⁵³ *Nußberger*, in: *Sachs*, Grundgesetz Kommentar, 9. Aufl., 2021, Art. 3 GG, Rn. 310.

⁵⁴ *Kießling*, Das Recht der öffentlichen Gesundheit, 2023, S. 115.

⁵⁵ www.bpb.de/gesundheits-als-menschenrecht (2020) (zuletzt abgerufen am 20.04.2024).

verstanden werden. Somit ist der soziale Rechtsstaat in der Pflicht, den Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Bürger:innen zu gewährleisten.⁵⁶

Somit ist die BRD auch verfassungsrechtlich verpflichtet, ein Gesundheitssystem zu schaffen, dass an die Bedarfe von Menschen mit Behinderungen angepasst und für sie zugänglich ist. In der Durchsetzung ergeben sich jedoch einige Hindernisse. So lassen sich aus den obigen genannten Grundlagen keine konkrete Handlungspflichten ableiten und die Umsetzung sozialpolitischer Maßnahmen obliegt allein dem Gesetzgeber.⁵⁷

III. Einfaches Recht

Auch im einfachen Recht existiert kein Gesetz, das den Zugang zu Gesundheitsleistungen umfassend regelt. Aspekte, die den Zugang zu Gesundheitsleistungen in rechtlicher und/oder tatsächlicher Hinsicht beeinflussen, finden sich zersplittert in verschiedenen Rechtsgebieten.

1. Baurecht

Insbesondere durch die Normen des Baurechts könnte Barrierefreiheit hinsichtlich der Räumlichkeiten medizinischer Einrichtungen gesetzlich klar vorgegeben werden.

a) Bauplanungsrecht

Im Bauplanungsrecht finden sich keine Regelungen, die die Berücksichtigung von Barrierefreiheit in der Bauplanung explizit vorschreiben. Denkbar ist es, Barrierefreiheit über § 1 IV BauGB in Bauleitplänen Bedeutung zukommen zu lassen.⁵⁸ Ebenso kann § 1 VI Nr. 3 BauGB dahingehend ausgelegt werden, dass Barrierefreiheit bei der Erstellung der Bauleitpläne zu berücksichtigen ist.⁵⁹ Nach der Norm gehören die sozialen und kulturellen Bedürfnisse der Bevölkerung, worunter u.a. die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen fallen, zu den Belangen, die im Rahmen der Erstellung von Bauleitplänen zu berücksichtigen sind.⁶⁰ Wie Barrierefreiheit im Bebauungsplan umgesetzt wird, steht jedoch im planerischen Ermessen. Vereinzelt nehmen Gerichte eine ermessenssteuernde Wirkung der Barrierefreiheit in Fällen ohne entgegenstehende Planung an.⁶¹

⁵⁶ *Welti*, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, 2005, S. 574.

⁵⁷ *Kießling*, Das Recht der öffentlichen Gesundheit, 2023, S. 120ff.

⁵⁸ Dafür müsste Barrierefreiheit als Ziel der Raumordnung im Sinne des § 3 I Nr. 2 ROG formuliert werden.

⁵⁹ OVG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 3. März 2021, Az. 8 C 11363/20, juris.

⁶⁰ Aus der Anordnung der Belange innerhalb der Norm, in der die Belange behinderter Menschen gleichberechtigt neben den anderen Belangen stehen, ergibt sich, dass der Barrierefreiheit nicht der Rang eines planerischen Optimierungsgebots zukommt.

⁶¹ VG Karlsruhe, Urteil vom 11. September 2014, Az. 2 K 1499/14, juris.

Im Bereich des Bauplanungsrechts kommt der Barrierefreiheit folglich keine exponierte Bedeutung zu. Es wäre denkbar, die Barrierefreiheit explizit in § 1 BauGB als baurechtlich relevanten Belang aufzunehmen. Dabei wäre es denkbar und wünschenswert, wenn ein Vorrang der Barrierefreiheit gegenüber anderen Belangen in öffentlich zugänglichen Gebäuden durch Wortlaut und Systematik der Normen klar gekennzeichnet würde. Schon jetzt besteht zumindest eine Pflicht zur konventions- und verfassungskonformen Auslegung, sodass der Barrierefreiheit ein Vorrang zukommt.

b) Bauordnungsrecht

Die Bauordnungen der Länder sind in Bezug auf Vorgaben zur Barrierefreiheit wesentlich konkreter. Sämtliche Landesbauordnungen enthalten Vorgaben zur Barrierefreiheit, die einzuhalten sind, um Baugenehmigungen für Neu- und Umbauten zu erhalten. So gehen § 51 LBauO RLP und weitere, zwar mit kleineren Unterschieden – im Kern jedoch vergleichbar – auf das Erfordernis der Berücksichtigung von Barrierefreiheit ein.⁶² Im Einzelnen ergeben sich die konkreten Bestimmungen aus der DIN-Norm 18040.⁶³ Hinsichtlich medizinischer Einrichtungen wird im Rahmen der Landesbauordnungen recht einheitlich vorgegeben, dass der Teil des Gebäudes, der für den Zugang der Öffentlichkeit vorgesehen ist,⁶⁴ sowie die Zuwege grundsätzlich barrierefrei sein müssen. Zudem müssen barrierefreie Toilettenräume und PKW-Stellplätze in einer dem Bedarf entsprechenden Anzahl vorhanden und entsprechend gekennzeichnet sein.⁶⁵

Zu diesem Grundsatz gibt es jedoch Ausnahmetatbestände. So sehen alle Landesbauordnungen einen Ausnahmetatbestand als gegeben, wenn für die Errichtung einer barrierefreien baulichen Anlage ein unverhältnismäßiger Mehraufwand betrieben werden müsste.⁶⁶ Maßgeblich soll

⁶² Von der Bauminister:innenkonferenz (ARGEBAU) wurde eine Musterbauordnung zur Vereinheitlichung des Landesrechts bereitgestellt. Die Vorschriften der jeweiligen Landesbauordnungen orientieren sich überwiegend an den Vorgaben dieser MBO. § 50 II MBO sieht vor, dass öffentlich zugängliche bauliche Anlagen (nicht gleichzusetzen mit öffentlichen Einrichtungen, VGH Mannheim BeckRS 2004, 24864) für den allgemeinen Besucher:innenverkehr barrierefrei nutzbar sein müssen. In einer Aufzählung solcher öffentlicher Anlagen wegen auch Ärzt:innenpraxen genannt. Für die Einordnung als öffentlich zugängliche bauliche Anlage ist es unerheblich, ob die Nutzung gegen Entgelt oder gratis möglich ist, es kommt vielmehr darauf an, dass sie nicht allein einem bestimmten Personenkreis offenstehen soll.

⁶³ *Fuerst*, in: *Deinert/Welti/LuiK/Brockmann*, Stichwort-Kommentar Behindertenrecht, 2022, Rn. 7.

⁶⁴ Ausgenommen sind beispielsweise Büroräume, Küchenräume und Lagerräume einer Praxis sowie andere Räume, die nicht für den allgemeinen Besucher- und Benutzerverkehr bestimmt sind.

⁶⁵ Die Einschränkung darf nicht dahingehend missverstanden werden, dass die barrierefreie Nutzbarkeit von vornherein auf einen Teil der Anlage beschränkt werden darf. Separierte, barrierefreie Räumlichkeiten, die getrennt sind von den übrigen Räumlichkeiten erfüllen nicht die Voraussetzungen des barrierefreien Bauens und sind nicht mit dem Ziel der Inklusion vereinbar, da sie eine Sonderbestellung und damit die Ausgrenzung der Personen, die keinen Zugang haben, verfestigen.

⁶⁶ Maßgeblich ist das Erreichen bzw. Überschreiten einer Zumutbarkeitsgrenze.

dabei nicht die wirtschaftliche, sondern die bauliche Nutzbarkeit des Grundstücks sein.⁶⁷ Einige Landesbauordnungen begrenzen das Vorliegen eines unverhältnismäßigen Mehraufwands auf konkrete Fälle wie etwa schwierige Geländeverhältnisse, ungünstige vorhandene Bebauung, die Sicherheit der Menschen mit Behinderungen oder alter Menschen oder auf den Einbau eines sonst nicht erforderlichen Aufzugs.⁶⁸ Der letztgenannte Ausnahmefall zeigt, dass unter Umständen sehr wohl wirtschaftliche Erwägungen der Barrierefreiheit entgegen stehen können.

Durch die Ausnahmetatbestände sollen die Grundrechte der Bauherr:innen aus Art. 14 GG geschützt werden.⁶⁹ In einer Abwägung kontrahiert das Interesse an der freien baulichen Nutzung des Eigentums der Bauherr:innen mit den Belangen des Gemeinwohls, unter die auch die Barrierefreiheit fällt. Die soziale Funktion und soziale Bedeutung des Eigentums können dabei Einschränkungen der Eigentümerin rechtfertigen. Klagen von Bauherr:innen, die Ausnahmen von den gesetzlichen Vorgaben zur Herstellung von Barrierefreiheit begehrt, haben in der Regel keine sonderlich großen Erfolgsaussichten,⁷⁰ weshalb die verwaltungsgerichtliche Rechtsprechung z. T. als „barrierefreiheitsfreundlich“ bezeichnet wird.

Problematisch ist, dass die Bauaufsichtsbehörden in ihrer Genehmigungspraxis großzügige Ausnahmen von der grundsätzlich vorgegebenen Barrierefreiheit zulassen können. Hinzu kommt, dass behördliche Prüfungen wegen der weitreichenden Genehmigungsfreistellung bzw. der bloßen Pflicht zur Bauanzeige und der Möglichkeit zum vereinfachten Genehmigungsverfahren hinsichtlich vieler Bauvorhaben gar nicht oder nur eingeschränkt stattfinden.⁷¹ Insbesondere in Bundesländern, deren Landesbauordnung weitreichende

⁶⁷ Bestrebungen, die für die Herstellung der Barrierefreiheit aufzuwendenden Mehrkosten auf einen bestimmten Prozentsatz der Gesamtkosten zu begrenzen, werden kritisch gesehen, so OVG LSA, Urteil vom 16. Dezember 2010, Az. 2 L 246/09, juris.

⁶⁸ zB. § 54 III HBO, § 49 III NauO NRW, § 49 III BauO LSA.

⁶⁹ *Fuerst*, in: *Deinert/Welti/LuiK/Brockmann*, Stichwort-Kommentar Behindertenrecht, 2022, Rn. 9.

⁷⁰ Beispielsweise urteilte das OVG Lüneburg, dass es in einem Neubau, in welchem mehrere Praxen verschiedener Fachrichtungen in unterschiedlichen Stockwerken angesiedelt sind, nicht ausreicht, wenn im Erdgeschoss des Gebäudes ein „Funktionsraum“ zur Behandlung von Menschen mit Behinderungen hergerichtet wird und die eigentlichen Praxisräumlichkeit in nicht barrierefreien Teilen des Gebäudes verortet sind. Der Bauherr führte an, er habe dadurch die notwendige Barrierefreiheit hergestellt und ein Aufzug sei mit zu hohen Kosten verbunden. Das Gericht lehnte die Ausnahmegenehmigung ab unter der Begründung, dass ein barrierefreier Sonderraum im Erdgeschoss nicht mit dem Zweck der gesetzlichen Vorgabe zur Barrierefreiheit, Menschen mit Behinderungen keine Barrieren für ihre soziale Teilhabe entgegenzusetzen, nicht vereinbar ist und durch eine solche Sonderbehandlung die Diskriminierung den Betroffenen noch einmal verstärkt vor Augen gehalten würde (OVG Lüneburg, Urteil vom 25. April 2006, Az. 1 LA 264/05, juris).

⁷¹ *Fuerst*, in: *Deinert/Welti/LuiK/Brockmann*, Stichwort-Kommentar Behindertenrecht, 2022, Rn. 10.

Freistellungen von der Genehmigungspflicht von Bauvorhaben vorsieht⁷², steht dies der Umsetzung der Barrierefreiheit entgegen.⁷³

Ein weiterer möglicher Grund für mangelnde räumliche Barrierefreiheit ist, dass die einschlägigen Regelungen mit anderen Regelungen, beispielsweise solchen aus dem Denkmalschutz oder Brandschutz, kollidieren und die Barrierefreiheit im Falle einer Kollision keinen Vorrang genießt.⁷⁴ Besonders häufig muss die Barrierefreiheit in einer Abwägung gegenüber Sicherheitserwägungen zurücktreten. Insbesondere wenn ein unverhältnismäßiger Mehraufwand für die Gewährleistung der Sicherheit von Menschen mit Behinderungen in Frage steht, kann von Barrierefreiheit abgesehen werden. So können Brandschutzbestimmungen dazu führen, dass in Fluren, Treppenhäusern, etc. die Vorgaben zu Barrierefreiheit nicht umgesetzt werden müssen. In dieser Abwägung zwischen dem Recht auf diskriminierungsfreien Zugang und der Erfüllung von Schutzpflichten zugunsten hochrangiger Rechtsgüter wie Leib und Leben kann es verhältnismäßig sein, wenn die Barrierefreiheit zurückgestellt wird. In vielen Fällen könnte jedoch gleichermaßen beide Interessen bedient werden, indem finanziell aufwändigere Maßnahmen wie ein Aufzug an der Außenseite des Gebäudes betrieben werden.

Bauordnungsrechtlich ist die Herstellung von Barrierefreiheit folglich grundsätzlich vorgesehen, wobei je nach Landesrecht unterschiedlich stark ausgeprägte Ausnahmeregelungen existieren. Damit flächendeckende Barrierefreiheit tatsächlich eines Tages zur Realität werden kann, dürfen wirtschaftliche Aspekte künftig nicht weiterhin zur Begründung einer Ausnahme ausreichen. Das vorangestellte betrifft jedoch lediglich solche Gebäude, für die eine Baugenehmigung erforderlich ist, also Neu-, Um- und Erweiterungsbauten. Ärzt:innenpraxen, die in Bestandsgebäuden angesiedelt sind, sind davon nicht betroffen, sodass für die Pflicht zur Herstellung von Barrierefreiheit andere Rechtsbereiche betrachtet werden müssen.

2. SGB V

Gemäß § 2a SGB V ist bei der Leistungserbringung im Gesundheitssystem den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen. Dieses Prinzip ist bei der Auslegung des gesamten Krankenversicherungsrechts zu beachten, um Menschen mit

⁷² Beispielsweise in Bayern, § 58 BayBO.

⁷³ Bayern belegt beispielsweise den 13. Platz in einem Ländervergleich bezüglich der Barrierefreiheit der ambulanten medizinischen Einrichtungen. [Pressemitteilung vdek](#) (zuletzt abgerufen am 26.05.2024).

⁷⁴ *Welti*, in: *Welke*, UN-Behindertenrechtskonvention mit rechtlichen Erläuterungen, 2012, S. 132.

Behinderungen vor Benachteiligungen zu schützen und sie angemessen im sozialen Rechtsstaat zu berücksichtigen.⁷⁵ Ferner sind die Regelungen der UN-BRK zu beachten.⁷⁶

Gemäß § 70 I 1 SGB V haben die gesetzlichen Krankenkassen und Leistungserbringer:innen eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Gemäß § 72 SGB V sind die Krankenversicherungen und die Leistungserbringer:innen verpflichtet, die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung der Versicherten in Deutschland sicherzustellen (*sog. Sicherstellungsauftrag*).⁷⁷ § 72 SGB V regelt zudem, dass die Zugänglichkeit der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgungseinrichtungen durch die Krankenkassen samt ihrer Verbände in den Gesamtverträgen mit den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu regeln ist.⁷⁸ Gemäß § 75 SGB V haben die Krankenversicherungen den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber Gewähr dafür zu übernehmen, dass die Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen entspricht (*sog. Gewährleistungspflicht*). Der § 76 I SGB V soll allen gesetzlich Versicherten in Deutschland das Recht auf freie Ärzt:innenwahl sichern. Es soll den Patient:innen frei stehen, sich von einer Ärztin ihres Vertrauens behandeln zu lassen und diese Ärztin frei auswählen zu können (*sog. Recht auf freie Ärzt:innenwahl*).⁷⁹

Die gesetzlichen Krankenkassen und die Leistungserbringer:innen erfüllen diese Aufgaben und Verpflichtungen ungenügend. Versicherte mit Behinderungen weisen einen erhöhten Bedarf an gesundheitlicher Versorgung auf und haben gleichzeitig wesentlich geringe Möglichkeiten, diesen Bedarf zu decken. Die Zugangsmöglichkeiten entsprechen nicht den gesetzlich durch § 4 BGG, die Verfassung und die UN-BRK vorgegebenen Standards. Auch die freie Ärzt:innenwahl ist gegenwärtig für Versicherte mit Behinderung weder in gleichem Umfang noch in derselben Qualität oder demselben Standard gewährleistet wie für Versicherte ohne Behinderung.⁸⁰ Ohne umfassende und flächendeckende Barrierefreiheit im Gesundheitssystem

⁷⁵ Welti, in: *Becker/Kingreen*, SGB V Kommentar, 8. Aufl., 2022, § 2a, Rn. 1.

⁷⁶ Welti, in: *Becker/Kingreen*, SGB V Kommentar, 8. Aufl., 2022, § 2a, Rn. 5.

⁷⁷ Huster/Münkler, in: *Becker/Kingreen*, SGB V Kommentar, 8. Aufl., 2022, § 72, Rn. 1.

⁷⁸ Welti, in: *Welke*, UN-Behindertenrechtskonvention mit rechtlichen Erläuterungen, 2012, S. 182.

⁷⁹ Lang, in: *Becker/Kingreen*, SGB V Kommentar, 8. Aufl. 2022, § 72, Rn. 3.

⁸⁰ Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen, 2021, S. 430ff.

kann die gesundheitliche Versorgung für Versicherte mit Behinderungen nicht gewährleistet werden und eine Benachteiligung i. S. d. § 2a SGB V liegt unausweichlich vor.

Durch Erhebung von Daten und einer darauf basierenden Planung der gesundheitlichen Versorgung könnte diesem Zustand abgeholfen werden. Einen die Bedarfe der Versicherten darstellenden Plan stellt der sog. Bedarfsplan da. Der Bedarfsplan ist gemäß § 99 SGB V von den Kassenärztlichen Vereinigungen⁸¹ auf Landesebene zu erstellen, um die Sicherstellung der gemeindenahen vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung zu gewährleisten und den Versorgungsstand aktuellen Entwicklungen anpassen zu können. Der Bedarfsplan gilt als zentrales Instrument im Rahmen der Dokumentation und Analyse des regionalen Versorgungsstands.⁸² Aus ihm können, sofern die Versorgungsentwicklungen eines Planungsgebietes es wegen einer (drohenden) Unter- oder Überversorgung erforderlich machen, konkrete Maßnahmen i. S. d. §§ 100ff. SGB V abgeleitet werden.⁸³ Bei der Erstellung des Bedarfsplans sind Organisationen zu beteiligen, die auf Landesebene die Interessen von Versicherten und chronisch kranken sowie behinderten Menschen wahrnehmen.⁸⁴ Gegenwärtig ist es so, dass die Barrierefreiheit nur in Sonderfällen in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden muss, etwa im Falle einer Nachbesetzung eines Vertragsärzt:innensitzes, vgl. § 103 V 5 Nr. 8 SGB V. Ferner kann in Ausnahmefällen bei regionalen Besonderheiten von den Bedarfsplan-Richtlinien abgewichen werden.⁸⁵

Eine Unterversorgung i. S. v. § 100 SGB V liegt vor, wenn in bestimmten Planungsbereichen Vertragsärzt:innensitze, die im Bedarfsplan ausgewiesen sind, dauerhaft nicht besetzt werden können und den Versicherten dadurch die Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen unzumutbar erschwert ist.⁸⁶ Setzt man diese Definition in Verbindung mit dem Versorgungsstand von Menschen mit Behinderungen, so fällt auf, dass der Gesetzgeber bei der Gestaltung der Normen Situationen wie die Vorliegende nicht berücksichtigt haben kann. So ist die Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen für Menschen mit Behinderungen

⁸¹ Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben dabei im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach Maßgabe der vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien zu agieren.

⁸² *Kaltenborn*, in: *Becker/Kingreen*, SGB V Kommentar, 8. Aufl., 2022, § 99, Rn. 5.

⁸³ Begriffslexikon der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu „Bedarfsplan“, <https://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php#:~:text=Der%20Bedarfsplan%20ist%20das%20Hauptinstrument,%C3%96ffentlichkeit%20zur%20Verf%C3%BCgung%20gestellt%20werden> (zuletzt abgerufen am 22.03.2024).

⁸⁴ *Kaltenborn*, in: *Becker/Kingreen*, SGB V Kommentar, 8. Aufl., 2022, § 99, Rn. 7. Auf schriftliche Anfrage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, wer in Hessen eine solche Interessenvertretung für Menschen mit Behinderungen darstellt, wurde am 04.04.2024 ebenfalls schriftlich mitgeteilt, dass der Kassenärztlichen Vereinigung derzeit keine spezifische Ansprechperson bekannt sei.

⁸⁵ BT-Drs. 19/21310, S. 6.

⁸⁶ *Kaltenborn*, in: *Becker/Kingreen*, SGB V Kommentar, 8. Aufl., 2022, § 100, Rn. 2.

unzumutbar erschwert, dies ist jedoch nicht (allein) darauf zurückzuführen, dass in gewissen Planungsbereichen Kassensitze dauerhaft unbesetzt sind. Vielmehr begründet sich der Mangel darin, dass die vorhandenen Vertragsärzt:innenpraxen mehrheitlich nicht barrierefrei sind. Gemäß § 100 III SGB V ist es möglich, in einem nichtunterversorgten Planungsgebiet einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festzustellen. Die Förderung des barrierefreien Zugangs stellt ein Kriterium für einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf dar, vgl. § 35 Absatz 5 Satz 5 Nummer 6 BPL-RL. Gebrauch gemacht wird von dieser Ausnahmemöglichkeit jedoch scheinbar nicht häufig, sonst wären die obig aufgeführten Zahlen bzgl. der Barrierefreiheit von Praxen nicht in der Form gegeben.

In der Folge dieser Erkenntnis müsste die Bedarfsplanung dahingehend erweitert werden, dass der Versorgungsgrad zwingend auch die Zahl an Menschen mit Zugangshindernissen, die Zugänglichkeit der einzelnen Einrichtungen sowie die Zahl an barrierefreien Einrichtungen in dem jeweiligen Planungsgebiet aufzeigen muss.⁸⁷ So könnte erhoben werden, wie viele barrierefreie Vertragsärzt:innenpraxen je Plangebiet erforderlich sind.⁸⁸

D. Regelungsbedarf

Dies allein würde die Versorgungslage jedoch nicht wesentlich verbessern, da dadurch keine weiteren barrierefreien Praxen gewonnen wären. Relevant wäre zudem, die Bestandspraxen und Praxisneugründungen in Bestandsgebäuden zumindest in einem gewissen prozentualen Anteil zum Umbau i. S. d. Barrierefreiheit zu verpflichten.

Um die Vertragsärzt:innen durch eine solche Pflicht nicht unverhältnismäßig zu belasten, bieten sich verschiedene Möglichkeiten an, den Übergang zur flächendeckenden barrierefreien medizinischen Versorgung zu begleiten. Zunächst sollten Umbaumaßnahmen durch KfW-Förderprogramme und/oder staatliche Subventionen und/oder rückzahlungsfreie Zuschüsse finanziell unterstützt werden.⁸⁹ Hierbei wäre ein Stufenmodell denkbar, das vorgibt, dass die Höhe der Zuzahlungen zunimmt, je mehr barrierefreie Angebote (Zugänge, Sanitäreinrichtungen, Parkplätze etc.) eine Praxis anzubieten beabsichtigt. Zudem sind Übergangsfristen notwendig, innerhalb derer Umbaumaßnahmen vorzunehmen sind, damit die Pflicht zum Umbau keine unbillige Härte für die Vertragsärzt:innen darstellt. Ebenso wäre es denkbar, Praxen, die der

⁸⁷ Gegenwärtig müssen die Bedarfspläne nur Informationen zum barrierefreien Zugang zur Versorgung umfassen, vgl. § 4 I 2 BPL-RL. Näheres dazu in BT-Drs. 19/21310, S. 6.

⁸⁸ Um insbesondere in ländlichen, wenig besiedelten Gebieten eine angemessene Versorgung zu gewährleisten, wäre es denkbar, einen gewissen Mindestsatz an barrierefreien Praxen vorauszusetzen (z.B. eine barrierefreie allgemeinmedizinische Praxis pro Landkreis/zwei Landkreise).

⁸⁹ Im Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung zur UN-BRK ist auf S. 76 bereits ein KfW-Förderprogramm vorgesehen, vgl. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/130322/69f35d63d737a26af370066432810704/nap2-inklusion-data.pdf> (zuletzt abgerufen am 23.05.2024).

Pflicht zur Herstellung der Barrierefreiheit nicht innerhalb der Frist nachkommen, eine jährliche Strafzahlung aufzuerlegen.⁹⁰ Die Einnahmen dieser Strafleistungen könnten in Strukturtöpfen gesammelt werden, aus denen anteilig die Förderungen zugunsten umbauwilliger Praxisbetreiber:innen geleistet würden. Die übrigen Kosten der Förderungen könnten durch die Krankenkassen geleistet werden.

Weiterhin relevant wären Gesetzesänderungen, durch die verpflichtende Veranstaltungen zum Umgang mit Patient:innen mit Behinderungen in die Ärzt:innenausbildungsgesetze aufgenommen würden.⁹¹ Ebenso wäre eine Verpflichtung der Krankenkassen zur Bereitstellung barrierefreier Informationen über Gesundheitsleistungen sowie eine Änderung der Abrechnungsgrundlage für medizinische Leistungen notwendig. Bei diesen Vorschlägen handelt es sich mit Sicherheit nicht um eine abschließende Aufzählung, sondern lediglich um Ideen zur Behebung der in diesem Text thematisierten Gesetzeslücken.

E. Fazit

Warum der Zugang zur ambulanten Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen auch 14 Jahre nach Unterzeichnung der UN-BRK noch mangelhaft ist, kann nicht mit Sicherheit beantwortet werden. Die rechtliche Ausgangslage bietet bei korrekter Anwendung und Berücksichtigung der Pflicht zur verfassungs- und konventionskonformen Auslegung Möglichkeiten, Barrierefreiheit weitreichend umzusetzen. Möglicherweise begründet sich der Umstand in mangelndem (politischen) Willen. Die BRK-Allianz weist in ihrem Parallelbericht hinsichtlich Art. 25 S. 1 UN-BRK darauf hin, dass die Mängel den verantwortlichen Ministerien, Sozialversicherungen und Leistungserbringer:innen seit Langem bekannt und zudem gut dokumentiert sind.⁹² Gegenwärtig erarbeitet das Bundesgesundheitsministerium einen „Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen“,⁹³ das den obig beschriebenen Zustand hoffentlich verbessert.

⁹⁰ Diese Strafzahlung könnte in ihrer Ausgestaltung gedanklich an die Strafzahlung der Arbeitgeber:innen aus § 154 I SGB IX angelehnt werden.

⁹¹ Hinsichtlich Fort- und Weiterbildungen sollte eine finanzielle Unterstützung bzw. Erstattung der Kosten von staatlicher Seite für medizinisches Fachpersonal erfolgen. Die Bundesrepublik ist verpflichtet, die Schulung von medizinischem Fachpersonal zu fördern, um das von ihr garantierte inklusive Gesundheitssystem zu gewährleisten. So *Welti*, in: *Welke*, UN-Behindertenrechtskonvention mit rechtlichen Erläuterungen, 2012, S. 180.

⁹² Für Selbstbestimmung, gleiche Rechte, Barrierefreiheit, www.brk-allianz.de/Schattenbericht (zuletzt abgerufen am 18.04.2024), S. 51.

⁹³ Bundesgesundheitsministerium.de (zuletzt abgerufen am 02.04.2024).