

Gesundheitsuntersuchung für Menschen mit geistiger Behinderung



Modellprojekt zur Erfassung der medizinischen
Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung

Kurzfassung des Abschlussberichts

Stand 06.09.2017

Projektleitung: Prof. Dr. med. Max Geraedts, M. San. & Prof. Dr. med. Susanne Schwalen

Projektmitarbeitende: Randi Leibner, M.A., Dr. rer. medic. Rike Kraska, Dipl.-Biomath. & Dr. med. Werner de Cruppé, MPH

Förderkennzeichen: 24.04.01.01-5

Förderzeitraum: 06/2015 – 03/2017

1 Zusammenfassung

Hintergrund

Eine möglicherweise unzureichende medizinische Versorgung wird als ein Grund angesehen, warum Menschen mit geistiger Behinderung eine geringere Lebenserwartung aufweisen als die Allgemeinbevölkerung. Die zugrundeliegenden Probleme müssen als multifaktoriell verursacht angenommen werden. Um die Probleme einer unzureichenden medizinischen Versorgung zu überwinden, wird vor allem im angelsächsischen Raum seit einigen Jahren das Modell einer strukturierten Gesundheitsuntersuchung für Menschen mit geistiger Behinderung erprobt. Dort durchgeführte Studien deckten bei 51% bis 94% der Untersuchten einen zusätzlichen Gesundheitsbedarf auf bzw. sahen einen bisher unentdeckten oder unbehandelten Gesundheitsbedarf von durchschnittlich 2,2 bis 5,2 Gesundheitsproblemen je untersuchter Person mit geistiger Behinderung.

Ziele und Fragestellungen

Das Projekt zielte darauf, die gesundheitliche Versorgungssituation von Menschen mit geistiger Behinderung in Nordrhein-Westfalen zu erheben. Dabei wurden neben der Inanspruchnahme von Gesundheitsuntersuchungen und präventiver Angebote auch mögliche Barrieren erfragt, die den Zugang zur medizinischen und präventiven Versorgung erschweren. Die Befragung wurde durch eine strukturierte Gesundheitsuntersuchung ergänzt, in der Erkrankungen, gesundheitliche Einschränkungen und die persönlichen Ressourcen systematisch erfasst wurden. Diese Untersuchung wurde bei der Hälfte der Teilnehmenden in der Werkstatt, bei der anderen Hälfte beim eigenen Hausarzt durchgeführt.

Das Projekt untersuchte folgende Forschungsfragestellungen (FF):

- FF1 -Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung und präventiver Angebote von Menschen mit geistiger Behinderung.
- FF2 -Barrieren und Förderfaktoren bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsuntersuchungen und präventiver Angebote (§ 20 SGB V) aus Sicht der Menschen mit geistiger Behinderung, ihrer Angehörigen/Betreuenden und Hausärztinnen/Hausärzte.
- FF3 -Strukturierte Gesundheitsuntersuchung der teilnehmenden Menschen mit geistiger Behinderung zur Feststellung des körperlichen Gesundheitszustandes.
- FF4 -Akzeptanz einer strukturierten Gesundheitsuntersuchung entweder in der Werkstatt oder beim eigenen Hausarzt aus Sicht der Menschen mit geistiger Behinderung, ihrer Angehörigen/Betreuenden und niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzten. Vorstellungen zur zukünftigen gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung.

Methoden

Die Studie war als Querschnittsstudie angelegt, die als pilotierende epidemiologische Studie aufgefasst werden kann. Die Teilnehmerrekrutierung erfolgte als Vollerhebung aller teilnahme-willigen Menschen mit geistiger Behinderung multizentrisch in drei Werkstätten für Menschen mit geistiger Behinderung in drei Städten Nordrhein-Westfalens. Die strukturierte Gesundheitsuntersuchung der einen Hälfte der Teilnehmenden fand in jeder der Werkstätten durch hausärztlich tätige Allgemeinmediziner statt. Die andere Hälfte der Teilnehmenden war aufgefordert, sich durch die eigene Hausärztin / den eigenen Hausarzt in deren / dessen Praxis ebenso strukturiert untersuchen zu lassen. Die Gruppenzuteilung erfolgte zufällig.

Die Forschungsfragen wurden immer sowohl aus Sicht der Menschen mit geistiger Behinderung als auch ihrer Betreuenden/Angehörigen erhoben und um die Perspektive ihrer Hausärzte ergänzt. Insgesamt bestand das Erhebungsinstrumentarium dieser Studie aus 5 schriftlichen Erhebungsbögen. 3 davon waren Fragebögen, 2 waren Erhebungsbögen und dokumentierten die Gesundheitsuntersuchung. Die Auswertung erfolgte deskriptiv und wurde ergänzt um einzelne hypothesengenerierende inferenzstatistische Unterschiedsanalysen von Subgruppen.

Ergebnisse

In den 3 Werkstätten konnten 181 Personen mit geistiger Behinderung, die dort als Beschäftigte tätig sind, rekrutiert werden (Teilnahmequote 19,3%). Die Teilnehmenden unterschieden sich im Hinblick auf die Alters- und Geschlechtsverteilung sowie die Wohnform nicht von den Nicht-Teilnehmenden.

Praktisch alle Teilnehmenden hatten feste Hausärzte als primäre medizinische Versorgungseinrichtung. Deren Inanspruchnahme, ebenso die der fachärztlichen Versorgungsebene, entsprach im Umfang und auch in der Promptheit von Terminen und Wartezeiten der in der Allgemeinbevölkerung. Jedoch wurden die Facharztgruppen, die häufigen und damit spezifischen Bedarf von Menschen mit geistiger Behinderung behandeln, wie Orthopäden, Augenärzte, HNO-Ärzte und Neurologen, öfter in Anspruch genommen, etwas häufiger auch stationäre Einrichtungen. Teilweise ungedeckten Versorgungsbedarf sahen die Angehörigen/Betreuenden bei Heilmitteln, vor allem im Hinblick auf körperbezogene Therapien und Anwendungen wie Krankengymnastik oder Bewegungsbad. Ein erfreuliches Ergebnis war im Bereich der Teilnahme an allgemeinen Früherkennungsuntersuchungen, wie dem Gesundheits-Check-up festzustellen: die Teilnehmerrate der Studienteilnehmer war höher als die der Allgemeinbevölkerung. Problematisch erschien jedoch die hohe Unkenntnis bzw. geringere Inanspruchnahme dieses Angebots bei Personen mit Migrationshintergrund. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, gerade

aufwändigere und invasive (Dickdarm, Brust, Prostata), wurden seltener in Anspruch genommen. Auffällig war dabei, dass zumeist diejenigen Menschen mit geistiger Behinderung, die in betreuten Wohnformen leben, öfter teilnahmen, als diejenigen, die alleine oder bei ihren Angehörigen leben.

Obwohl die hausärztliche Versorgung von einem Drittel der Teilnehmenden auch alleine wahrgenommen wurde, war bei der großen Mehrheit immer eine Begleitung zur Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung nötig. Dies bedeutet, dass im Alltag die Versorgung nur gelingt, wenn beide, Betreuer und betreute Person keine Barrieren erfahren. Diese bestanden bei den Betreuten teilweise in Mobilitätshilfen für den Zugang in die und in der Versorgungseinrichtung, auf Seiten der zumeist berufstätigen Angehörigen im Freinehmen von der Arbeit, für beide im Umgang mit Ängsten vor Untersuchungen bei der betreuten Person und immer wieder Unverständnis in den Versorgungseinrichtungen für den spezifischen Bedarf und im Umgang mit Menschen mit Behinderungen. Die Inanspruchnahme präventiver und gesundheitlicher Angebote war vergleichbar der Allgemeinbevölkerung, obwohl in Bezug auf Übergewicht ein erhöhter Bedarf gegeben war. Solche Kurse sollten aus Sicht der Betreuten wie deren Betreuenden öfter in der vertrauten Umgebung der Werkstatt angeboten werden und offen für Menschen ohne Behinderung sein, was einer Inklusion nicht Behinderter in die Lebenswelt von Menschen mit Behinderung entspräche.

Der subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand der Menschen mit geistiger Behinderung entsprach dem der Allgemeinbevölkerung. Auch die Angaben der Angehörigen zu den vorliegenden, nicht behinderungsspezifischen Erkrankungen lagen im Bereich der in der Allgemeinbevölkerung vorhandenen Prävalenzen.

An der in der Werkstatt durchgeführten Gesundheitsuntersuchung nahmen fast alle teil, der Aufforderung, sie in der Hausarztpraxis durchführen zu lassen, kam nur die Hälfte nach. Insgesamt zeigte sich, dass die Impfungsrate besser als in der Allgemeinbevölkerung war. Die Untersuchung deckte vor allem abklärungsbedürftige bzw. zu behandelnde Hautbefunde, insbesondere an den Füßen auf, teils orthopädische Befunde und zu kontrollierende Blutdruckwerte sowie Zahnstatusbefunde, jedoch keine gravierenden Krankheitsbilder. Die Werkstattuntersuchungen waren insgesamt vollständiger und fanden mehr Befunde als die beim Hausarzt, was aber an der genaueren Vorkenntnis der Hausärzte über die Teilnehmenden liegen kann.

Verbesserungswünsche in der medizinischen Versorgung bestanden für Angehörige/Betreuende bei offener Fragestellung einerseits in einer intensiveren Arzt-Patient-Beziehung mit Schulung der Ärzte im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung, einem größeren Zeitrahmen und einer angepassten Mittelungsweise in leichter Sprache. Andererseits waren ihnen

Versorgungsangebote und –strukturen wichtig, die punktuell ausführlicher und intensiver spezifische Versorgungsbedarfe aufgreifen. Aus einer Liste von acht Veränderungsvorschlägen zur Verbesserung der Versorgung wünschte sich mehr als jeder zweite spezialisierte medizinische Versorgungszentren, danach folgten von der Hälfte Verzeichnisse mit spezifisch qualifizierten Ärztinnen und Ärzten sowie Erinnerungen an ausstehende Kontrolluntersuchungen.

Trotzdem wünschten sich die meisten Angehörigen - genauso wie die Menschen mit geistiger Behinderung selber - für die allgemeine Gesundheitsversorgung die hausärztliche Praxis als Ort der Behandlung und nur 20 % präferierten die in dieser Studie erprobte Gesundheitsuntersuchung in der Werkstatt.

Auf Seiten befragter Hausärzte, die Menschen mit geistiger Behinderung behandeln, stand im Mittelpunkt, den zeitlich, infrastrukturell und interaktionell deutlich höheren Einsatz bei der Behandlung angemessener vergütet zu erhalten. Die Hausärztinnen und Hausärzte empfanden vor allem den erhöhten zeitlichen Aufwand als große Belastung, wobei sie sich insgesamt sicher in der Behandlung dieser Patientengruppe empfanden. Viele Ärztinnen und Ärzte gaben an, im Bereich der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung fortgebildet zu sein, dennoch hielten zwei Drittel eine Ausdehnung des Fortbildungsangebotes in diesem Bereich für notwendig.

Empfehlungen

Aus den Studienergebnissen sind unseres Erachtens folgende praktische Konsequenzen für die Weiterentwicklung der gesundheitlichen und präventiven Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung abzuleiten:

- Eine Unterstützung der Angehörigen von Menschen mit geistiger Behinderung, die Schwierigkeiten beim Transport zu den verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten haben und Begleitung benötigen, sollte flexibel und kostenfrei zur Verfügung stehen.
- Arbeitstätige Angehörige von Menschen mit geistiger Behinderung benötigen einen Ausgleich bzw. ein Kontingent für den zusätzlichen Zeitaufwand, der für die medizinische und präventive Versorgung ihrer Betreuten benötigt wird.
- Menschen mit geistiger Behinderung und deren Angehörige mit Migrationshintergrund müssen besser über die vorhandenen Angebote und mögliche Ansprüche informiert werden.
- Gesundheitsuntersuchungen sollten fakultativ in den Werkstätten für Menschen mit geistiger Behinderung angeboten werden.
- Bei der Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung bietet es sich an, regelmäßig umfassende Vorsorgeuntersuchungen anzubieten, die dazu dienen, eventuell frühzeitiger als in der Allgemeinbevölkerung einsetzende gesundheitliche Gefährdungen zu erkennen; dazu wäre eine

den spezifischen Bedarf dieser Gruppe deckende jährliche Vorsorgeuntersuchung ab dem 18. Lebensjahr wünschenswert.

- Insbesondere für die allein oder bei Angehörigen lebenden Menschen mit geistiger Behinderung sollte ein Erinnerungssystem für die angebotenen Früherkennungsuntersuchungen eingeführt werden.

- Innovative Formen der gemeinschaftlichen, integrierten Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung durch Hausärzte und die zumeist notwendigen Facharztgruppen wie Orthopäden, Neurologen, Augen- und HNO-Ärzte, Dermatologen und Zahnärzte sind zu erproben. Inwieweit virtuelle Netze oder aber ein kompaktes Angebot in speziellen Zentren, wie derzeit vom Gesetzgeber auf den Weg gebracht, von Vorteil ist, ist dabei zu evaluieren.

- Informationen für Patienten in leichter Sprache sind sowohl für den ambulanten als auch den stationären Versorgungssektor zu entwickeln.

- Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sollten in der Form weiterentwickelt werden, dass sie auch von Menschen mit geistiger Behinderung weitestgehend angstfrei in Anspruch genommen werden können. Die Begleitung solcher Untersuchungen sollte gewährleistet werden.

- Angebote zur Gesundheitsförderung bzw. Prävention sollten in den Werkstätten für Menschen mit geistiger Behinderung angeboten und für das allgemeine Publikum geöffnet werden.

- Das Weiterbildungsangebot für Ärztinnen und Ärzte sowie Medizinische Fachangestellte und Angehörige weiterer therapeutischer Berufe im Bereich der Gesundheitsversorgung von Menschen mit geistiger Behinderung sollte ausgebaut werden.

- Der für die ärztliche Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung notwendige Mehraufwand muss honoriert werden; EBM- und GOÄ-Katalog sind entsprechend anzupassen. Dabei ist evtl. eine besondere Qualifikation nachzuweisen und diese der Öffentlichkeit gegenüber transparent zu machen.

- Der Heilmittel- und Hilfsmittelbedarf von Menschen mit geistiger Behinderung sollte dem spezifischen Bedarf dieser Gruppe angepasst und über ein spezielles Budget abgedeckt werden.