

Gesundheitsuntersuchung für Menschen mit geistiger Behinderung



Modellprojekt zur Erfassung der medizinischen
Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung

Abschlussbericht

Stand 06.09.2017

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

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

Förderkennzeichen: 24.04.01.01-5

Förderzeitraum: 06/2015 – 03/2017

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Anhangstabellenverzeichnis

Anhangsabbildungsverzeichnis

1	Zusammenfassung.....	1
2	Einführung	6
2.1	Geistige Behinderung: Definition und Epidemiologie.....	6
2.2	Stand der Forschung.....	8
2.3	Versorgungskonzepte für Menschen mit geistiger Behinderung	21
3	Zielsetzung und Forschungsfragestellungen	24
4	Material und Methode der Studie.....	25
4.1	Studiendesign und Kurzbeschreibung.....	25
4.2	Stichprobenrekrutierung.....	25
4.3	Studienablauf	26
4.4	Die Erhebungsinstrumente	28
4.5	Beschreibung der Gesundheitsuntersuchung	30
4.6	Hauptzielgrößen	30
4.7	Statistische Analyse	31
4.8	Qualitätssicherung Dateneingabe.....	31
4.9	Qualitative Analyse.....	32
4.10	Ethische Gesichtspunkte	32
4.11	Beschreibung der DEGS Stichprobe.....	32
4.12	Beschreibung der KBV Stichprobe	33
4.13	Projektdurchführung	35
5	Projektverlauf.....	38
6	Ergebnisse.....	40
6.1	Beschreibung der Stichprobe	40
6.1.1	Teilnehmende und Nicht-Teilnehmende.....	40
6.1.2	Datenbasis	41
6.1.3	Teilnehmende.....	42
6.2	Inanspruchnahme	43
6.2.1	In Anspruch genommene Versorgungseinrichtungen	43
6.2.2	Spezifischer Versorgungsbedarf an Augen, Ohren und mit Hilfsmitteln.....	45
6.2.3	Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen & anderen präventiven Angeboten.....	46

6.2.4	Inanspruchnahme allgemein.....	49
6.2.5	Erfahrung und Beurteilung von Arzt-/Praxisbesuch	52
6.3.	Barrieren und förderliche Faktoren.....	56
6.3.1	Barrieren der gesundheitlichen Versorgung.....	56
6.3.2	Förderliche Faktoren	57
6.3.3	Prävention und Gesundheitsförderung mit Barrieren und förderlichen Faktoren.....	58
6.4	Gesundheitszustand (Diagnose Defizit).....	63
6.4.1	Gesundheitszustand – aus Angehörigen- und Beschäftigtensicht.....	63
6.4.2	Gesundheitsverhalten aus Angehörigen- und Beschäftigtensicht	66
6.4.3	Ergebnisse der Gesundheitsuntersuchung.....	67
6.5	Akzeptanz standardisierter Untersuchungen & Wunsch für künftige Versorgung.....	80
6.5.1	Akzeptanz und Wünsche aus Perspektive der Angehörigen und Beschäftigten	80
6.5.2	Akzeptanz und Wünsche aus Perspektive der aufgesuchten Hausärzte.....	85
7	Diskussion, Fazit und Empfehlungen	89
8	Literaturverzeichnis.....	98
9	Anhang	102
9.1	Ergebnistabellen.....	102
9.2	Ergebnisabbildungen.....	174
9.3	Informationsschreiben.....	179
9.4	Informationsschreiben in Leichter Sprache.....	182
9.5	Einverständniserklärung.....	184
9.6	FB1 - Fragebogen Inanspruchnahme Angehörige/Betreuer.....	185
9.7	FB2 - Fragebogen Inanspruchnahme Beschäftigte	212
9.8	FB3 – Fragebogen aufgesuchter Hausarzt	219
9.9	EB1 – Erhebungsbogen Werkstattarzt	223
9.10	EB2 - Erhebungsbogen aufgesuchter Hausarzt.....	228
9.11	Weitere Projektanlagen (werden auf Anfrage zur Verfügung gestellt).....	234

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Durchschnittliche Lebenserwartung bei Männern	9
Tabelle 2: Durchschnittliche Lebenserwartung bei Frauen.....	9
Tabelle 3: Geschlechterverteilung in der Projekt- und DEGS-Stichprobe	33
Tabelle 4: Alterszusammensetzung der Projekt- und DEGS-Stichprobe.....	33
Tabelle 5: Alterszusammensetzung der Projekt- und KBV-Stichprobe.....	34
Tabelle 6: Geschlechterverteilung in der Projekt- und KBV-Stichprobe	34
Tabelle 7: Zeit- und Meilensteinplan	38
Tabelle 8: Teilnehmerquote anderer Studien	41
Tabelle 9: Alter der Teilnehmenden.....	42
Tabelle 10: Gründe für die Nicht-Teilnahme an Therapien.....	45
Tabelle 11: Letzte Ganzkörperuntersuchung der Haut (Vergleich Stichprobe mit DEGS)	46
Tabelle 12: Letzte Teilnahme an Tastuntersuchung (Vergleich mit DEGS)	48
Tabelle 13: Jemals Teilnahme am Check-Up (Vergleich mit DEGS)	49
Tabelle 14: Begleitpersonen zu den Arztbesuchen	50
Tabelle 15: Sonstige Besonderheiten bei Arztbesuchen	51
Tabelle 16: Gründe für Angst (Einschätzung Angehörige und Beschäftigte).....	52
Tabelle 17: Gründe für Absage eines Arzttermins (N=30)	53
Tabelle 18: Erfahrungen mit Ärztinnen/Ärzten.....	55
Tabelle 19: Gründe für Nicht-Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen.....	59
Tabelle 20: Personale Faktoren des Beschäftigten.....	60
Tabelle 21: Versorgungs- und Infrastrukturfaktoren	60
Tabelle 22: Betreuungs- und Wohnfaktoren	60
Tabelle 23: Leistungserbringer.....	60
Tabelle 24: Erfahrungen mit gesundheitsförderlichen Kursen.....	62
Tabelle 25: Gesundheitszustand (Vergleich Beschäftigte und KBV)	63
Tabelle 26: Einnahme von Medikamenten?.....	64
Tabelle 27: Art der zu spät entdeckten Erkrankung	65
Tabelle 28: Durchgeführte Untersuchungen	67
Tabelle 29: Befunde der Fußuntersuchung	71
Tabelle 30: Kariöse Zähne (Vergleich Zahnarzt & Hausarzt)	76
Tabelle 31: Gebiss sanierungsbedürftig? (Einschätzung Zahnarzt und Hausarzt).....	76
Tabelle 32: Kariöse Läsionen der Teilnehmenden.....	77
Tabelle 33: Durchschnittliche Anzahl kariöser Läsionen und fehlender Zähne nach Alter	77
Tabelle 34: Teilnahme an zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen und kariöse Läsionen	78
Tabelle 35:(Wunsch)-Ort für die Gesundheitsuntersuchung	80
Tabelle 36: Faktoren des Leistungserbringers, die verändert werden sollen	80
Tabelle 37: Versorgungs- und Infrastrukturfaktoren, die verändert werden sollen	81
Tabelle 38: Bereiche, die beibehalten werden sollen.....	82
Tabelle 39: Versorgungsfaktoren, die beibehalten werden sollen	82
Tabelle 40: Betreuungs- und Wohnfaktoren, die beibehalten werden sollen.....	82
Tabelle 41: Verbesserung der medizinischen Versorgung (Mehrfachantworten möglich)	83
Tabelle 42: Weitere Mitteilungen der Angehörigen/Betreuenden	83
Tabelle 43: Anteil an Menschen mit geistiger Behinderung unter den Patienten	86

Tabelle 44: Gewünschte Veränderungen im Regelversorgungssystem	87
Tabelle 45: Hindernisse der gesundheitlichen Versorgung.....	88

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Health Behavioral Model, adaptiert nach Andersen (1995)	10
Abbildung 2: Multifaktorielles Erklärungsmodell gesundheitlicher Versorgung	12
Abbildung 3: Ablauf des Projekts	27
Abbildung 4: Vergleich der Alterszusammensetzung.....	34
Abbildung 5: Zeitpunkt letzter Arztbesuch (Vergleich DEGS und Stichprobe).....	43
Abbildung 6: Zusätzlich benötigte Therapien	44
Abbildung 7: Beurteilung der medizinischen Versorgung durch Angehörige.....	53
Abbildung 8: Von Angehörigen als gut beurteilte Bereiche der medizinischen Versorgung..	54
Abbildung 9: Zufriedenheit mit Ärztinnen/Ärzten.....	57
Abbildung 10: Besuchte Maßnahmen und deren Finanzierung	59
Abbildung 11: Interesse an Kursen (% der Befragten)	61
Abbildung 12: Bestehende Krankheiten; * Bandscheiben/Rückenleiden/Rheuma	64
Abbildung 13: Lebensbedrohliche Situation (in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand)	65
Abbildung 14: Bestehender Impfschutz der Teilnehmenden	69
Abbildung 15: BMI-Werte	69
Abbildung 16: Ergebnisse des Sehtafeltests.....	70
Abbildung 17: Ergebnisse des Hörtests	71
Abbildung 18: Befunde der Untersuchten.....	72
Abbildung 19: Blutdruck.....	72
Abbildung 20: Blutwerte im Referenzbereich?.....	73
Abbildung 21: Auffällige Befunde bei der Urinuntersuchung?	74
Abbildung 22: Anzahl neuer Diagnosen	74
Abbildung 23: Neu diagnostizierte Erkrankungen	75

Anhangstabellenverzeichnis

<i>Anhangstabelle 1: Teilnehmende nach Ort</i>	102
<i>Anhangstabelle 2: Geschlecht der Teilnehmenden</i>	102
<i>Anhangstabelle 3: Alter der Teilnehmenden</i>	102
<i>Anhangstabelle 4: Wohnform der Beschäftigten (nur Oberhausen und Witten)</i>	103
<i>Anhangstabelle 5: Vorliegende, teilnehmerbezogene Instrumente</i>	103
<i>Anhangstabelle 6: Anzahl vorliegender, teilnehmerbezogener Instrumente</i>	103
<i>Anhangstabelle 7: Instrumente (Werkstatt / aufgesuchter Hausarzt und FB3)</i>	104
<i>Anhangstabelle 8: Vorliegende Fragebögen Angehörige/Betreuende (FB1)</i>	104
<i>Anhangstabelle 9: FBI-F45a: Grad der Schwerbehinderung</i>	104
<i>Anhangstabelle 10: FBI-F45b: Gesundheitliche Merkmale* (Schwerbehindertenausweis)</i> 105	
<i>Anhangstabelle 11: FBI-F46: Vorhandene Pflegestufe</i>	105
<i>Anhangstabelle 12: FBI-F75: Wohnform der Teilnehmenden</i>	105
<i>Anhangstabelle 13: FBI-F74: Krankenversicherung des Beschäftigten</i>	106
<i>Anhangstabelle 14: FBI-F77: Migrationshintergrund des Beschäftigten</i>	106
<i>Anhangstabelle 15: Dichotome Einteilung des Migrationshintergrunds</i>	106
<i>Anhangstabelle 16: Gesetzlicher Betreuer vorhanden?</i>	106
<i>Anhangstabelle 17: FBI-F80: Erwerbssituation des Angehörigen/Betreuenden</i>	106
<i>Anhangstabelle 18: FBI-F81: Beziehung des Ausfüllenden zum Betreuten</i>	107
<i>Anhangstabelle 19: FBI-F82: Alter des Angehörigen/Betreuenden</i>	107
<i>Anhangstabelle 20: FBI-F83: Geschlecht des Angehörigen/Betreuenden</i>	108
<i>Anhangstabelle 21: FBI-F4: Zeitpunkt des letzten Arztbesuchs (Vergleich mit DEGS)</i>	108
<i>Anhangstabelle 22: Zeitpunkt des letzten Arztbesuchs nach Geschlecht</i>	108
<i>Anhangstabelle 23: FBI-F5: Hausarzt vorhanden? (Vergleich Stichprobe mit DEGS)</i>	108
<i>Anhangstabelle 24: FBI-F6: Arztbesuch in den letzten 12 Monaten</i>	109
<i>Anhangstabelle 25: FBI-F7a: Inanspruchnahme von Ambulanzen (Vergleich mit DEGS)..</i> 109	
<i>Anhangstabelle 26: FBI-7b: Häufigkeit der Inanspruchnahme von Ambulanzen</i>	110
<i>Anhangstabelle 27: FBI-F8a: Behandlung in Spezialambulanzen?</i>	110
<i>Anhangstabelle 28: FBI-F8b: Art der Spezialambulanzen</i>	110
<i>Anhangstabelle 29: FBI-F9a: Krankenhausaufenthalte (im Vergleich mit DEGS)</i>	110
<i>Anhangstabelle 30: FBI-F9b: Anzahl Krankenhauspächte</i>	111
<i>Anhangstabelle 31: FBI-F10a: Hat betreute Person eine Therapie besucht?</i>	111
<i>Anhangstabelle 32: FBI-F10b: Art der besuchten Therapie</i>	111
<i>Anhangstabelle 33: FBI-F11a: Werden Therapieverordnungen ausreichend ausgestellt?..</i> 112	
<i>Anhangstabelle 34: FBI-F11b: Schwierigkeiten bei der Bewilligung?</i>	112
<i>Anhangstabelle 35: FBI-F11c: Therapien, für die Verordnungen fehlen</i>	112
<i>Anhangstabelle 36: FBI-F12a: Werden zusätzliche Therapien benötigt?</i>	112
<i>Anhangstabelle 37: FBI-F12b: Zusätzlich benötigte Therapien</i>	113
<i>Anhangstabelle 38: FBI-F13: Besuch bei Augenarzt bzw. Optiker</i>	113
<i>Anhangstabelle 39: FBI-F14: Sehhilfe vorhanden? (Vergleich mit DEGS)</i>	113
<i>Anhangstabelle 40: FBI-F15a: Überprüfung der Sehfähigkeit stattgefunden?</i>	114
<i>Anhangstabelle 41: FBI-F15b: Überprüfung Sehfähigkeit wurde durchgeführt von ...</i>	114
<i>Anhangstabelle 42: Besuch bei Hals-Nasen-Ohrenarzt</i>	114
<i>Anhangstabelle 43: FBI-F17: Hörhilfe vorhanden? (Vergleich mit DEGS)</i>	115

Anhangstabelle 44: FBI-F18a: Hat eine Überprüfung der Hörfähigkeit stattgefunden?.....	115
Anhangstabelle 45: FBI-F18b: Überprüfung Hörfähigkeit wurde durchgeführt von.....	115
Anhangstabelle 46: FBI-F19a: Werden verordnete medizinische Hilfsmittel benötigt?	115
Anhangstabelle 47: FBI-F19b: Benötigte medizinische Hilfsmittel ausreichend verordnet?	116
Anhangstabelle 48: FBI-F23: Empfehlungen zur Krebsvorsorge bekannt?	116
Anhangstabelle 49: FBI-F23: Bekanntheit der Krebsvorsorge und Migrationshintergrund	116
Anhangstabelle 50: FBI-F23: Bekanntheit der Empfehlungen zur Krebsvorsorge.....	116
Anhangstabelle 51: FBI-F24: Jemals Teilnahme an Ganzkörperuntersuchung der Haut....	117
Anhangstabelle 52: Teilnahme Untersuchung der Haut und Wohnform.....	117
Anhangstabelle 53: FBI-F24: Teilnahme an Stuhluntersuchung des Enddarms	117
Anhangstabelle 54: FBI-F24: Letzte Stuhluntersuchung (Vergleich mit DEGS).....	118
Anhangstabelle 55: FBI-F24: Teilnahme Darmspiegelung (Vergleich mit DEGS).....	118
Anhangstabelle 56: FBI-F24: Letzte Teilnahme an Darmspiegelung.....	118
Anhangstabelle 57: FBI-F24: Teilnahme Krebsabstrich (Gebärmutterhals)	119
Anhangstabelle 58: FBI-F24: Letzte Teilnahme Krebsabstrich (Gebärmutterhals).....	119
Anhangstabelle 59: FBI-F24: Teilnahme Tastuntersuchung Brust (Vergleich mit DEGS)..	119
Anhangstabelle 60: FBI-F24: Letzte Teilnahme Tastuntersuchung Brust	120
Anhangstabelle 61: FBI-F24: Teilnahme Mammographie (Vergleich mit DEGS).....	120
Anhangstabelle 62: FBI-F24: Letzte Teilnahme an Mammographie.....	120
Anhangstabelle 63: FBI-F24: Teilnahme Abtasten der Prostata (Vergleich mit DEGS)....	121
Anhangstabelle 64: FBI-F25: Angebot der Zahnvorsorge bekannt?	121
Anhangstabelle 65: FBI-F26: Teilnahme an zahnärztlicher Kontrolluntersuchung	121
Anhangstabelle 66: FBI-F27: Angebot Check-up bekannt?	121
Anhangstabelle 67: FBI-F28: Teilnahme am Check-up innerhalb der letzten 2 Jahre	122
Anhangstabelle 68: FBI-F30a: Erinnerung an den Check-Up gewünscht?	122
Anhangstabelle 69: FBI-F30b: Erinnerung gewünscht durch ... (Vergleich mit KBV)	122
Anhangstabelle 70: FBI-F32: Sind die Impfempfehlungen bekannt?	122
Anhangstabelle 71: FBI-F33a: Regelmäßige Überprüfung des Impfstatus?	123
Anhangstabelle 72: FBI-F33b: Wurde von Impfungen abgeraten?	123
Anhangstabelle 73: FBI-F22: Arztbesuch ohne Beschwerden.....	123
Anhangstabelle 74: Arztbesuch ohne Beschwerden (Angehörige und Beschäftigte FB2-F3)	123
Anhangstabelle 75: FBI-F34: Äußerung von Beschwerden.....	124
Anhangstabelle 76: Äußerung von Beschwerden (Angehörige und Beschäftigte FB2-F4) ...	124
Anhangstabelle 77: FBI-F35: Arztbesuch aus eigenem Antrieb	124
Anhangstabelle 78: Arztbesuch eigener Antrieb (Angehörige und Beschäftigte FB2-F5)	125
Anhangstabelle 79: FBI-F1: Form der Unterstützung.....	125
Anhangstabelle 80: FBI-F2a: Begleitung zu Arztbesuchen	125
Anhangstabelle 81: Begleitung zu Arztbesuchen (Angehörige und Beschäftigte FB2-F1a) .	126
Anhangstabelle 82: FBI-F20: Mobilität des Beschäftigten.....	126
Anhangstabelle 83: FBI-F36: Wie teilt sich der Beschäftigte mit?.....	126
Anhangstabelle 84: FBI-F3: Besonderheiten bei der Organisation von Arztbesuchen	127
Anhangstabelle 85: FBI-37a: Hat Beschäftigter Angst vor Arztbesuchen?	127
Anhangstabelle 86: Angst vor Arztbesuchen (Angehörige und Beschäftigte FB2-F6)	127
Anhangstabelle 87: FBI-F48a: Dauer zwischen Terminvereinbarung und Arztbesuch	128
Anhangstabelle 88: Dauer zwischen Terminvereinbarung und Arztbesuch (KBV-F9)	128

<i>Anhangstabelle 89: Dauer zwischen Terminvereinbarung und Arztbesuch zu lang?</i>	129
<i>Anhangstabelle 90: Wartezeit in der Praxis (Vergleich Stichprobe FB1-F49a und KBV)....</i>	129
<i>Anhangstabelle 91: Wartezeit in der Praxis (Angehörige und Beschäftigte FB2-19a)</i>	129
<i>Anhangstabelle 92: FB1-F49b: Wartezeit für Beschäftigten zu lang?</i>	130
<i>Anhangstabelle 93: Wartezeit f. Beschäftigte zu lang (Beschäftigte FB2-F19b).....</i>	130
<i>Anhangstabelle 94: Absage eines Arzttermins (Angehörige FB1-F50a und Beschäftigte) ...</i>	130
<i>Anhangstabelle 95: Absage eines Arzttermins (Vergleich KBV)</i>	130
<i>Anhangstabelle 96: Gründe für Absage eines Arzttermins (Angehörige und Beschäftigte) ..</i>	131
<i>Anhangstabelle 97: FB1-F56: Ärzten steht genügend Zeit zur Verfügung</i>	131
<i>Anhangstabelle 98: FB1-F57: Schwierigkeiten spezialisierte Ärzte zu finden</i>	131
<i>Anhangstabelle 99: FB1-F58: Beurteilung der medizinischen Versorgung</i>	132
<i>Anhangstabelle 100: FB1-F59: Als gut beurteilte Bereiche der medizinischen Versorgung</i>	132
<i>Anhangstabelle 101: Unzufrieden mit Ärzten (Vergleich Stichprobe FB1-F60a mit KBV) ..</i>	132
<i>Anhangstabelle 102: Haben Sie sich beschwert? (Stichprobe FB1-F60b mit KBV)</i>	132
<i>Anhangstabelle 103: FB1-F60c: Hauptgründe in % für Unzufriedenheit (Vergleich KBV) .</i>	133
<i>Anhangstabelle 104: FB1-F38a: Schwierigkeiten bei diagnostischen Maßnahmen</i>	134
<i>Anhangstabelle 105: FB1-F38b: Art der Schwierigkeiten.....</i>	134
<i>Anhangstabelle 106: FB1-F38c: Finden Untersuchungen trotz Schwierigkeiten statt?</i>	135
<i>Anhangstabelle 107: FB1-F39: Ausführliche Beratung der betreuten Person durch Arzt?..</i>	135
<i>Anhangstabelle 108: FB2-F8: Verstehen Sie Ihre Ärztinnen/Ärzte?</i>	136
<i>Anhangstabelle 109: FB1-F40: Ausführliche Beratung der Begleitperson durch den Arzt?</i>	136
<i>Anhangstabelle 110: FB1-F51: Probleme beim Aufsuchen der Ärztin/des Arztes</i>	136
<i>Anhangstabelle 111: FB1-F52: Es ist schwierig einen Transportdienst zu organisieren</i>	137
<i>Anhangstabelle 112: FB1-F53: Begleitung zum Arzt ist zeitlich schwer.....</i>	137
<i>Anhangstabelle 113: FB1-F54a: Anzahl aufgesuchter Arztpraxen</i>	137
<i>Anhangstabelle 114: FB1-F54b: Praxen mit Zugangsproblemen</i>	138
<i>Anhangstabelle 115: FB1-F55a: Erreichbarkeit der Hausarztpraxis für Rollstuhlfahrer</i>	138
<i>Anhangstabelle 116: FB1-F55b: Barrieren innerhalb der Hausarztpraxis</i>	138
<i>Anhangstabelle 117: FB1-F55c: Untersuchungsraum für Rollstuhlfahrer zu erreichen?</i>	138
<i>Anhangstabelle 118: FB1-F55d: Sind die Untersuchungsinstrumente höhenverstellbar? ...</i>	139
<i>Anhangstabelle 119: FB1-F55e: Sanitärbereich für Rollstuhlfahrer ausreichend Platz?</i>	139
<i>Anhangstabelle 120: FB1-F55f: Lesbarkeit der Schilder in der Arztpraxis</i>	139
<i>Anhangstabelle 121: FB1-F55g: Informationsmaterial in Leichter Sprache vorhanden.....</i>	139
<i>Anhangstabelle 122: FB2-F7: Beschäftigte zufrieden mit den Ärztinnen und Ärzten?</i>	140
<i>Anhangstabelle 123: FB2-F9: Fühlen sich Beschäftigte von ihren Ärzten verstanden?</i>	140
<i>Anhangstabelle 124: FB2-F10: Verbesserung nach Arztterminen</i>	140
<i>Anhangstabelle 125: FB2-F11: Werden Vereinbarungen mit den Ärzten eingehalten?</i>	140
<i>Anhangstabelle 126: FB1-F61: Bekanntheit der Gesundheitsangebote</i>	141
<i>Anhangstabelle 127: FB1-F62a: Teilnahme an Maßnahmen (Stichprobe mit DEGS).....</i>	141
<i>Anhangstabelle 128: FB1-F62b: Besuchte Maßnahmen und Finanzierung</i>	141
<i>Anhangstabelle 129: Besuchte Maßnahmen (Angehörige und Beschäftigte FB2-21b)</i>	141
<i>Anhangstabelle 130: Verbesserung Gesundheitszustand (Stichprobe FB1-F62c mit DEGS)</i>	142
<i>Anhangstabelle 131: FB2-F21c: Verbesserung des Gesundheitszustandes</i>	142
<i>Anhangstabelle 132: FB1-F63: Kenntnis über Kostenübernahme für Gesundheitskurse</i>	142
<i>Anhangstabelle 133: FB1-F67: Geeignete Maßnahmen für die betreute Person</i>	142

<i>Anhangstabelle 134: Interesse an Kursen (Angehörige & Beschäftigte FB2-F24)</i>	143
<i>Anhangstabelle 135: FB1-F66 Wunschteilnehmer für Kurse (Sicht der Angehörigen)</i>	143
<i>Anhangstabelle 136: FB1-F66 & FB2-F23: Wunschteilnehmer des Kurses</i>	143
<i>Anhangstabelle 137: FB1-F65: Wunschort für Präventionskurse (Sicht der Angehörigen)</i> .	144
<i>Anhangstabelle 138: FB1-F65: Wunschort für Präventionskurse (Beschäftigte FB2-F22)..</i>	144
<i>Anhangstabelle 139: FB1-F41: Gesundheitszustand (Sicht der Angehörigen)</i>	144
<i>Anhangstabelle 140: Gesundheitszustand Fremd- und Selbsteinschätzung (FB2-F12)</i>	144
<i>Anhangstabelle 141: FB2-F13: Zufrieden mit der Gesundheit</i>	145
<i>Anhangstabelle 142: FB2-F14: Häufig krank?</i>	145
<i>Anhangstabelle 143: FB1-F42b: Anzahl der Krankheiten</i>	145
<i>Anhangstabelle 144: FB1-F44a: Lebensbedrohliche Situation durch (zu) späte Diagnose</i> .	145
<i>Anhangstabelle 145: FB1-F44c: Eintritt einer dauerhaften Schädigung?</i>	146
<i>Anhangstabelle 146: FB1-F47a: Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten</i>	146
<i>Anhangstabelle 147: FB1-F47b: Anzahl der „Krankheitstage“</i>	146
<i>Anhangstabelle 148: FB1-F21: Häufigkeit körperlicher Aktivität (z.B. spazieren gehen)</i>	146
<i>Anhangstabelle 149: FB2-F15a: Sind Sie körperlich aktiv?</i>	147
<i>Anhangstabelle 150: FB2-F15b: Anzahl der sportlich aktiven Tage</i>	147
<i>Anhangstabelle 151: FB2-F15c: Dauer der körperlichen Aktivität</i>	147
<i>Anhangstabelle 152: FB2-F16: Häufigkeit sportlicher Betätigung</i>	147
<i>Anhangstabelle 153: FB2-F17a: Rauchverhalten</i>	148
<i>Anhangstabelle 154: FB2-F17b: Anzahl der Zigaretten</i>	148
<i>Anhangstabelle 155: FB2-F17c: Anzahl der Jahre, die Beschäftigter raucht</i>	148
<i>Anhangstabelle 156: FB2-F17d: Absicht mit dem Rauchen aufzuhören?</i>	148
<i>Anhangstabelle 157: FB2-F18: Konsum alkoholischer Getränke</i>	149
<i>Anhangstabelle 158: Untersuchte nach Geschlecht</i>	149
<i>Anhangstabelle 159: Alter der Untersuchten</i>	150
<i>Anhangstabelle 160: Alter der Untersuchten und "Nicht-Untersuchten"</i>	150
<i>Anhangstabelle 161: Zeit zwischen Aufforderung und Hausarztbesuch</i>	151
<i>Anhangstabelle 162: Rauchverhalten (Werkstattgruppe / Hausarztgruppe)</i>	151
<i>Anhangstabelle 163: Alkoholkonsum (Werkstattgruppe / Hausarztgruppe)</i>	151
<i>Anhangstabelle 164: Sportliche Betätigung (Werkstattgruppe / Hausarztgruppe)</i>	151
<i>Anhangstabelle 165: Bestehender Impfschutz Tetanus nach Vorgaben der STIKO</i>	152
<i>Anhangstabelle 166: Bestehender Impfschutz Diphtherie</i>	152
<i>Anhangstabelle 167: Bestehender Impfschutz Keuchhusten</i>	152
<i>Anhangstabelle 168: Bestehender Impfschutz Masern</i>	152
<i>Anhangstabelle 169: Körpergewicht der Teilnehmenden (Vergleich mit DEGS)</i>	153
<i>Anhangstabelle 170: Verfügt der Teilnehmende über eine Brille?</i>	153
<i>Anhangstabelle 171: Ergebnis des Sehtests</i>	153
<i>Anhangstabelle 172: Verdacht auf eine Katarakt</i>	154
<i>Anhangstabelle 173: Abklärung der Sehfähigkeit empfohlen</i>	154
<i>Anhangstabelle 174: Verfügt der Teilnehmende über ein Hörgerät?</i>	154
<i>Anhangstabelle 175: Hörtest</i>	154
<i>Anhangstabelle 176: Abklärung Hörfähigkeit empfohlen</i>	155
<i>Anhangstabelle 177: Passform der Schuhe</i>	155
<i>Anhangstabelle 178: Überprüfung der Passform empfohlen</i>	155

<i>Anhangstabelle 179: Druckstelle an den Füßen vorhanden</i>	155
<i>Anhangstabelle 180: Offene Wunde an den Füßen</i>	156
<i>Anhangstabelle 181: Eingewachsener Zehennagel</i>	156
<i>Anhangstabelle 182: Hallux valgus</i>	156
<i>Anhangstabelle 183: Fuß-/Nagelpilz</i>	157
<i>Anhangstabelle 184: sonstiger Fußbefund</i>	157
<i>Anhangstabelle 185: Weiterbehandlung der Füße empfohlen</i>	157
<i>Anhangstabelle 186: Persönliche Risikofaktoren des Beschäftigten</i>	158
<i>Anhangstabelle 187: Befunde (krankhafte Veränderungen) der körperl. Untersuchung</i>	158
<i>Anhangstabelle 188: Befund Brustkorb</i>	158
<i>Anhangstabelle 189: Befund Herzauskultation</i>	159
<i>Anhangstabelle 190: Befund Lungenauskultation</i>	159
<i>Anhangstabelle 191: Befund Abdomenpalpation (einschließlich Nierenlager)</i>	159
<i>Anhangstabelle 192: Befund Fußpulse</i>	159
<i>Anhangstabelle 193: Befund Karotisauskultation</i>	160
<i>Anhangstabelle 194: Befund Bewegungsapparat</i>	160
<i>Anhangstabelle 195: Befund Haut</i>	160
<i>Anhangstabelle 196: Befund Sinnesorgane</i>	160
<i>Anhangstabelle 197: Befund Nervensystem</i>	161
<i>Anhangstabelle 198: Befund Psyche</i>	161
<i>Anhangstabelle 199: Blutdruckwerte der Teilnehmenden</i>	161
<i>Anhangstabelle 200: Blutwerte im Referenzbereich?</i>	162
<i>Anhangstabelle 201: Blutwerte im Referenzbereich? Teil 2</i>	162
<i>Anhangstabelle 202: Auffälliger Befund bei der Urinuntersuchung?</i>	162
<i>Anhangstabelle 203: Eiweiß positiv?</i>	163
<i>Anhangstabelle 204: Ery/Hb positiv?</i>	163
<i>Anhangstabelle 205: Leukozyten positiv?</i>	163
<i>Anhangstabelle 206: Glukose positiv?</i>	164
<i>Anhangstabelle 207: Nitrit positiv?</i>	164
<i>Anhangstabelle 208: Neue Diagnosen</i>	164
<i>Anhangstabelle 209: Neu diagnostizierte Erkrankungen</i>	165
<i>Anhangstabelle 210: Neue Diagnose (Untersuchung in der Werkstatt)</i>	165
<i>Anhangstabelle 211: Neue Diagnose (Untersuchung aufgesuchter Hausarzt)</i>	166
<i>Anhangstabelle 212: Geschlecht (Anzahl neuer Diagnosen)</i>	166
<i>Anhangstabelle 213: Wohnformen (Auszug)</i>	166
<i>Anhangstabelle 214: Anzahl verordneter Maßnahmen (Hausarztgruppe)</i>	166
<i>Anhangstabelle 215: Verordnete Maßnahmen Teil I</i>	167
<i>Anhangstabelle 216: Verordnete Maßnahmen II</i>	167
<i>Anhangstabelle 217: Fehlende Zähne der Teilnehmenden</i>	167
<i>Anhangstabelle 218: Gefüllte Zähne</i>	167
<i>Anhangstabelle 219: DMFT-Status der zahnärztlich untersuchten Beschäftigten</i>	168
<i>Anhangstabelle 220: DMFT-Wert (Zahnarzt und Hausarzt)</i>	168
<i>Anhangstabelle 221: Beurteilung der Sanierungsbedürftigkeit durch Hausarzt</i>	168
<i>Anhangstabelle 222: Fehlende Zähne (Vergleich Zahnarzt & Hausarzt)</i>	169
<i>Anhangstabelle 223: Gefüllte Zähne (Vergleich Zahnarzt & Hausarzt)</i>	169

<i>Anhangstabelle 224: Teilnahme an zahnärztlichen Kontrollen und DMFT-Wert</i>	169
<i>Anhangstabelle 225: Kariöse Läsionen nach Ort der Werkstatt</i>	170
<i>Anhangstabelle 226: DMFT-Wert nach Ort der Werkstatt</i>	170
<i>Anhangstabelle 227: DMFT-Wert und Alter</i>	171
<i>Anhangstabelle 228: FB1-F29: Halten Sie die Gesundheitsuntersuchung für sinnvoll?</i>	171
<i>Anhangstabelle 229: FB1-F31: (Wunsch)-Ort für die Gesundheitsuntersuchung</i>	171
<i>Anhangstabelle 230: Aufgesuchte Hausärzte nach Ort</i>	171
<i>Anhangstabelle 231: FB3-F2: Berufl. Kontakt zu Menschen mit geistiger Behinderung</i>	172
<i>Anhangstabelle 232: Behandlungsmehraufwand bei Menschen mit geistiger Behinderung</i>	172
<i>Anhangstabelle 233: FB3-F7: Bewertung verschiedener Aussagen</i>	173

Anhangsabbildungsverzeichnis

<i>Anhangsabbildung 1: Darstellung der Alterszusammensetzung (Grafik)</i>	174
<i>Anhangsabbildung 2: Grad der Behinderung (Grafik)</i>	174
<i>Anhangsabbildung 3: Migrationshintergrund (Grafik)</i>	174
<i>Anhangsabbildung 4: Letzter Arztbesuch im Vergleich mit DEGS (Grafik)</i>	175
<i>Anhangsabbildung 5: Erinnerung gewünscht durch ... (Grafik)</i>	175
<i>Anhangsabbildung 6: Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen (Grafik)</i>	175
<i>Anhangsabbildung 7: Kenntnis über Kostenübernahme für Gesundheitskurse (Grafik)</i>	176
<i>Anhangsabbildung 8: Zufrieden mit eigener Gesundheit (Grafik)</i>	176
<i>Anhangsabbildung 9: Konsum alkoholischer Getränke (Grafik)</i>	176
<i>Anhangsabbildung 10: Durchgeführte Untersuchungen nach Untersuchungsort (Grafik)</i> ...	176
<i>Anhangsabbildung 11: Geschlecht der Untersuchten (Grafik)</i>	177
<i>Anhangsabbildung 12: Neue Diagnose (Grafik - Untersuchung in der Werkstatt)</i>	177
<i>Anhangsabbildung 13: Neue Diagnose (Grafik - Untersuchung aufgesuchter Hausarzt)</i>	178

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 Teilnehmerquote 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 ein spezifischer 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.

2 Einführung

2.1 Geistige Behinderung: Definition und Epidemiologie

Das klinische Wörterbuch Pschyrembel definiert die ‚*geistige Behinderung*‘ als eine „angeborene oder frühzeitig (vor dem 18. Lebensjahr) erworbene Intelligenzstörung, die mit Beeinträchtigung des Anpassungsvermögens einhergeht“ (Pschyrembel, 2014, S. 1027). Nach dem Schweregrad der Intelligenzminderung (ICD-10) wird eine Einteilung in leichte (IQ 50-69), mittelgradige (IQ 35-49), schwere (IQ 20-34) und schwerste (IQ < 20) geistige Behinderung vorgenommen (vgl. Pschyrembel, 2014, S. 1027). In dem Bereich der leichten Intelligenzminderung haben Erwachsene ein Intelligenzalter von 9 bis unter 12 Jahren. In der Schule bestehen Lernschwierigkeiten. Viele Erwachsene können arbeiten, gute soziale Beziehungen unterhalten und ihren Beitrag zur Gesellschaft leisten (vgl. DIMDI, 2017).

Der Begriff geistige Behinderung kennzeichnet Personen, „die auf Grund komplexer Dysfunktionen der hirneuralen Systeme erhebliche Schwierigkeiten haben, ihr Leben selbstständig zu führen, und die deshalb lebenslanger besonderer Hilfe, Förderung und Begleitung bedürfen“ (Theunissen, Kulig, Schirbort, 2013, S. 147). Es existieren keine zuverlässigen Angaben über die Gesamtzahl der Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland. „Der Versuch, die Gesamtzahl der Menschen mit geistiger Behinderung zu ermitteln, ist ein schwieriges Unterfangen“ (Dieckmann & Metzler, 2013, S. 21). Es kann auf Schul-Statistiken mit begrenzter Aussagekraft zurückgegriffen werden. Im Jahr 2006 betrug die Gesamtquote von Schülerinnen und Schülern mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung 0,90% (vgl. Neuhäuser & Steinhausen, 2013, S. 18), das entspricht einer Anzahl von 75.679 Schülerinnen und Schülern. Als Gesamtquote wird der Anteil aller in Förder- oder Alltagschulen unterrichteter Schüler mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung an der Gesamtzahl aller Schüler der Klassen 1-10 der allgemeinbildenden Schulen verstanden (vgl. Neuhäuser & Steinhausen, 2013, S. 19). Für das Schuljahr 2010 berichtet die Kultusministerkonferenz von einer Förderquote von 1% im Förderschwerpunkt „geistige Entwicklung“ (vgl. Kultusministerkonferenz, 2012, S. 4), was einer Anzahl von 78.277 Schülerinnen und Schülern in Deutschland entspricht.

Schätzungen gehen von einer Prävalenzrate von 0,4 – 0,5% Menschen mit geistiger Behinderung in der deutschen Bevölkerung aus (vgl. Haveman, 2013, S. 111), bezogen auf eine Bevölkerungszahl von 82,2 Millionen in Deutschland wären dies 328.800 – 411.000 Personen.

Nach dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX, §2, Abs. 1) sind Menschen behindert, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“.

Das Statistische Bundesamt veröffentlicht Angaben zur Anzahl schwerbehinderter Menschen. Diese Angabe erfasst nur die Personen, die bei den Versorgungsämtern einen Schwerbehindertenausweis beantragt und auch erhalten haben. Am Jahresende 2015 lebten 7 615 560 schwerbehinderte Menschen in Deutschland, von denen 308.296 Menschen als schwerste Behinderung eine Störung der geistigen Entwicklung (z.B. Lernbehinderung, geistige Behinderung) aufwiesen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2017, S. 9) und somit einen Anteil von 4% aller schwerbehinderten Menschen ausmachen. Bezogen auf die deutsche Allgemeinbevölkerung mit 82,2 Millionen Menschen (Destatis, 2017a) sind 0,375% der Bevölkerung von einer Störung der geistigen Entwicklung betroffen, was nahe an der Schätzung durch Haveman liegt. Schülerinnen und Schüler mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung werden nur verhältnismäßig selten in allgemeinen Schulen unterrichtet. In diesem Bereich wird weiter überwiegend auf die spezielle Förderung in Förderschulen gesetzt. Im Jahr 2014 machte in Förderschulen der Förderschwerpunkt geistige Entwicklung 22,3%, in Allgemeinen Schulen hingegen nur 4,15% der Förderschwerpunkte aus (vgl. Kultusministerkonferenz, 2016, S. XX).

Der größte Teil Kinder und Jugendlicher mit geistiger Behinderung in Deutschland wird in einer Förderschule mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung beschult (vgl. Fischer, 2013, S. 321). An den Schulbesuch schließt sich bei Menschen mit geistiger Behinderung in der Regel die Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) an. Mehr als drei Viertel der insgesamt über 270.000 WfbM-Beschäftigten haben eine geistige Behinderung (vgl. Bieker, 2013, S. 410f.). In einer WfbM können Menschen mit Behinderung am Arbeitsleben teilhaben und in das Arbeitsleben eingegliedert werden (§ 136 SGB IX). Die Werkstatt bietet den Menschen mit Behinderung, die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung „nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, einen Arbeitsplatz oder Gelegenheit zur Ausübung einer geeigneten Tätigkeit. Auf die Art oder die Ursache der Behinderung kommt es nicht an“ (Integrationsämter, 2015). Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales veröffentlichte 2008 Zugangszahlen zu Werkstätten für behinderte Menschen. Demnach waren im Jahr 2006 mehr als 268.000 Plätze belegt. Gut 40% davon von Frauen (vgl. BMAS, 2008, S. 5). Der „Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen“ (BAG: WfbM) gehören 680 Hauptwerkstätten an – das ist ein Organisationsgrad von 93%. Bundesweit gibt es

2.759 Betriebsstätten – in denen, Stand November 2016, 308.691 Werkstattbeschäftigte arbeiteten (vgl. Rehadat, 2017)

2.2 Stand der Forschung

Die 22. Landesgesundheitskonferenz (LGK) NRW hat sich im Jahr 2013 dem Thema „Von der Integration zur Inklusion: Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen“ gewidmet. Ausgangspunkt der Beschäftigung mit dem Thema war die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), die von der Politik und weiteren Akteuren verstärkte Maßnahmen zur verbesserten Teilhabe von Menschen mit Behinderungen fordert. In Bezug auf Menschen mit geistiger Behinderung fasst die EntschlieÙung der LGK den Stand der Forschung wie folgt zusammen: „Menschen mit Behinderungen weisen eine erhöhte Morbidität und Mortalität auf. Die Mortalität durch vermeidbare Ursachen liegt z.B. bei Menschen mit geistiger Behinderung dreifach höher als in der allgemeinen Bevölkerung. Sie weisen außerdem überdurchschnittlich häufig eine Komorbidität auf. Dies beruht nicht allein auf behinderungsspezifischen Faktoren, sondern auch der (zu) späten Diagnose von in der Bevölkerung häufig auftretenden chronischen Erkrankungen wie z.B. Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Demenz oder auch akuten Erkrankungen (z.B. Appendizitis). Mitverantwortlich hierfür sind einerseits die begrenzten oder fehlenden Möglichkeiten insbesondere von Menschen mit geistiger Behinderung, Krankheitssymptome und deren Relevanz zu deuten, andererseits das Gesundheitssystem selbst, das in weiten Teilen darauf ausgerichtet ist, dass Erkrankte von sich aus gesundheitliche Unterstützung suchen.“ (MGEPA 2013).

Die unzureichende medizinische Versorgung wird als ein Grund angesehen, warum Menschen mit geistiger Behinderung in England eine um 15 Jahre geringere Lebenserwartung aufweisen (vgl. McCarthy & O’Hara, 2011). Bittles, Petterson, Sullivan, Hussain, Glasson, Montgomery (2002) werteten in ihrer Studie die Daten von 8724 Menschen mit geistiger Behinderung aus Westaustralien aus. Die Informationen erhielten sie von der Datenbank der Disability Services Commission (DSC). Männer mit geistiger Behinderung haben eine Lebenserwartung von 66,7 Jahren, Frauen mit geistiger Behinderung von 71,5 Jahren. Die durchschnittliche Lebenserwartung der australischen Allgemeinbevölkerung beträgt bei Männern 75,6 Jahre, bei Frauen 81,2 Jahre (vgl. ebd.). Dies macht eine (geschlechtsabhängige) Differenz zwischen 8,9 – 9,7 Jahren aus.

Für Deutschland errechneten Dieckmann & Metzler (2013) auf Basis der geschätzten Sterbewahrscheinlichkeiten eine durchschnittliche Lebenserwartung (bei Geburt) von 70,93 Jahren für Männer und 72,84 Jahren für Frauen mit einer geistigen Behinderung aus Westfalen-Lippe.

Für Baden-Württemberg ergibt sich eine niedrigere Lebenserwartung von 65,27 Jahren für Männer und von 69,90 Jahren für Frauen mit einer geistigen Behinderung. Zum Vergleich: Die durchschnittliche Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung lag nach der Sterbetafel 2007/2009 für Männer bei 77,33 Jahren und für Frauen bei 82,53 Jahren (Dieckmann & Metzler, 2013, S. 156). Betrachtet man nur die durchschnittliche Lebenserwartung von Westfalen-Lippe so macht dies eine (geschlechtsabhängige) Differenz zwischen 6,4 – 9,7 Jahren aus. „Vorsicht ist bei der Interpretation der Unterschiede zwischen der Stichprobe aus Baden-Württemberg und der aus Westfalen geboten. Diese Unterschiede resultieren wahrscheinlich aus der Art der Stichprobenziehung. In Westfalen-Lippe handelt es sich um eine Kompletterhebung der erwachsenen stationären Leistungsempfänger mit geistiger Behinderung. Die Untersuchung für Baden-Württemberg war auf Daten sehr großer Leistungserbringer in der Behindertenhilfe angewiesen, es handelt sich nicht um eine Kompletterhebung. Aufgrund der verschiedenartigen Stichproben wurde davon abgesehen, die Daten zu poolen und auf dieser Basis eine einzige Sterbetafel zu berechnen. Keinesfalls sind die Unterschiede in den Lebenserwartungen beider Stichproben als Anzeichen für eventuell unterschiedliche Lebensbedingungen zu deuten“ (Dieckmann & Metzler, 2013, S. 161). Die Lebensspannen sind vergleichbar mit den Daten aus Westaustralien.

Tabelle 1: Durchschnittliche Lebenserwartung bei Männern

	Westfalen-Lippe	Australien
Männer Allgemeinbevölkerung	77,33 Jahre	75,6 Jahre
Männer mit geistiger Behinderung	70,93 Jahre	66,7 Jahren
Differenz	6,4 Jahre	8,9 Jahre

Tabelle 2: Durchschnittliche Lebenserwartung bei Frauen

	Westfalen-Lippe	Australien
Frauen Allgemeinbevölkerung	82,53 Jahre	81,2 Jahre
Frauen mit geistiger Behinderung	72,84 Jahre	71,5 Jahren
Differenz	9,7 Jahre	9,7 Jahre

Wie die Altersangaben dieser beiden Studien zeigen, unterscheidet sich die mittlere Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung deutlich von der jeweiligen Allgemeinbevölkerung. „Hierfür ist jedoch vor allem eine erhöhte Sterblichkeit in jüngeren Altersgruppen ursächlich, die wiederum von der Schwere der Behinderung abhängt. Die verfügbaren Daten legen den (vorsichtigen) Schluss nahe, dass Menschen mit geistiger Behinderung, die das 50. Lebensjahr erreichen, eine (annähernd) ähnliche Lebenserwartung haben wie die jeweilige Bezugsbevölkerung; dies gilt jedoch (noch) nicht für Menschen mit Down-Syndrom“ (Dieckmann & Metzler, 2013, S. 32). Wissenschaftlich erwiesen ist das erhöhte Risiko bei Menschen

mit Down Syndrom an Herzproblemen und einer Schilddrüsenunterfunktion zu erkranken. Die Inzidenz von Gesundheitsproblemen steigt mit dem Grad der Behinderung (vgl. Alborz, McNally, Glendinning, 2005, S. 174).

Im Hinblick auf ihre Sterblichkeit analysierten Tyrer, Smith & McGrother (2007) die Daten von 2436 Personen mit mäßiger bis schwerer geistiger Behinderung in Leicestershire und Rutland (Vereinigtes Königreich). Sowohl die allgemeine als auch die krankheitsspezifische Mortalität ist dreimal höher als in der Allgemeinbevölkerung, sie variiert erheblich mit dem Alter (vgl. Tyrer, Smith & McGrother, 2007, S. 520f.).

Die zugrundeliegenden Probleme der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung müssen als multifaktoriell verursacht angenommen werden. Andersen (1995) beschreibt Faktoren, die auf das Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsleistungen bei allen Menschen Einfluss nehmen („Behavioral Model of Health Services“). Einfluss auf die individuelle Inanspruchnahme haben **Bedarfsfaktoren** (von der Person wahrgenommener Bedarf, also Bedürfnis, oder durch professionelles Urteil objektiver Bedarf), **prädisponierende Faktoren** (Einstellungen, Werte, Wissen, Sozialstruktur) und **ermöglichende Faktoren** (Zugangsvoraussetzungen).

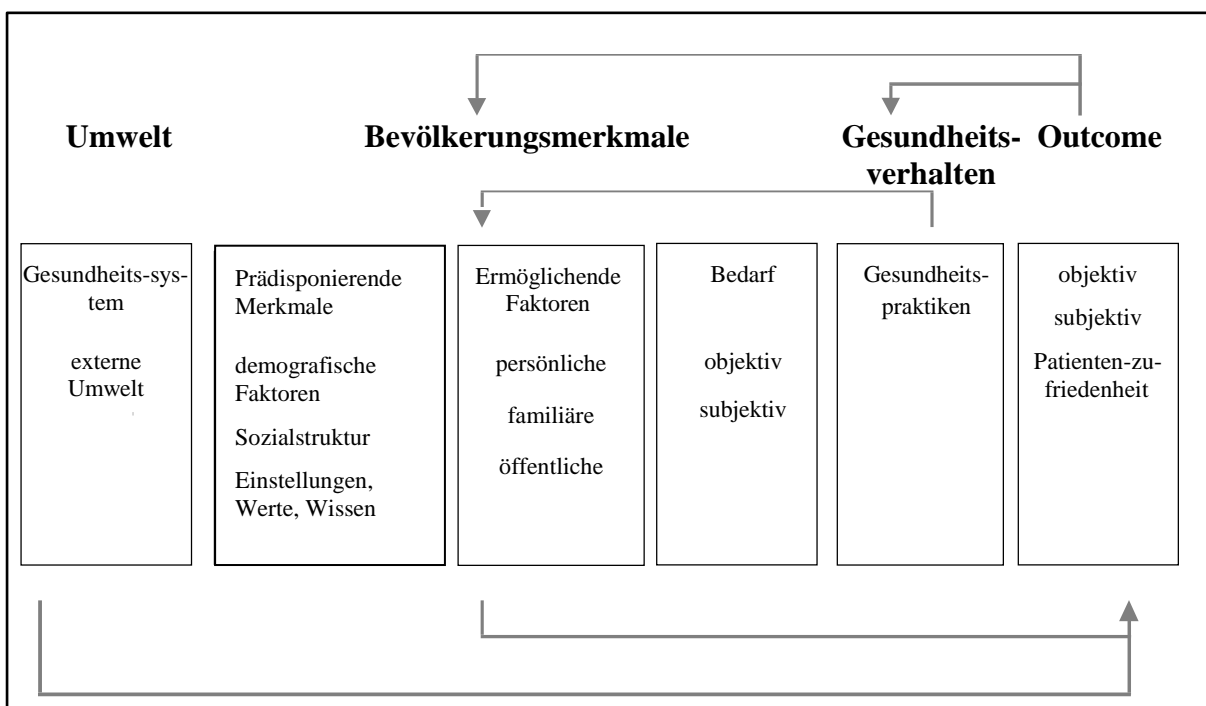


Abbildung 1: Health Behavioral Model, adaptiert nach Andersen (1995)

Die Mehrheit der Menschen mit geistiger Behinderung wird bei ihrer gesundheitlichen Versorgung von einer Begleitperson unterstützt. In vielen Fällen übernimmt der gesetzliche Betreuer diese Unterstützung. Er ist informiert über den Gesundheitszustand der betreuten Person und

koordiniert und begleitet Arztbesuche. Darüber hinaus entscheidet und bewertet diese Vertrauensperson auch über Art, Umfang, Dauer und Ort der medizinischen Versorgung und ist damit ein wesentlicher Akteur in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und damit auch zentraler Adressat, wenn es um das Verstehen geht, wie die Gesundheitsversorgung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alltag wahrgenommen wird und wie sie verbessert werden kann. Mehr noch als bei vielen Patienten, die ihre Behandlungsentscheidungen mit Angehörigen absprechen, ist bei Menschen mit geistiger Behinderung davon auszugehen, dass überwiegend diese Dyade aus Patient und vertrautem Angehörigen oder Betreuendem die Versorgung in Anspruch nimmt. So ist auch in dieser Studie diese Person zentraler Informationsgeber und Befragter zu Angaben der Inanspruchnahme, die sich um die gesundheitliche Versorgung kümmert.

In dem folgenden Modell werden die Faktoren spezifischer und detaillierter benannt, die eine adäquate gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen fördern bzw. erschweren.

Aus den verschiedenen Versorgungs- und Infrastrukturproblemen, die eine Inanspruchnahme erschweren, ist zunächst die ganz konkrete Zugangsmöglichkeit in eine Praxis als Barriere zu nennen. So stellt der Deutsche Bundestag fest: „Nur ein kleiner Teil der Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte bzw. Therapeutinnen und Therapeuten ist baulich und technisch barrierefrei. Die weitaus größere Zahl der Praxen ist für die meisten Menschen mit Mobilitätseinschränkungen nicht problemlos zugänglich“ (Deutscher Bundestag, 2014, S. 2). Weitere Barrieren der Versorgungs- und Infrastruktur wie beispielsweise Transportprobleme, fehlende etablierte Netzwerke und Kompetenzzentren sowie fehlende Ressourcen sind feststellbar.



Abbildung 2: Multifaktorielles Erklärungsmodell gesundheitlicher Versorgung

Quelle: eigene Darstellung der Ergebnisse internationaler Studien (Alborz et al. 2005, Lennox et al. 2000, Robertson et al. 2011).

Als wichtige Faktoren auf Seiten der Betroffenen selber sind zu nennen: Symptome werden nicht beachtet oder erkannt, sie können eventuell nicht mitgeteilt werden oder ihre medizinische Bedeutung wird nicht erfasst. Dann wird eine Abklärung nicht eingefordert oder die aktive Mitarbeit an diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen gelingt nicht.

Auf Seiten der familiären und professionellen Betreuenden wäre zu nennen, dass diese ebenfalls Symptome eventuell nicht beachten oder erkennen, da das Krankheitsbild mit verändertem Erscheinungsbild und Verlauf auftreten kann, und diese nicht einer Diagnostik und Therapie zuführen. Die Problematik, dass häufig Menschen mit geistiger Behinderung ihr Anliegen dem Arzt nicht verständlich machen können, kann durch die Unterstützung einer informierten und motivierten Begleitperson kompensiert werden (vgl. Haveman & Stöppler, 2014, S. 60). Die Begleitperson kann ein Angehöriger oder ein Betreuer/Betreuerin sein. Diese Person vertritt die Interessen des Menschen mit geistiger Behinderung und vermittelt ihm Sicherheit. Trotz Anwesenheit einer Begleitperson ist der Patient in seine medizinische Behandlung miteinzubeziehen. „Walmsley (2004) spricht dabei von einem moralischen Imperativ“ (Haveman & Stöppler, 2014, S. 60).

Welchen Einfluss die Art der Wohnform auf das Gesundheitsverhalten haben kann, veranschaulichen Ergebnisse der Studie von Abendroth & Naves (2003). Sie führten 125 Interviews in Werkstätten und Tagesförderstätten in Rheinland-Pfalz. Sie befragten Menschen mit geistiger Behinderung, deren Angehörige und Mitarbeitende aus Wohneinrichtungen. Es liegen die Daten von 55 Frauen und 70 Männern im Alter von 19 bis 66 Jahren vor. „Die Befragung ergab, dass Heimbewohnerinnen und Heimbewohner häufiger zu einer Ärztin oder zu einem Arzt gehen als Menschen mit Behinderungen, die bei Angehörigen leben. Eine deutliche Diskrepanz zeigte sich bei den gynäkologischen Untersuchungen: 86,9% der Wohnheimbewohnerinnen gehen mindestens alle zwei Jahre zu einer gynäkologischen Untersuchung, aber nur 35,5% der Frauen die bei Angehörigen leben. Die Hauptgründe liegen vermutlich in der Dokumentationspflicht der Wohnheime über notwendige Kontrolluntersuchungen und deren Durchführung. Dasselbe Bild ergibt sich bei den Krebsvorsorgeuntersuchungen. 41,5% der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner lassen regelmäßig eine Krebsvorsorgeuntersuchung durchführen, aber nur 12,5% der Befragten, die bei den Angehörigen leben. Auch beim Impfschutz bestätigt sich dieses Bild. Die 14 Personen, die keinen Impfschutz haben, leben bei Angehörigen“ (Abendroth & Naves, 2003, S. 15).

Zuletzt müssen aber auch Probleme bei den Leistungserbringern erwähnt werden. Diese bestehen unter anderem darin, dass Erfahrungen und Fertigkeiten im Umgang mit Patienten mit Behinderung fehlen können, weshalb Berührungsängste da sein können und wodurch das Gespräch in der Arzt-Patient-Beziehung beeinträchtigt werden kann. Weiterhin sind oftmals unzureichende Kenntnisse und Erfahrungen mit speziellen medizinischen Problemen von Men-

schen mit geistiger Behinderung zu beklagen, wobei spezielle Syndrome eventuell ein unterschiedliches Vorgehen bei der Anamnese, Untersuchung, Diagnose, Therapie, Prävention und Rehabilitation sowie eine stärkere interprofessionelle Arbeit verlangen. Hierzu fehlen oftmals auch spezifische Leitlinien. Viele Ärztinnen und Ärzte und weitere Angehörige von Gesundheitsfachberufen sind zum Bedarf von Menschen mit Behinderungen und den besonderen sozialen und rechtlichen Aspekten in deren Behandlung, nicht ausreichend qualifiziert. Zudem erhöhen eine vorherrschende reaktive Behandlung und knappe Zeitressourcen die Probleme bei der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung.

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. In einer systematischen Literaturanalyse stellen Robertson et al. fest, dass solche strukturierten Gesundheitsuntersuchungen in der Lage sind, bisher unentdeckte Gesundheitsbedarfe zu identifizieren und einer geeigneten Therapie zuzuführen (vgl. Robertson, Roberts, Emerson, Turner & Greig, 2011, S. 1009). Das Ausmaß an aufgedeckten Gesundheitsbedarfen reicht von 51% der Untersuchten (Baxter et al. 2006) bis 94% der Untersuchten (Cassidy et al. 2002). Andere Studien berichten über die Anzahl von bisher unentdeckten oder unbehandelten Gesundheitsbedarfen pro Teilnehmenden. Die Anzahl reicht von 2,2 (Carlsen & Galluzzi 1994) bis 5,2 Gesundheitsproblemen (Hahn & Aronow 2005), die einer Intervention bedürfen. Es wurden Befunde gestellt wie Hauterkrankungen, Zahnprobleme, Obstipation, Zeruminalpfropf, Anämie, Fußprobleme, Herzerkrankungen, Hypertonie, Hodenkrebs, Demenz, Brustkrebs, Diabetes, Schilddrüsenunterfunktion, psychische Gesundheitsprobleme, Katarakte, Epilepsie, Arthritis, (vgl. Robertson et al., 2011, S. 1012). Im Folgenden werden einige der erwähnten Studien genauer beschrieben.

Baxter und Kollegen führten in Süd- und Mittelwales (Großbritannien) im Rahmen der hausärztlichen Versorgung Gesundheitsuntersuchungen durch, die sich an den Vorgaben des Cardiff Health Check orientieren. Der Cardiff Health Check umfasst ein strukturiertes Gespräch, in dem zur Gesundheitsförderung und weiteren Themen gefragt wird, die für Menschen mit geistiger Behinderung wichtig sind, bisher aber nicht erfasst wurden. In Vorbereitung auf die Untersuchung erhielt jede teilnehmende Praxis Informationsmaterial, um Patienten zu identifizieren, zu Ursachen, Ernährung, Epilepsie, Besonderheiten im Verhalten und vorkommenden Sinnesbeeinträchtigungen. 40 Allgemeinarztpraxen beteiligten sich an der Studie. Jede Praxis identifizierte ihre Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung mit Hilfe des Forscherte-

ams. 374 Personen mit geistiger Behinderung erhielten ein Aufforderungsschreiben zur Gesundheitsuntersuchung, von denen 190 teilnahmen und 181 ausgewertet werden konnten. Bei 93 (51%) der Teilnehmenden wurde ein Bedarf an gesundheitsrelevanten Maßnahmen entdeckt, bei 9% (16 Teilnehmende von 181) sogar schwerwiegende neue Erkrankungen. Für 90% der entdeckten Bedarfe an gesundheitlicher Versorgung wurden im Rahmen der Untersuchung Maßnahmen eingeleitet. Diese Studie belegt, dass die systematische Durchführung von Untersuchungen nach festgelegten Kriterien, im Weiteren ‚systematische Gesundheitsuntersuchungen‘ genannt, eine Möglichkeit darstellt, um Erkrankungen im Rahmen der ärztlichen Grundversorgung zu erkennen und zu behandeln. Weiter ist festzuhalten, dass Befunde wie Seh- und Höreinschränkungen oder ein Zeruminalpfropf für Menschen mit geistiger Behinderung wegen ihres Einflusses auf die ohnehin eingeschränkten sozialen, kommunikativen und praktischen Fähigkeiten, eine größere Bedeutung haben als für die Allgemeinbevölkerung (vgl. Baxter et al. 2006).

Webb und Kollegen führten in Neuseeland ein Gesundheitsscreening bei Bewohnerinnen und Bewohnern des IHC (New Zealand Society for the Intellectually Handicapped), einem Anbieter von Dienstleistungen wie Tagesbetreuung oder unterstützendes Wohnen für Menschen mit geistiger Behinderung, durch. Webb et al. berichten über 98% der IHC Bewohnerinnen und Bewohner (1311 Menschen mit geistiger Behinderung) untersucht zu haben. 73% der Untersuchten benötigten gesundheitsrelevante Maßnahmen. Die häufigsten erkannten Defizite lagen im Bereich Gesundheitsvorsorge wie z.B. Impfen, oder Aufhören mit dem Rauchen, Auffälligkeiten bzgl. der Sehkraft bzw. am Auge, Blutuntersuchungen (z.B. Bestimmung von Cholesterin, Blutzucker), Überprüfung der Hörfähigkeit, gynäkologische Untersuchung oder zahnärztliche Untersuchung (vgl. Webb & Rogers, 1999, S.497 ff.). Eine hohe Anzahl von Gesundheitsbedürfnissen signalisiert die Schwierigkeiten der Menschen mit geistiger Behinderung und deren Betreuende, Gesundheitsbedürfnisse wahrzunehmen (vgl. Alborz, McNally, Glendinning, 2005, S. 174).

In der Studie von Cassidy et al. (2002) wurden mit Unterstützung des Teams der medizinischen Grundversorgung und der lokalen Gesellschaft für geistige Behinderung 69 Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung im Alter von 3 bis 66 Jahren identifiziert. 35 (51%) der angeschriebenen Personen (22 Männer, 13 Frauen; im Alter von 11 bis 67 Jahren) nahmen an den beiden Untersuchungen teil. Die Untersuchungen wurden in der Praxis eines Allgemeinmediziners in einem Ort im Mittelland des Vereinigten Königreichs durchgeführt. Bei der ersten Untersuchung (T1) wurde bei 33 Personen (94%) ein körperliches Problem festgestellt, welches eine medizinische Intervention benötigte (vgl. Cassidy, 2002).

Bei der Betrachtung der Ergebnisse der verschiedenen Studien ist anzumerken, dass dem Umfang der Untersuchungen und der fachlichen Qualifikation der Untersuchenden kein einheitlicher Standard zugrunde liegt. In der Studie von Cassidy et al. besteht das Untersuchungsteam aus einem Allgemeinarzt, einer Gemeindegkrankenschwester und einem Psychiater (vgl. Cassidy et al. 2002). Die Einbeziehung weiterer Berufsgruppen kann zu einer Zunahme an Diagnosen, nach denen gesucht wird, führen. So werden bei Cassidy auch Befunde wie Schlafprobleme diagnostiziert und fließen in die Anzahl der entdeckten körperlichen Probleme mit ein.

Weitere Daten der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung wurden durch das Healthy Athletes® Gesundheitsprogramm erhoben. Im Rahmen der „Special Olympics“ – einer Sportveranstaltung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung – werden den Athletinnen und Athleten verschiedene kostenlose, umfassende Kontrolluntersuchungen angeboten. Diese finden in einer angenehmen Atmosphäre statt und umfassen Bereiche wie „Fit Feet – Fitte Füße“, „Healthy Hearing – Besser Hören“, „Special Smiles – Gesund im Mund“ und „Health Promotion – Gesunde Lebensweise“. Special Olympics Deutschland (SOD) ist die deutsche Organisation der weltweit größten, vom Internationalen Olympischen Komitee (IOC) offiziell anerkannten Sportbewegung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. (...) Im Jahr 1968 von Eunice Kennedy-Shriver, einer Schwester von US-Präsident John F. Kennedy, ins Leben gerufen, ist Special Olympics heute mit nahezu 5 Millionen Athleten in 170 Ländern vertreten (...) (vgl. Special Olympics, 2017).

Jenkins, Cooper, O'Connor, Watanabe & Wills (2011) werteten die Fußuntersuchungen („Fit Feet – Fitte Füße“) von 1580 Athletinnen und Athleten (940 Männer und 640 Frauen im Alter von 7,3 – 73,4 Jahren) aus, die von 2004 – 2006 an Veranstaltungen in den Vereinigten Staaten von Amerika teilnahmen. Folgende dermatologischen Befunde wurden bei den Untersuchten diagnostiziert: Nagelpilz (bei 15,3% der untersuchten Personen), eingewachsener Nagel (6,3%), Fußpilz (14,9%), Hauttrockenheit (8,7%), starke Schweißbildung (3,5%). Bei der Überprüfung des Ganges wurde bei 46,9% eine Pronation („Abknicken“) des Fußgelenks nach innen und bei 5,3% eine Supination („Abknicken“) des Fußgelenks nach außen festgestellt. 12,8% der Athletinnen und Athleten haben einen Hallux valgus (vgl. Jenkins et al. 2011, S. 19).

Die Versorgungslage von Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland wurde bisher nur unzureichend erforscht. Es fehlen weiterhin Daten, „die eine umfassende Beschreibung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung ermöglichen“ (Deutscher Bundestag, 2008). Im Folgenden werden Ergebnisse verschiedener Untersuchungen aus Deutschland dargestellt. Im Rahmen der Neuerkeröder Erhebung (1994 – 1998)

wertete Felchner (2002) 223 Gesundheitsuntersuchungen aus. Die vollständige Untersuchung mit Auswertung der Befunde dauert eine Stunde. Obwohl alle Patientinnen und Patienten seit Jahren von einer/m im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung erfahrenen Ärztin/Arzt medizinisch begleitet wurden, sind 171 neue Diagnosen, bzw. Funktionseinschränkungen entdeckt worden (vgl. Felchner, 2002, S. 213). Bei den am häufigsten gestellten Diagnosen handelt es sich um: Orthopädische Probleme (12%), Hauterkrankungen (8,7%) insbesondere Haut- und Nagelmykosen; Hypercholesterinämien (>250 mg/dl) (6,7%); AVK (5,8%); Verdacht auf arteriellen Hypertonus (5,3%); pathologischer Zahn- bzw. Zahnfleischstatus (4,9%) (vgl. Felchner, 2002, S. 214).

Sehfähigkeit: Bei 241 Beschäftigten der Betriebsstätte Glücksstadt der Glücksstädter Werkstätten wurde das Ausmaß an Sehproblemen untersucht [analog zum Sprachgebrauch in der Werkstatt werden die Personen mit Behinderung als »Beschäftigte« und die betreuenden Personen als »Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter« bezeichnet]. Mehr als 40% der Untersuchten haben ein solches Problem, bei ihnen übersteigt der Fernvisus nicht den Wert von 0,5. Diejenigen, deren Sehschärfe mehr als 0,3 aber weniger als 0,5 beträgt, wurden als sehbeeinträchtigt bezeichnet. Alle mit einer besseren Sehschärfe als 0,5 wurden als normalsichtig bezeichnet (vgl. Henriksen & Degenhardt, 2010, S. 185). Bei 22% wurde ein Fernvisus von unter 0,3 festgestellt, das heißt, die Betroffenen sind sehbehindert oder blind. „Von 99 Personen, die nach der Überprüfung einen niedergelassenen Augenarzt konsultierten, wurden 16 Personen eine neue Brillenkorrektur verschrieben“ (Henriksen & Degenhardt, 2010, S. 187). Mit veränderter Korrektur zeigte sich bei 56% bei der zweiten Überprüfung eine Verbesserung des Fernvisus. Bei 81% der Beschäftigten verbesserte sich der Nahvisus. Allein durch eine veränderte Brillenkorrektur konnten 3% derjenigen, die zu Beginn des Projekts als sehbehindert eingestuft wurden, eine Sehschärfe von mehr als 0,3 erreichen. Die Gesamtzahl der Beschäftigten mit Sehbehinderung konnte so von 22% auf 19% reduziert werden. „In 54% der Fälle war die Sehbehinderung den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu Beginn des Projekts nicht bekannt“ (Henriksen und Degenhardt, 2010, S. 189).

Hörfähigkeit: Während der Special Olympics 2006 in Berlin wurde den 2700 Athletinnen und Athleten eine Untersuchung der Hörfähigkeit („Healthy Hearing – Besser Hören“) angeboten. Die „Healthy Hearing“-Untersuchung ist in sechs Stationen unterteilt. An Station 1 werden die Teilnehmenden und ihre Betreuenden begrüßt und über die folgenden Untersuchungen informiert. Teilnehmende und Betreuende werden nach bestehenden Ohr- oder Hörproblemen befragt. Bei Station 2 werden die Ohren untersucht. Hat ein Teilnehmender nicht entfernbare Cerumen oder Anomalien der Ohrmuschel oder des Mittelohres, besteht er diese Station nicht.

Bei Station 3 müssen zum Bestehen drei von vier Frequenzen gehört werden können. Mit dem Bestehen von Station 2 und 3 ist die Untersuchung beendet. Die Teilnehmenden, die bei diesen Stationen durchfielen, erhalten bei Station 4 eine erweiterte Mittelohrdiagnostik und bei Station 5 eine Audiometrie. Station 6 bildet das Ende der Untersuchungen und die Teilnehmenden erhalten ein Geschenk als Anerkennung. Teilnehmende, die einen Untersuchungsteil nicht bestanden haben, bekommen einen Bericht der Untersuchung mit der Empfehlung ihren Hals-Nasen-Ohrenarzt aufzusuchen (vgl. Hild et al. 2008).

552 Athletinnen und Athleten (20,4%), 214 Frauen, 338 Männer, im Alter von 10 – 69 Jahren, nahmen an der Untersuchung teil. Bei 48% (265 Personen) wurde Cerumen entfernt. 41,3% (228) der Untersuchten erhielten die Empfehlung, einen Hals-Nasen-Ohrenarzt oder einen Akustiker zu konsultieren.

Bei 28 Athleten konnten die Untersuchungen nicht komplett durchgeführt werden, bei 18 Personen lag das an nicht entfernbarem Cerumen. Von den 524 Personen, bei denen die gesamte Untersuchung durchgeführt werden konnte, fielen 23,5% (123 Personen) bei den Tests durch. Nur bei 5,7% (7 Personen) dieser Athleten war die Hörminderung vorher bekannt.

Um die Qualität der Untersuchung zu messen, wurden bei 195 Athleten zusätzlich Audiometrien mit einer größeren Anzahl von Frequenzen (0,5, 1, 1,5, 2, 3, 4 und 6 kHz) durchgeführt. 94 dieser Athleten hatten die vorhergehende Audiometrie mit 2 und 4 kHz bestanden, 101 Athleten hingegen nicht. Bei 99 Athleten mit Verdacht auf eine Hörminderung bestätigte sich diese. Davon war bei 74% der Hörverlust bisher unentdeckt und daher nicht behandelt (vgl. Hild et al. 2008)

Zahnstatus: Im Jahr 2008 wurde im Rahmen der Sommerspiele von Special Olympics Deutschland e.V. den Athletinnen und Athleten eine kostenfreie freiwillige zahnärztliche Untersuchung („Special Smiles – Gesund im Mund“) vor Ort angeboten. 3581 Athletinnen und Athleten nahmen an den Special Olympics in Karlsruhe teil. Bei 636 Personen (18%) wurde eine zahnärztliche Untersuchung durchgeführt. Es konnten die Ergebnisse von 420 Teilnehmenden im Alter von 18 bis 70 Jahren ausgewertet werden. Fast zwei Drittel der Teilnehmenden waren Männer. Die Kariesprävalenz der Untersuchten betrug 90,8%. „Kariesprävalenz bedeutet hier, dass der Anteil der Personen ermittelt wurde, die mindestens über einen Zahn mit Karieserfahrung ($DMFT > 0$) verfügten“ (Schulte et al., 2011). ‘Karieserfahrung‘ umfasst die Gesamtheit der durch Karies oder Kariesfolgen (Füllungen oder andere Restaurationen, Zahnverluste) betroffenen Zähne eines Gebisses. ‘DMFT‘ ist ein international gebräuchlicher Index zur Feststellung der Karieserfahrung. Der Index gibt die Summe der akut kariös erkrankten Zähne (D

= Decayed), fehlenden (M = Missing) und gefüllten (F = Filled) Zähne (T = Teeth) pro Person an.

Es wurde ein DMFT-Mittelwert von 9,4 ermittelt. 39,5% der Teilnehmenden hatten unbehandelte kariöse Zähne. Dieser Befund weist auf einen hohen Sanierungsbedarf bei dieser Personengruppe hin. Zum Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung können Daten der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie aus dem Jahr 2014 (DMS V) herangezogen werden. Die untersuchten 35-44-jährigen Personen haben im Mittel einen DMFT-Wert von 11,2 (vgl. DMS V, S. 284). Damit liegt er leicht unter dem DMFT-Wert von 13,5 der entsprechenden Altersgruppe der Athletinnen und Athleten (vgl. Schulte et al., 2011, e82). Bei der Analyse der mittleren DMFT-Werte lassen sich erhebliche Unterschiede feststellen. „Bei Menschen mit geistiger Behinderung wurden doppelt so viele Zähne extrahiert (MT = 4,2) wie in der durchschnittlichen Bevölkerung (MT = 2,1). Auch wurden bei Menschen mit geistiger Behinderung erheblich mehr kariöse Zähne (DT = 0,9) als in der durchschnittlichen Bevölkerung (DT = 0,5) gefunden. Aus diesen Beobachtungen lässt sich vor allem der Schluss ziehen, dass Menschen mit geistiger Behinderung zahnärztlich unterversorgt sind“ (Schulte et al., e82, 2011).

Athletinnen und Athleten, die bei Familienangehörigen leben, haben einen signifikant niedrigeren DMFT-Wert als diejenigen, die in einer betreuten Wohneinrichtung leben (vgl. Schulte et al. S. e78, 2011). Ein naturgesundes Gebiss hatten 13,1% der Personen, die bei Familienangehörigen leben. Bei Personen, die in einem Wohnheim leben, lag der Anteil signifikant niedriger bei 3,9%. Die Autoren schließen nicht aus, dass hierfür die unterschiedliche Alterszusammensetzung dieser beiden Gruppen mitverantwortlich ist. Im Mittel waren die bei Familienangehörigen lebenden Athleten 5,5 Jahre jünger als die in einer betreuten Wohneinrichtung lebenden Personen. Zu der Untersuchung ist weiter anzumerken, dass nur ca. 18% der Athletinnen und Athleten von dem Angebot der zahnärztlichen Untersuchung Gebrauch machten. Die Autoren der Studie geben an, dass die Ergebnisse nicht repräsentativ für die Gesamtheit der in Deutschland lebenden Menschen mit geistiger Behinderung sind. Die untersuchten Personen waren in der Lage, an einer speziellen Sportveranstaltung teilzunehmen. Diese Gruppe dürfte generell aktiver sein und auch eine effektivere Zahnpflege betreiben. Mit hoher Wahrscheinlichkeit kann angenommen werden, dass Athletinnen und Athleten mit geistiger Behinderung eine bessere Mundgesundheit aufweisen als die Gesamtgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung (vgl. Schulte et al. S. e78, 2011).

Allgemeiner Gesundheitszustand

Mit der Antwort auf die Frage „Waren Sie in den letzten vier Wochen krank bzw. unfallverletzt?“ wird im Mikrozensus die gesundheitliche Beeinträchtigung in der Bevölkerung erhoben (vgl. Holleederer, 2011, S. 120). Die Beantwortung unterliegt nicht der gesetzlichen Auskunftspflicht. Eine Krankheit oder Unfallverletzung liegt vor, „wenn sich eine Person während des Berichtszeitraums in ihrem Gesundheitszustand so beeinträchtigt gefühlt hat, dass sie ihre übliche Beschäftigung nicht ausüben konnte“ (Holleederer, 2011, S. 119). Ergebnisse des Mikrozensus 2005 belegen, dass in den letzten vier Wochen vor der Erhebung mehr als jeder dritte Mensch mit Behinderung (34%) krank bzw. unfallverletzt war. Im Mikrozensus wird Behinderung entsprechend dem SGB IX definiert. Somit werden Menschen mit körperlicher, geistiger und seelischer Behinderung in der Befragung erfasst. Hierbei werden auch chronische Erkrankungen einbezogen. Von den Befragten ohne Behinderung betrug der Anteil 9,7% (vgl. Pfaff, 2006, S. 1276).

Änderungen des Versorgungsangebots beim Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter

Der Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter kann für Menschen mit geistiger Behinderung den Wegfall einer verlässlichen Versorgungsstruktur bedeuten. Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) können von den Patientinnen und Patienten nur bis zu deren 18. Altersjahr genutzt werden. SPZ bieten Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung eine interdisziplinär organisierte Komplexbehandlung von fachlich hoch qualifizierten ärztlichen und nicht ärztlichen Mitarbeitern (vgl. Martin, 2013, S. 14).

Steffen & Blum untersuchten die wohnortnahe medizinische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in zwei Hamburger Bezirken (vgl. Steffen & Blum, 2011). Der Fokus ihrer Untersuchung lag auf der besonderen Berücksichtigung der Phase des Übergangs vom Jugend- zum Erwachsenenalter. Sie befragten Angehörige, Betroffene und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Insgesamt wurden 33 Personen befragt. Zusammenfassend werden einige Aussagen der Interviewten wiedergegeben. In der Behandlung überwiegen medikamentöse Therapien, vor allem Psychopharmaka werden oft verschrieben („Ruhigstellung“), hingegen kommt psychotherapeutischen Verfahren kaum Bedeutung zu. Die Befragten wünschen besonders auch weiterhin zur Kinderärztinnen/Kinderärzten zu gehen, die die Kinder / Klienten kennen. Mehr Ärztinnen/Ärzte (insbesondere Fachärztinnen/Fachärzte), sollten Hausbesuche machen. Es sollte bessere Instrumente zur Anamnese (z.B. Schmerz) geben. Es sollte mehr Angebote an Psychotherapie geben. Mehr Musik-, Reit-,

Tanztherapie, weniger Ergotherapie. Die Versorgung sollte durch eine zentrale Stelle, Krankenhaus oder Arztpraxis stattfinden, wo man 2 Mal im Jahr hinget und alles überprüfen / kontrollieren lässt (vgl. Steffen & Blum, 2011).

2.3 Versorgungskonzepte für Menschen mit geistiger Behinderung

Der erhöhte Bedarf vieler Menschen mit geistiger Behinderung an gesundheitlichen Leistungen erfordert adäquate Angebote. In den letzten Jahren wurden verschiedene Konzepte entwickelt, um die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung zu verbessern. Im Folgenden werden beispielhaft ausgewählte Versorgungskonzepte vorgestellt, die zu einer umfassenden gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung beitragen können.

Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB)

Seit den 1990er Jahren drängen verschiedene Interessenvertretungen für Menschen mit Behinderung auf eine Verbesserung deren gesundheitlicher Versorgung, besonders für Erwachsene mit Behinderung. Die Forderungen richten sich „zuerst und hauptsächlich an das medizinische Regelversorgungssystem“ (Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung, 2014). Gefordert werden interdisziplinär ausgestattete Versorgungsangebote (MZEB) als Ergänzung des Regelversorgungssystems, in Analogie zu den SPZ. Somit bilden solche MZEB im gestuften ambulanten Versorgungssystem nach der hausärztlichen Grundversorgung und der fachärztlichen Versorgung eine dritte Stufe (vgl. Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung, 2014).

„Nach mehrjährigen Anstrengungen und zuletzt in zahlreichen Verhandlungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und den Krankenkassen ist es der Johannesdiakonie Mosbach und der Diakonie Kork erstmals in Deutschland gelungen, Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) als Anschlussstrukturen zu SPZ im Erwachsenenalter, in den jeweiligen Einrichtungen finanziert zu bekommen“ (Martin, 2013, S. 15).

„Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen ist ein wichtiges Anliegen der Bundesregierung. Daher wurden mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG), das am 23. Juli 2015 in Kraft getreten ist, in einem neu eingeführten § 119c Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) die Grundlagen dafür geschaffen, Verbesserungen bei der gesundheitlichen Versorgung für Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die das 18. Lebensjahr überschritten haben, herbeizuführen. Die Regelung des

§ 119c SGB V ermöglicht die Ermächtigung medizinischer Behandlungszentren zur Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen in Anlehnung an die bereits bestehende Regelung für die Ermächtigung sozialpädiatrischer Zentren für Kinder und Jugendliche“ (Deutscher Bundestag, 2016). Mit Stand vom 26. Februar 2016 wurden bundesweit insgesamt 41 Ermächtigungen beantragt. Davon wurde ein Antrag positiv beschieden, 40 Anträge laufen noch (vgl. Deutscher Bundestag, 2016). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) teilte in einem Schreiben vom 8. November 2016 mit, dass inzwischen 76 Anträge auf Ermächtigung gestellt wurden, von denen 15 positiv und 6 negativ beschieden wurden (BMG, 2017). Anfang April 2017 lagen bei 21 beantragten MZEB in NRW 4 Zulassungen vor. Nach einem langen Anlauf kommt es nun zu Zulassungen. Insgesamt aber auf sehr niedrigem Niveau. Am 14. Dezember 2015 hat sich die Bundesarbeitsgemeinschaft für Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (BAG MZEB) gegründet. Die BAG MZEB sieht ihre Aufgabe darin, die konzeptionelle Weiterentwicklung von neu gegründeten medizinischen Behandlungszentren voranzutreiben (Deutscher Bundestag, 2016) und den Rechtsträgern eines medizinischen Behandlungszentrums eine Plattform zum Austausch und zur Zusammenarbeit zu bieten.

Entwicklung von Gesundheitspässen

In der evangelischen Stiftung Neuerkerode leben ca. 840 Menschen mit geistiger Behinderung. Um auf deren spezifische Gesundheitsrisiken einzugehen, wurden Gesundheitspässe entworfen (vgl. Felchner, 2002, S. 204). Zur Erfassung der verschiedenen Risikoprofile wurden drei Untergruppen gebildet:

- Menschen mit geistiger Behinderung schweren bis schwersten Grades
- Menschen mit geistiger Behinderung leichten bis mittleren Grades
- Menschen mit Trisomie 21

Für jede Untergruppe wurde der Gesundheitspass so entwickelt, dass das spezifische Risikoprofil bei der Erstuntersuchung erfasst wird. Die Pässe sind so konzipiert, dass auch Hausärztinnen und Hausärzte, die „nur eine kleine Zahl von Menschen mit Behinderung begleiten, ein Hilfsmittel in der Hand haben, um die wichtigsten spezifischen Gesundheitsrisiken aufdecken zu können. Für Patientinnen und Patienten stellen die Gesundheitspässe eine wichtige begleitende Dokumentation dar“ (Felchner, 2002, S. 204). Die Statuserhebung entspricht einer Ganzkörperuntersuchung (vgl. Felchner, 1999, 24ff.).

Verbesserung der fachlichen Qualifikation

Durch die Teilnahme an dem Zertifikatskurs „Grundkurs – Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung“, der Bundesarbeitsgemeinschaft Ärztinnen und Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung, können Ärztinnen und Ärzte Grundwissen in diesem Bereich der Medizin erwerben. Mittlerweile gibt es an verschiedenen medizinischen Fakultäten in Deutschland Lehrveranstaltungen zur Medizin für Menschen mit geistiger Behinderung (vgl. Martin, 2013, S. 16).

Im Jahr 2000 wurde an der Erasmus Universität in Rotterdam der weltweit erste Lehrstuhl für die Medizin geistig Behinderter eingerichtet (vgl. Schulze Höing, 2016, S. 218).

An der Universität Witten/Herdecke wurde deutschlandweit der erste Lehrstuhl für Behinderntenorientierte Zahnmedizin eingerichtet.

Entwicklung von Handreichungen

Die Landesarbeitsgemeinschaft der Angehörigenvertretungen in Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung in Baden-Württemberg e.V. (LAG) hat die beiden Informationsschriften „Menschen mit geistiger Behinderung im Krankenhaus“ (LAG 2011a) und „Menschen mit geistiger Behinderung beim Zahnarzt“ (LAG 2011b) herausgebracht. In diesen Handreichungen finden Angehörige, Betreuende und das medizinische Personal Informationen, die im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung zu beachten sind (vgl. Kemmerich, 2013, S. 34).

Gesundheitsangebote

Die Akademie Waldschlösschen bietet eine „Gesundheitswoche für Menschen mit geistiger Behinderung – Schwerpunkt Ernährung“ an. In diesem Seminar werden mit kreativen Methoden Grundkenntnisse zum Thema „gesunde Ernährung“ und Tipps zur Gewichtsreduktion vermittelt (vgl. Akademie Waldschlösschen, 2017). Psychiatrische Institutsambulanzen von Krankenhäusern bieten Ernährungsberatung für Menschen mit geistiger Behinderung an. Dabei handelt es sich um ein nicht-ärztliches Angebot bei Übergewicht sowie Leidensdruck (vgl. Adam, 2014).

3 Zielsetzung und Forschungsfragestellungen

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

Das Projekt untersucht 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 für die zukünftige gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung.

4 Material und Methode der Studie

4.1 Studiendesign und Kurzbeschreibung

Die Studie ist als Querschnittsstudie angelegt, die als pilotierende epidemiologische Studie aufgefasst werden kann.

Die Teilnehmerrekrutierung findet als Vollerhebung aller teilnahmewilligen Menschen mit geistiger Behinderung multizentrisch in 3 Werkstätten für Menschen mit geistiger Behinderung statt. Die Untersuchung prüft keine spezifische Hypothese, weshalb keine teststatistische Fallzahlberechnung erfolgt. Vielmehr ist das Ziel, eine möglichst hohe Teilnehmerzahl in den 3 Erhebungsorten zu gewinnen, um für die epidemiologisch deskriptiven Ergebnisse ein möglichst sicheres Konfidenzintervall zu erreichen. Die strukturierte Gesundheitsuntersuchung der einen Hälfte der Teilnehmenden findet in jeder der Werkstätten durch hausärztlich tätige Allgemeinmediziner statt. Die andere Hälfte der Teilnehmenden wird aufgefordert, sich durch die eigene Hausärztin / den eigenen Hausarzt in deren / dessen Praxis ebenso strukturiert untersuchen zu lassen. Die Gruppenzuteilung erfolgt zufällig. Die Forschungsfragen werden immer sowohl aus Sicht der Menschen mit geistiger Behinderung als auch ihrer Betreuenden/Angehörigen erhoben und um die Perspektive ihrer Hausärzte ergänzt.

4.2 Stichprobenrekrutierung

Die Studie möchte wissenschaftliche Erkenntnisse zur Gesundheitsversorgung von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung gewinnen. Der größte Teil der Menschen mit geistiger Behinderung über alle erwachsenen Altersstufen ist über die Tagestätigkeit, also die entsprechenden Werkstätten zu erreichen. Der Zugang über die unterschiedlichen Wohnformen wäre deutlich aufwändiger. Aus diesem Grunde rekrutiert diese Studie Menschen mit geistiger Behinderung (≥ 18 Jahre) und deren Angehörige/Betreuende in je einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung in 3 Städten Nordrhein-Westfalens: Oberhausen, Witten und Solingen. Der Zugang über die Werkstatt bietet den Vorteil, dass die Diagnose geistige Behinderung bereits gestellt wurde. Es wurden Städte ausgewählt, die zum einen die beiden Ärztekammerbereiche Nordrhein und Westfalen-Lippe abdecken und zum anderen durch bestehende Kontakte der Antragstellenden einen Zugang zu den jeweiligen Einrichtungen ermöglichen.

In diesem Bericht werden die in Werkstätten tätigen Menschen mit geistiger Behinderung einheitlich als „Beschäftigte“ benannt und als „Mitarbeiter“ werden in der Werkstatt angestellte

Menschen ohne geistige Behinderung bezeichnet, die zumeist in der Werkstattverwaltung oder anleitend tätig sind.

Das gewählte Setting Werkstatt stellt gleichwohl eine Eingrenzung der Grundgesamtheit der Menschen mit geistiger Behinderung dar. Laut Biekers Definition der Werkstattbeschäftigten bedeutet dies, dass die Teilnehmenden die Anforderungen zur Anstellung in einer WfbM erfüllen, also „ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung erbringen können, bei denen keine erhebliche Selbst- oder Fremdgefährdung besteht und Betreuung und Pflege nicht so umfassend erforderlich sind, dass das geforderte Mindestmaß auf Dauer nicht erreicht werden kann“ (Bieker, 2013, S. 410). Dies bedeutet, dass besonders intensiv hilfs- und pflegebedürftige Menschen mit geistiger Behinderung nicht einbezogen werden, aber auch diejenigen, die doch eine Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt gefunden haben.

Als Einschlusskriterium gilt der Beschäftigtenstatus in einer der drei Werkstätten. Ausschlusskriterium ist einzig die nicht vorliegende schriftliche Teilnahmeeinverständniserklärung durch den Teilnehmenden / die Teilnehmende bzw. der zuständigen Betreuerin / des Betreuers.

4.3 Studienablauf

Die Studie erhebt und dokumentiert entsprechend der Forschungsfragen mit Fragebögen bzw. Erhebungsbögen von Menschen mit geistiger Behinderung und deren Angehörigen/Betreuenden FF1) die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung und von Präventionsangeboten (§20 SGB V) sowie die von ihnen dabei erfahrenen FF2) Barrieren und förderlichen Faktoren, ergänzt um die Perspektive ihrer Hausärztinnen und Hausärzte.

Mit der strukturierten Gesundheitsuntersuchung der teilnehmenden Menschen mit geistiger Behinderung wird FF3) der derzeitige Gesundheitszustand einschließlich bisher eventuell noch nicht bekannter Diagnosen oder Einschränkungen, festgestellt. Diese Gesundheitsuntersuchung wird bei der einen Hälfte der Teilnehmenden in den Räumlichkeiten der Werkstatt durch 2 bis 4 ihnen unbekannte Hausärzte durchgeführt („Aufsuchsystem“) und bei der anderen Hälfte erfolgt die Untersuchung in der Praxis ihres Hausarztes oder ihrer Hausärztin („Regelsystem“), wobei die Zuteilung zufällig erfolgt. Abschließend werden die Menschen mit geistiger Behinderung, ihre Angehörigen/Betreuenden und die in ihrer Praxis aufgesuchten Hausärztinnen und Hausärzte FF4) zu ihrer Bewertung einer solchen strukturierten Gesundheitsuntersuchung und ihren Wünschen und Verbesserungsvorschlägen für die künftige gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung befragt.

Die Randomisierung erfolgte dreizeitig, d.h. für jede Werkstatt wurde anhand einer eigenen Randomisierungsliste die Gruppenzuweisung („Regelsystem“ / „Aufsuchsystem“) der Menschen mit geistiger Behinderung ohne Beachtung weiterer Faktoren vorgenommen. Die Randomisierungslisten wurden durch Anwendung eines Zufallszahlengenerators erstellt. Die Gruppengrößen der Teilnehmenden unterscheiden sich zufallsbedingt.

Der Ablauf zwischen den beiden Gruppen der Gesundheitsuntersuchung ist wie folgt.

① „**Regelsystem**“: Diese erste Gruppe erhält nach der Inanspruchnahmebefragung eine mündliche und schriftliche Information zu den Vorteilen einer strukturierten Gesundheitsuntersuchung und wird dazu aufgefordert, eine solche möglichst innerhalb von zwei Monaten bei ihrem Hausarzt / ihrer Hausärztin in der Praxis wahrzunehmen. Zusätzlich zur Information der Menschen mit geistiger Behinderung selber werden die Angehörigen/Betreuenden schriftlich über die Wahrnehmung einer strukturierten Gesundheitsuntersuchung aufgeklärt.

② „**Aufsuchsystem**“: Diese zweite Gruppe erhält nach der Befragung einen Termin für die strukturierte Gesundheitsuntersuchung in den Räumlichkeiten der Werkstatt. Die Untersuchung wird durch den „Werkstattarzt“, einen auch in der Untersuchung von Menschen mit geistiger Behinderung erfahrenen, niedergelassenen Hausarzt und eine Studienassistentin in der Werkstatt durchgeführt. Nach der Untersuchung bekommen die Teilnehmenden einen Bericht mit den erhobenen Befunden und eventuellen Empfehlungen für weiterreichende Diagnostik oder Therapie durch den Hausarzt ausgehändigt.

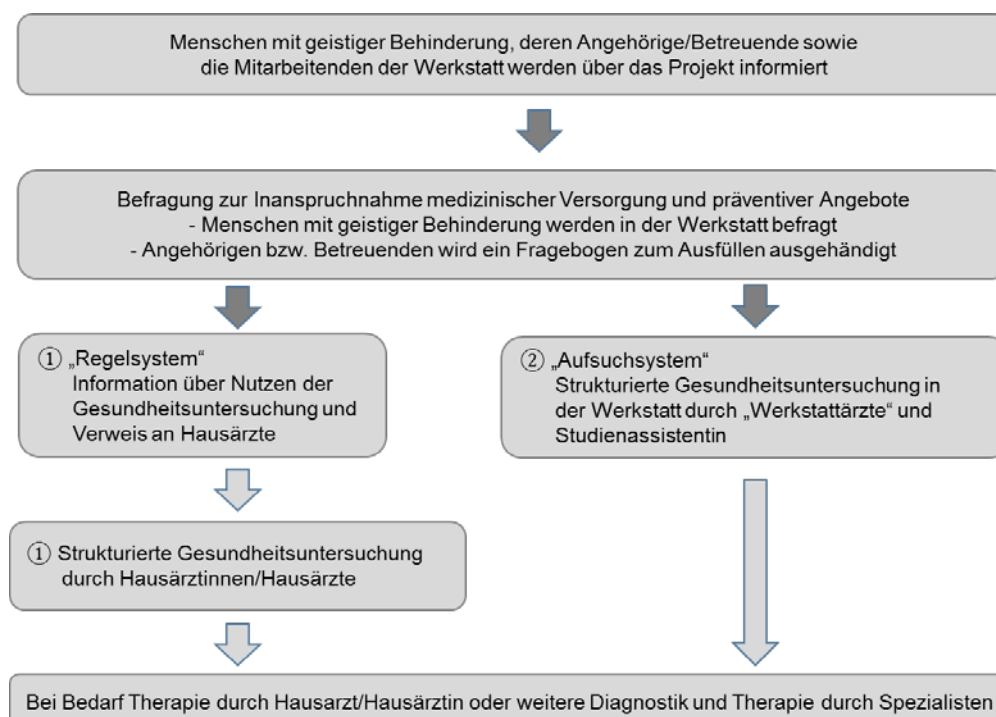


Abbildung 3: Ablauf des Projekts

4.4 Die Erhebungsinstrumente

Ein etabliertes, eventuell bereits validiertes Erhebungsinstrument für die Fragestellungen zur Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung existiert nicht. Daher sind für die Erhebung der notwendigen Daten zur Beantwortung der Forschungsfragestellungen eigene Erhebungsinstrumente entwickelt worden. Bei der Entwicklung der Erhebungsbögen wurde auf Fragen aus anderen großen Bevölkerungsbefragungen zur gesundheitlichen Versorgung wie DEGS1 (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (2008-2011) und die Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zurückgegriffen. Dieses Vorgehen bietet den Vorteil, das Gesundheitsverhalten von Menschen mit geistiger Behinderung mit der Allgemeinbevölkerung vergleichen zu können. Informationen zur gesamten Stichprobe der Beschäftigten in den 3 Erhebungsorten, den Werkstätten für Menschen mit Behinderung in Oberhausen, Witten und Solingen, werden durch den Begleitenden Dienst in den jeweiligen Werkstätten erhoben. Diese Angaben umfassen Alter, Geschlecht und Wohnform (für die Werkstatt in Solingen liegt diese Angabe nicht vor).

Insgesamt besteht das Erhebungsinstrumentarium dieser Studie aus 5 schriftlichen Erhebungsbögen. 3 davon sind Fragebögen, 2 sind Erhebungsbögen und dokumentieren die Gesundheitsuntersuchung. Entsprechend der Forschungsfragestellungen sind dies im Einzelnen folgende Instrumente:

Ad FF1 & FF2 Die Inanspruchnahme medizinischer und präventiver Versorgung wird durch eine strukturierte Befragung der Menschen mit geistiger Behinderung und deren Angehörigen/Betreuenden erfasst. Dazu wird ein für die Studie entwickeltes Befragungsinstrument genutzt. Es liegt in zwei Versionen vor.

Eine umfangreichere Version dieses Fragebogens wird von einem Angehörigen/Betreuenden, der sich regelmäßig um die gesundheitlichen Belange mit kümmert, selbstständig ausgefüllt (**Fragebogen Inanspruchnahme Angehöriger/Betreuer – FB1**). Er erhebt die Inanspruchnahme von Gesundheitsuntersuchungen, Vorsorgeuntersuchungen und Präventionsangeboten; Barrieren der gesundheitlichen Versorgung und Erfahrung mit Arztbesuchen sowie soziodemografische Angaben.

Eine kürzere Version in Leichter Sprache (**Fragebogen Inanspruchnahme Beschäftigter – FB2**) wird zur Erhebung der Menschen mit geistiger Behinderung eingesetzt und zusammen mit einer Interviewerin / einem Interviewer ausgefüllt.

Die aufgesuchten Hausärztinnen/Hausärzte werden gebeten, Fragen zu ihrer beruflichen Erfahrung im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung zu beantworten (**Fragebogen aufgesuchter Hausarzt – FB3**). Dieser Fragebogen erfragt die generelle Erfahrung und bezieht sich nicht spezifisch auf den einen untersuchten Patienten. Er umfasst Fragen zur Teilnahme an Weiterbildung, Barrieren (räumliche und kommunikative) und zur Erfahrung im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung.

Ad FF3) Zur Dokumentation der strukturierten Gesundheitsuntersuchung dienen 2 entwickelte Erhebungsbögen: **Erhebungsbogen Werkstattarzt – EB1** bzw. **Erhebungsbogen aufgesuchter Hausarzt EB2**.

Diese beiden wurden in Anlehnung an den Cardiff Health Check for People with a Learning Disability (Kerr 1998) entwickelt.

Ad FF4) Die Akzeptanz einer strukturierten Gesundheitsuntersuchung und Vorschläge für die künftige gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung werden von den Menschen mit geistiger Behinderung (FB2), den Angehörigen/Betreuenden (FB1) und der aufgesuchten Hausärztin/dem aufgesuchten Hausarzt (FB3) erfragt und in eben diesen Fragebögen zur Inanspruchnahme und Barrieren mit erfasst.

Der Fragebogen für Angehörige/Betreuende (FB1) wurde mit vier Angehörigen und einer Wohnstättenleitung mit der „Laut-Denken-Methode“ vorgetestet. Das Ergebnis war die Differenzierung und Ergänzung einiger Fragen im Bogen. Mit der Leitung der Wohnstätte wurden darüber hinaus die verschiedenen Informationsschreiben für die Angehörigen/Betreuenden sowie für die Beschäftigten durchgesprochen. Die Leitung gab den Hinweis, den beschriebenen Ablauf des Ausfüllens und Zurückschickens der Fragebögen am Ende des Schreibens noch einmal knapp zusammenzufassen.

Der Fragebogen für die Beschäftigten (FB2) wurde mit zwei Beschäftigten vorgetestet. Es sollte überprüft werden, ob die Fragestellungen grundsätzlich verstanden werden. Der Fragebogen für Beschäftigte ist in Leichter Sprache verfasst. Da die kognitiven Fähigkeiten sich zwischen den Beschäftigten stark unterscheiden, sind einzelne Fragen für Beschäftigte nur eingeschränkt verständlich, ein für alle Beschäftigten vollumfänglich verstehbarer Fragebogen enthielte allerdings nur noch sehr wenige einfache Sachverhalte, weshalb auf dieses Ziel verzichtet wurde.

Die Erhebungsbögen für die Gesundheitsuntersuchungen (EB1 und EB2) wurden von einem Allgemeinmediziner auf Richtigkeit, Verständlichkeit und Durchführbarkeit hin überprüft.

4.5 Beschreibung der Gesundheitsuntersuchung

Die Gesundheitsuntersuchung ist angelehnt an den Check-up 35. Häufig auftretende Krankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Nierenerkrankungen beziehungsweise deren Risikofaktoren sollen durch die Untersuchung möglichst frühzeitig erkannt werden. Zugleich bietet sich hier eine gute Gelegenheit, um auf das Thema Impfen hinzuweisen und Risikoverhalten wie Bewegungsmangel, Alkohol und Ernährung anzusprechen. Der Check-up 35 umfasst die Anamnese, die klinische Untersuchung, eine Blut- und Urinlaboruntersuchung und eine Beratung (vgl. KBV, 2013, S. 1).

Erfasst werden folgende Parameter: Größe, Gewicht, Raucherstatus, Alkoholkonsum, sportliche Betätigung, Impfungen, Blutdruck, Hörvermögen, Sehvermögen, Zahnstatus, Herz-Kreislauf-System, respiratorisches System, zentrales und peripheres Nervensystem, Urogenitalsystem, Haut, Füße sowie an Laborparametern die Blutfettwerte, Blutglukose, Schilddrüsenwerte und eine Urinanalyse (siehe Erhebungsinstrumente im Anhang).

4.6 Hauptzielgrößen

Im Rahmen des Projekts werden je nach Forschungsfragestellung folgende Hauptzielgrößen analysiert:

Ad FF1) Befragung der Menschen mit geistiger Behinderung und deren Angehörige/Betreuende zur Inanspruchnahme medizinischer Versorgung sowie von Präventionsangeboten (§ 20 SGB V):

- Anzahl der in den letzten 12 bzw. 24 Monaten erfolgten Inanspruchnahmen medizinischer Versorgung (Hausarzt, Facharzt, Zahnarztbesuche, Krankenhausaufenthalte, Kontakte zu sonstigen medizinischen Leistungsanbietern, Wahrnehmung empfohlener Vorsorgeuntersuchungen) sowie von Präventionsangeboten.
- Soziodemografische Variablen: Alter, Geschlecht, Arbeitsort der Menschen mit geistiger Behinderung
- Medikamenteneinnahme

Ad FF2) Befragung der Menschen mit geistiger Behinderung, deren Angehörige/Betreuende und der aufgesuchten Hausärztin/des aufgesuchten Hausarztes zu:

- wahrgenommenen Barrieren der Inklusion im Regelversorgungssystem
- förderlichen Faktoren

bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung bzw. Teilhabe an Präventionsangeboten.

Ad FF3) Im Rahmen einer strukturierten Gesundheitsuntersuchung findet eine diagnostische Abklärung durch Anamnese und körperliche Untersuchung statt, die die unter 4.5 genannten Parameter erfasst. Im deutschen Regelversorgungssystem lässt sich die Untersuchung mit dem Check-up 35 vergleichen.

Ad FF4) Befragung der Menschen mit geistiger Behinderung, ihrer Angehörigen/Betreuenden und der aufgesuchten Hausärztinnen/Hausärzten zu:

- Akzeptanz einer strukturierten Gesundheitsuntersuchung für Menschen mit geistiger Behinderung,
- bevorzugter Ort für eine Gesundheitsuntersuchung –in den Örtlichkeiten der Werkstatt oder der Praxis der Hausärztin/des Hausarztes,
- Wünsche zur Gesundheitsversorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in der Zukunft.

4.7 Statistische Analyse

Die statistischen Analysen im Rahmen des Projekts sind vor allem deskriptiv. Hierzu werden die Verteilungsparameter der Hauptzielgrößen in der Stichprobe ermittelt. Zusätzlich werden hypothesengenerierend inferenzstatistische Verfahren angewandt. Diese dienen dazu, Unterschiede in der Inanspruchnahme, Akzeptanz und Barrieren der Gesundheitsuntersuchungen sowie von Präventionsangeboten, der erfassten Morbidität und Therapienotwendigkeit in Abhängigkeit von soziodemographischen und behinderungsspezifischen Merkmalen der Betroffenen und Betreuerinnen und Betreuer sowie der beiden Vorgehensweisen „Regelsystem“ versus „Aufsuchsystem“ hypothesengenerierend zu untersuchen.

4.8 Qualitätssicherung Dateneingabe

Nach der Dateneingabe in das SPSS Programm wurden 10% der Daten durch eine zweite Person mittels Doppeleingabe kontrolliert. Der Fehlerschätzer (Fehler/mögliche Eingabefehler x 100) beträgt 0,129%. Alle entdeckten Fehleingaben und unplausiblen Daten sind anhand der Originalfragebögen korrigiert. Die Datensicherheit ist gemäß Datenschutzaufgaben gewährleistet. Sämtliche Erhebungsbögen sind vollständig anonym und können nicht deanonymisiert werden.

4.9 Qualitative Analyse

Die qualitativen Daten wurden angelehnt an die strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Die inhaltliche Strukturierung will Material zu bestimmten Themen und zu bestimmten Inhaltsbereichen extrahieren und zusammenfassen (vgl. Mayring, 2010, S. 94). Für die exakte Zuordnung des Materials zu einer Kategorie hat sich laut Mayring (2010, S. 92) ein aus drei Schritten bestehendes Verfahren bewährt. Zunächst werden ähnliche Ereignisse und Vorfälle zu einer Kategorie zusammengefasst. Welche Textbausteine unter eine Kategorie fallen wird genau definiert. Anschließend werden Ankerbeispiele festgelegt, die als prägnante Beispiele für diese Kategorie gelten. Als dritter Schritt werden Kodierregeln aufgestellt, die eine eindeutige Zuordnung ermöglichen sollen. In einem weiteren „Materialdurchlauf“ wird das Kategoriensystem weiter ausdifferenziert und modifiziert (vgl. ebd.). So entsteht nach mehrfacher Überarbeitung ein sehr umfangreiches Kategoriensystem.

4.10 Ethische Gesichtspunkte

Das Projekt wurde der Ethikkommission der Universität Witten/Herdecke zur Begutachtung vorgelegt. Diese gab am 14.1.2016 ihr positives Votum unter der Antrags-Nr. 115/2015.

Voraussetzung für die Studienteilnahme ist das Vorliegen der Einverständniserklärung des Teilnehmenden. Ist eine gesetzliche Betreuerin/ein gesetzlicher Betreuer vorhanden, unterschreibt diese/r die Einverständniserklärung.

Alle Studiendaten wurden während der Erhebungsphase pseudonymisiert in einer Datenbank erfasst und die Dechiffrierliste entsprechend der Auflagen der Ethikkommission an anderem Ort unter Verschluss aufbewahrt. Mit Abschluss der Datenerhebung und –korrektur wurden die Dechiffrierlisten datenschutzsicher gelöscht, so dass seitdem nur noch anonymisierte Daten vorliegen.

4.11 Beschreibung der DEGS Stichprobe

Um einen Vergleich der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung und präventiver Angebote zwischen Menschen mit geistiger Behinderung und der Allgemeinbevölkerung ziehen zu können, eignen sich Daten der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS). DEGS ist Teil des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts. Das Monitoring hat das Ziel, kontinuierlich vielfältige Daten zur gesundheitlichen Lage der Erwachsenen in Deutschland zu liefern. Seit 2008 werden bundesweit Daten erhoben und zur Verfügung

gestellt, mit denen die aktuelle gesundheitliche Lage der erwachsenen Bevölkerung und zeitliche Entwicklungstrends beschrieben werden können. Mit DEGS werden Gesundheitsdaten sowohl durch Befragungen als auch mittels körperlicher Untersuchungen und Laboranalysen erhoben, was validere Messungen und bessere Häufigkeitsschätzungen für Krankheiten ermöglicht (vgl. DEGS, 2011).

Tabelle 3: Geschlechterverteilung in der Projekt- und DEGS-Stichprobe

	Projekt-Stichprobe		DEGS	
	N	%	N	%
männlich	107	60,8	3789	47,44
weiblich	69	39,2	4198	52,56
N	176	100	7987	100

Tabelle 4: Alterszusammensetzung der Projekt- und DEGS-Stichprobe

	Projekt-Stichprobe		DEGS	
	N	%	N	%
<25 Jahre	32	18,2	512	6,41
25-34 Jahre	41	23,3	905	11,33
35-44 Jahre	32	18,2	1158	14,5
45-55 Jahre	43	24,4	1834	22,96
> 55 Jahre	28	15,9	3578	44,8
N	176	100	7987	100

Die DEGS-Stichprobe unterscheidet sich in Alter und Geschlechterverteilung von der Studienstichprobe. Im Vergleich sind in der Studienstichprobe mehr männliche und mehr jüngere Teilnehmer. Die im Ergebniskapitel als Vergleichszahlen mit aufgeführten Werte der DEGS-Studie konnten, dank eines öffentlich verfügbaren DEGS-Datensatzes, nach Alter und Geschlecht an die hier vorliegende Studie adjustiert werden (Anpassung an unsere Stichprobe, nicht nach dem Bundesdurchschnitt: indirekte Standardisierung). Die Ergebnisse sind damit direkter vergleichbar.

4.12 Beschreibung der KBV Stichprobe

Im Rahmen der Versichertenbefragung führte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 2015 6.089 telefonische Interviews durch. Die Umfrage ist repräsentativ für die deutsche Wohnbevölkerung ab 18 Jahren. Neben der Häufigkeit von Arztbesuchen werden u.a. Themen wie Terminvereinbarung, Wartezeit in der Arztpraxis und Zufriedenheit mit den Arztbesuchen

abgefragt. Da kein öffentlich verfügbarer Datensatz vorliegt, sind die im Ergebnisteil als Vergleich aufgeführten KBV-Daten nicht nach Alter und Geschlecht adjustiert.

Tabelle 5: Alterszusammensetzung der Projekt- und KBV-Stichprobe

	Projekt-Stichprobe		KBV	
	N	%	N	%
bis 29 Jahre	57	32,4	803	13,2
30-39 Jahre	26	14,8	773	12,7
40-49 Jahre	42	23,9	1149	18,9
50-59 Jahre	34	19,3	1196	19,6
60-69 Jahre	16	9,1	885	14,5
70-79 Jahre	1	0,6	848	13,9
>=80 Jahre	0	0,0	435	7,1
Gesamt	176	100,0	6089	100,0

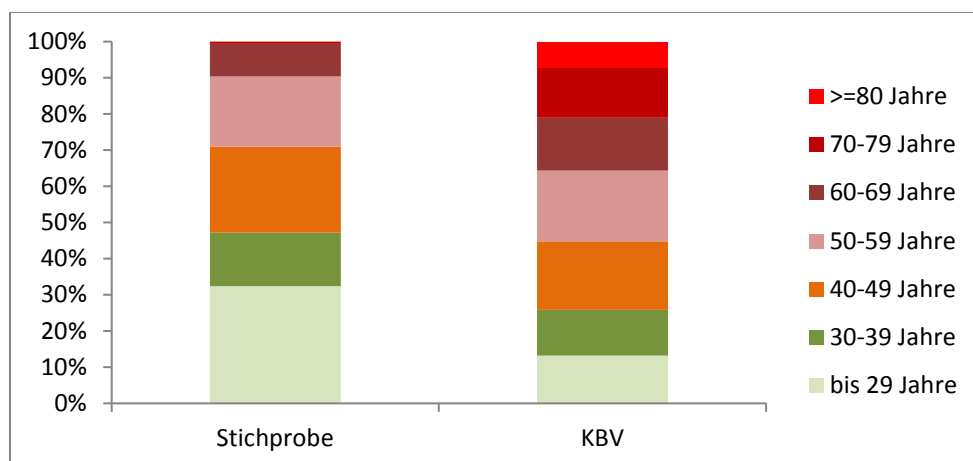


Abbildung 4: Vergleich der Alterszusammensetzung

Tabelle 6: Geschlechterverteilung in der Projekt- und KBV-Stichprobe

	Projekt-Stichprobe		KBV	
	N	%	N	%
männlich	107	60,8	2873	47,2
weiblich	69	39,2	3216	52,8
Gesamtsumme	176	100,0	6089	100,0

4.13 Projektdurchführung

Im Rahmen des Projekts sollen diejenigen erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung einbezogen werden, die in den Werkstätten für Menschen mit Behinderungen in Oberhausen, Witten und Solingen beschäftigt sind. Einschlusskriterium für die Teilnahme an dem Projekt (Befragung sowie Gesundheitsuntersuchung) ist die Einwilligung der Betroffenen und der jeweiligen Betreuerinnen und Betreuer. Wenn es eine gesetzliche Betreuerin/ einen gesetzlichen Betreuer gibt, muss diese/dieser die Einwilligung geben. Wenn keine Einwilligung gegeben wird, stellt dies ein Ausschlusskriterium dar. Aus Gründen des Datenschutzes stellen die Werkstätten den Erstkontakt mit den Beschäftigten her. Die Rekrutierung findet in den Werkstätten statt. Bestehende Kontakte der Antragstellenden zu den jeweiligen Einrichtungen für behinderte Menschen sowie zu teilnahmewilligen Hausärztinnen und Hausärzten in Oberhausen, Witten und Solingen werden genutzt.

Nach Erhalt der Einverständniserklärung zur Teilnahme an dem Projekt wird mit den Beschäftigten in der Werkstatt die Befragung zur Inanspruchnahme von gesundheitlichen Angeboten (**Fragebogen Inanspruchnahme Beschäftigter – FB2**) durchgeführt. Analog zum Sprachgebrauch in der Werkstatt Witten werden die Personen mit Behinderung als »Beschäftigte« und die Mitarbeiter des Begleitenden Dienstes als »Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter« bezeichnet. Die strukturierte Gesundheitsuntersuchung der Teilnehmenden findet für die Gruppe „Aufsuchsystem“ in einem separaten Raum der Werkstätten für Menschen mit Behinderung statt. Die Datenerfassung erfolgt durch die Studienassistentin während der strukturierten Gesundheitsuntersuchung im **Erhebungsbogen Werkstattarzt – EB1**.

Die Gruppe „Regelsystem“ erhält eine mündliche und schriftliche Information (separat und angepasst für den Menschen mit geistiger Behinderung und die Angehörigen bzw. Betreuenden über den Nutzen einer strukturierten Gesundheitsuntersuchung mit der Aufforderung möglichst innerhalb von zwei Monaten einen Termin bei der Hausärztin/beim Hausarzt zu vereinbaren. Dem Teilnehmenden wird ein Umschlag für die/den Hausärztin/Hausarzt mitgegeben. Dieser enthält eine Beschreibung der Studie, Angaben zur Vergütung der Gesundheitsuntersuchung und den Erhebungsbogen für die strukturierte Gesundheitsuntersuchung (**Erhebungsbogen aufgesuchter Hausarzt – EB2**) und den (**Fragebogen aufgesuchter Hausarzt – FB3**), mit dem die/der aufgesuchte/r Hausärztin/Hausarzt gebeten wird, Fragen zur eigenen Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung zu beantworten. Die beiden Instrumente (Erhebungsbogen EB2 und Fragebogen FB3) werden von der Hausärztin/ dem Hausarzt an das Studienzentrum zurückgesandt, wo die Daten elektronisch erfasst werden.

Mit Beendigung der Datensammlung im Februar 2017 erfolgte die Doppeleingabe von 10% der Erhebungsinstrumente. Anschließend wurden die Fragestellungen statistisch ausgewertet.

Allgemeiner Ablauf in den Werkstätten: Als Ansprechpersonen für die wissenschaftliche Mitarbeiterin standen in den Werkstätten die Mitarbeitenden des Begleitenden Dienstes zur Verfügung. Mit den Mitarbeitenden wurden Termine vereinbart, an denen die Erhebungen in der Werkstatt stattfinden konnten. Montage und Freitage wurde von den Mitarbeitenden eher als ungeeignet bewertet, da an diesen Tagen viele organisatorische Angelegenheiten anfallen. Somit fanden die Untersuchungen dienstags bis donnerstags statt. Üblicherweise erhielten die Mitarbeitenden vor einem Erhebungstag eine Liste mit den Teilnehmenden, die am jeweiligen Tag befragt und evtl. untersucht werden sollen. Die wissenschaftliche Mitarbeiterin glied die unterschriebenen Einverständniserklärungen mit dem Beschäftigten-Stammblatt des Begleitenden Dienstes ab. In den Fällen, in denen nicht die berechtigte Person unterschrieben hatte, wurde Kontakt mit der berechtigten Person aufgenommen und diese um ihre Unterschrift gebeten. In Fällen, bei denen die Unterschrift auf der Einverständniserklärung fehlte, wurde durch Nachfrage die Bereitschaft geklärt und die Unterschrift nachgeholt.

Mit den Ärztinnen und Ärzten, die Untersuchungen in der Werkstatt durchführten, wurden im Vorfeld Termine vereinbart. Neben der Allgemeinärztin/dem Allgemeinarzt, die/der die Gesundheitsuntersuchung durchführte, wurde von einer Zahnärztin/einem Zahnarzt der DMFT-Wert erhoben. Die Zahnärztinnen und Zahnärzte sind Mitarbeitende des Lehrstuhls für Behindertenorientierte Zahnmedizin der Universität Witten/Herdecke.

Etwa einen Monat nach der Untersuchung erhielten die Teilnehmenden einen Bericht über ihre Gesundheitsuntersuchung mit gegebenenfalls der Empfehlung, ihre Hausärztin/ihren Hausarzt bzw. ihre Zahnärztin/ihren Zahnarzt aufzusuchen.

Ablauf Werkstatt Oberhausen: Im Oktober 2015 fand ein erstes Gespräch in der Werkstatt Oberhausen statt. Die wissenschaftliche Projektmitarbeiterin besprach mit dem Geschäftsführer und dem Begleitenden Dienst der Werkstatt den zeitlichen und organisatorischen Projektablauf. Das Modellprojekt wurde den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Oberhausen im Rahmen des (Ärzte-)Kammerdienstags im Dezember 2015 vorgestellt. Diese Veranstaltung diente zum einem der Bekanntmachung des Projekts und zum anderen sollten Ärztinnen und Ärzte rekrutiert werden, um die Untersuchungen in der Werkstatt durchzuführen.

Im Januar 2016 wurden die Projektunterlagen (Einverständniserklärung, Informationsschreiben, Fragebogen für die Angehörigen/Betreuenden, frankierter Rückumschlag) in der Werkstatt an die Beschäftigten verteilt. Im Februar 2016 begannen die Untersuchungen in der Werkstatt Oberhausen. Teilnehmende der Gruppe „Regelsystem“ wurden aufgefordert innerhalb der

nächsten zwei Monate eine Gesundheitsuntersuchung bei ihrer Hausärztin / ihrem Hausarzt durchführen zu lassen.

Vier Wochen nach dem Verteilen der Projektunterlagen wurde ein Erinnerungs- und Aufrufschreiben zur Teilnahme an alle Beschäftigten verteilt. Da die Anzahl der Teilnehmenden hinter den Erwartungen zurückblieb, wurde nach Möglichkeiten gesucht, um die Anzahl zu erhöhen. Aufgrund des Datenschutzes war eine telefonische Kontaktaufnahme der Projektmitarbeiterin zu den Familien der Beschäftigten bzw. zu den Beschäftigten selber nicht möglich. Nach Rücksprache mit der Geschäftsführung der Werkstatt verfasste diese ein Schreiben, in dem sie das Ziel und den Nutzen des Projekts beschrieb und die Beschäftigten ermunterte, sich an dem Projekt zu beteiligen. Darüber hinaus konnte nach Genehmigung der Ethikkommission und des Mittelgebers eine Verlosung von 10 Einkaufsgutscheinen im Wert von je 30€ unter den Teilnehmendem je Werkstatt als kleiner Anreiz eingesetzt werden. Die Beschäftigten wurden im vorerwähnten Anschreiben der Geschäftsführung über die Möglichkeit unterrichtet, im Falle ihrer Studienteilnahme an einer Verlosung teilzunehmen. Im September 2016 endete die Datenerhebung in der Werkstatt Oberhausen.

Ablauf Werkstatt Witten: Im Oktober 2015 fand ein Treffen der Projektmitarbeiterin und der Leitung des Begleitenden Dienstes sowie der Leitung der Wohnstätte statt. Es wurde der zeitliche und organisatorische Ablauf des Projekts besprochen. Im November 2015 stellten die Projektverantwortlichen und die wissenschaftliche Mitarbeiterin das Projekt an einem Eltern- und Betreuerabend in Witten vor. Im Anschluss an die Präsentation standen die Projektmitarbeitenden für Fragen zur Verfügung. Im Februar 2016 wurde das Projekt den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Witten vorgestellt. Im April wurden die Projektunterlagen verteilt. Einen Monat später, im Mai, begannen die Untersuchungen. Im Juni 2016 wurde ein Erinnerungs- und Aufrufschreiben zur Teilnahme an die Beschäftigten verteilt. Im Oktober 2016 endete die Datenerhebung in der Werkstatt Witten.

Im September 2016 lagen 121 unterschriebene Einverständniserklärungen aus den ersten beiden Werkstätten vor, wobei im Projektantrag von einer etwa doppelt so hohen Teilnahme ausgegangen worden war. Da in den Werkstätten Oberhausen und Witten bereits verschiedene Rekrutierungsmaßnahmen über einen längeren Zeitraum angewendet worden waren, wurde nach Rücksprache und Einverständnis der Mittelgeber vereinbart, in einer dritten Werkstatt zu rekrutieren und das Projekt um zwei Monate zu verlängern. Die Projektverantwortliche konnte die Werkstatt Solingen und deren Geschäftsführung zu einer Teilnahme an dem Projekt gewinnen.

Ablauf Werkstatt Solingen: Im Oktober 2016 wurden an zwei aufeinander folgenden Tagen Informationsveranstaltungen in der Werkstatt in Solingen durchgeführt. Zu der Abendveranstaltung waren die Beschäftigten, die Angehörigen sowie die Betreuenden eingeladen. Die Veranstaltung für die Beschäftigten und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fand während deren Arbeitszeit statt. Zehn Tage nach den Informationsveranstaltungen wurden die Projektunterlagen verteilt. Im November begannen die Untersuchungen in der Werkstatt. Sechs Wochen nach dem Verteilen der Projektunterlagen wurde ein Erinnerungs- und Aufforderungsschreiben verteilt. Im Januar 2017 endete die Datenerhebung in der Werkstatt Solingen.

5 Projektverlauf

Das Projekt umfasst einen Zeitraum von 22 Monaten, vom 01.06.2015 – 31.03.2017.

Tabelle 7: Zeit- und Meilensteinplan

Aufgaben / Monate	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	21-22
0) Projektvorbereitung, Vereinbarung mit Krankenkassen											
1-2) Studienmaterial erstellen; Ethikkommission											
3-5) Rekrutierung, Schulung, Einwilligung											
6-7) Befragungen & Gesundheitsuntersuchungen											
8-11) Datenerfassung, Telefoninterviews											
12) Zusammenführung und Analyse der Daten											
13) Berichterstellung											
14) Verbreitung (vor allem nach Projektende)											

Das Projekt begann im Juni 2015 mit Vereinbarungen zur Vergütung der im Projekt vorgesehenen ärztlichen Untersuchungen mit den Krankenkassen. Parallel dazu lief die Entwicklung der folgenden Instrumente:

- Fragebogen Inanspruchnahme Angehörige/Betreuer – FB1
- Fragebogen Inanspruchnahme Beschäftigter – FB2
- Erhebungsbogen Werkstattarzt – EB1
- Erhebungsbogen aufgesuchter Hausarzt – EB2
- Fragebogen aufgesuchter Hausarzt – FB3

sowie der Aufklärungs- und Informationsschreiben für alle Projektbeteiligten. Anschließend wurde ein Antrag auf ein positives Votum der Ethikkommission der Universität Witten/Herdecke gestellt, das nach Ergänzungen am 14.1.2016 unter der Antrags-Nr. 115/2015 erteilt wurde.

Ab Oktober 2015 begannen die Vorbereitungen zur Erhebung und dann die Erhebung selber in den 3 Werkstätten, wobei die Erhebungen nacheinander, teils überlappend erfolgten. Die Notwendigkeit für den Einschluss einer dritten Rekrutierungswerkstatt wurde im Verlauf der Erhebung deutlich, da die Anzahl der Teilnehmenden unter der erwarteten zurückblieb und die Projektlaufzeit wurde daher um zwei Monate bis zum 31.3.2017 verlängert.

Die Eingabe der erhobenen Daten in das SPSS Programm erfolgte kontinuierlich. Mit Beendigung der Datensammlung im Februar 2017 erfolgte die Doppeleingabe von 10% der Erhebungsinstrumente. Anschließend wurden die Fragestellungen statistisch ausgewertet. Die Monate Februar bis April 2017 dienten der Fertigstellung des Abschlussberichts.

6 Ergebnisse

In der Stichprobenbeschreibung werden zunächst die Teilnehmenden und die Nicht-Teilnehmenden der drei Werkstätten anhand der für alle Beschäftigten verfügbaren Werkstattdaten verglichen und die erreichte Teilnahmequote durch Studien zur Gesundheitssituation in der Allgemeinbevölkerung sowie bei Menschen mit geistiger Behinderung eingeordnet.

Dem folgt die Angabe der im Rahmen der Studie erhobenen und auswertbaren Daten aus den 5 unterschiedlichen Frage- und Erhebungsbögen, die der Ergebnisanalyse zugrunde liegen. Dann wird die Stichprobe im engeren Sinne, also die 181 Teilnehmenden, auf Grundlage der Studiendaten dargestellt.

Die inhaltlichen Ergebnisse werden anhand der 4 Forschungsfragen gegliedert kapitelweise einzeln aufgeführt.

6.1 Beschreibung der Stichprobe

6.1.1 Teilnehmende und Nicht-Teilnehmende

Von 940 Beschäftigten, die über das Projekt informiert und zur Teilnahme eingeladen waren, nahmen 181 Personen an dem Projekt teil. Die Teilnahmequote beträgt damit 19,3%. Von den Werkstätten liegen Angaben für alle Beschäftigten zu Alter, Geschlecht und Wohnform vor, außer der Angabe zur Wohnform in Solingen.

Teilnehmende aus der Werkstatt in Witten (26,9%), jüngere Beschäftigte (< 25 Jahre) (25,6%) und ältere (>55 Jahre) (23,2%) sowie in den Wohnformen Wohnstätte, mit Partner oder in Wohngemeinschaft Lebende haben überzufällig häufiger an der Studie teilgenommen, als die durchschnittliche Teilnahmequote von 19,3%. Die Geschlechterverteilung weicht nur sehr gering zwischen Teilnehmenden und Nicht-Teilnehmenden ab (Anhangstabellen 1-4).

Die Teilnahmequote von 19,3% wird kurz in die vergleichbarer Studien eingeordnet (siehe Tabelle 8). Bei Befragungen zur Gesundheit in der allgemeinen Bevölkerung, wie z.B. der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98), liegt die Teilnahmebereitschaft bei 60%. Die Teilnahmequote bei DEGS1 liegt bei den ehemaligen BGS98-Studienpersonen bei 62% und bei den erstmals eingeladenen Personen bei 42% (vgl. Pelz, Pohlabein, Reineke & Ahrens, 2013, S. 639). Diese relativ hohen Teilnahmequoten wurden durch vielfältige Aktivitäten der Öffentlichkeitsarbeit sowie eine relativ hohe Aufwandsentschädigung erreicht (siehe Pelz, Pohlabein, Reineke, & Ahrens, 2013, S. 639).

Studien mit Menschen mit Behinderungen zeigen folgende Teilnehmerquoten: In der Studie vom Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (BMFSFJ) „Lebenssituationen und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland“ beträgt die Teilnahmequote 51% (BMFSFJ, 2013); in der Studie zu Lebenssituation und Belastungen von Männern beträgt sie 57% (vgl. BMAS, 2013). Bei anderen Studien mit Menschen mit geistiger Behinderung liegt sie ähnlich dieser Studie bei etwa 20% (Schulte 2011; Hild, Hey, Baumann, Montgomery et al. 2008).

Tabelle 8: Teilnehmerquote anderer Studien

Autor/Hrsg. und Jahr Titel	Teilnehmende	Teilnahme- quote
RKI (1998) Bundes-Gesundheitssurvey 98	7.124 (18 – 79 Jahre)	61,4%
RKI (2013) DEGS 1 – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland	8152 (18 – 79 Jahre)	42%
BMFSFJ (2013) Lebenssituationen und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland	806	51%
BMAS (2013) Lebenssituation und Belastung von Männern mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland	204	57%
Baxter, Lowe, Houston, Jones, Felce & Kerr (2006) Previously unidentified morbidity in patients with intellectual disability	190	50,8%
Cassidy (2002) Health checks for people with learning disabilities	35 (11 – 67 Jahre)	51%
Hild, Hey, Baumann, Montgomery et al. (2008) High prevalence of hearing disorders at the Special Olympics indicate need to screen persons with intellectual disability	552 (10 – 69 Jahre)	20,4%
Schulte (2011) Mundgesundheit erwachsener Athleten mit geistiger Behinderung	636 (18-70 Jahre)	18%
Webb & Rogers (1999) Health screening for people with intellectual disability: the New Zealand experience	1311	98%

6.1.2 Datenbasis

Von den 5 eingesetzten Erhebungsinstrumenten liegen auswertbar folgende Anzahlen vor:

FB1 – Angehörige / Betreuende: 176 von 181
 FB2 – Beschäftigter: 136 von 181
 EB1 – Werkstattarzt: 77 von 79
 EB2 + FB3 – aufgesuchter Hausarzt: 50 von 102

} davon FB1 und FB2: 133 von 181

Die Anzahl vorliegender, ausgefüllter Instrumente pro Instrument und Befragtem werden im Anhang weiter aufgeschlüsselt (Anhangstabelle 5 – 7). Die Teilnehmenden je Fragebogen werden jeweils dort im Ergebnisteil beschrieben, wo ihre Auswertungen aufgeführt sind.

6.1.3 Teilnehmende

Zur Beschreibung der eigentlichen Untersuchungsstichprobe liegen von den insgesamt 181 Projektteilnehmenden 176 Fragebögen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsuntersuchungen, ausgefüllt durch Angehörige oder Betreuende, vor.

69 (39%) Teilnehmende sind weiblich und 107 (61%) Teilnehmende männlich. Die Teilnehmenden kommen zu etwa je einem Drittel aus jeder der drei Werkstätten (Anhangstabelle 1). Sie sind zwischen 19 und 71 Jahren alt, der Mittelwert beträgt 40 Jahre und die Standardabweichung 13,8. Bei mehr als zwei Drittel (68%) der Befragten liegt der Grad der Schwerbehinderung bei 100% (Anhangstabelle 9).

41,7% der Teilnehmenden leben bei Angehörigen, 30% stationär in einer Wohnstätte und 15% im Betreuten Wohnen (Anhangstabelle 12). Somit leben mehr als 85% der Teilnehmenden in einer Wohnform, die ihnen Betreuung bietet. 8% der Teilnehmenden leben alleine.

75% haben einen offiziellen gesetzlichen Betreuer (Anhangstabelle 16).

Mit 23% liegt der Anteil Teilnehmender mit Migrationshintergrund¹ (Anhangstabelle 14) etwas über dem im Mikrozensus 2015 benannten Anteil von 21% (vgl. Destatis, 2017a). 83% der Befragten schätzen den Gesundheitszustand der von ihnen betreuten Person als „gut“, „sehr gut“ und „ausgezeichnet“ ein (Anhangstabelle 140).

Tabelle 9: Alter der Teilnehmenden

	<25 Jahre	25-34 Jahre	35-44 Jahre	45-55 Jahre	> 55 Jahre
Oberhausen	4	17	15	12	4
Witten	10	11	10	18	19
Solingen	18	13	7	13	5

¹ Die Definition des Migrationshintergrunds ist in dieser Erhebung angelehnt an die Definition im Zensus 2011 des Statistischen Bundesamtes. Als Personen mit Migrationshintergrund werden alle zugewanderten und nicht zugewanderten Ausländer sowie alle nach 1955 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugewanderten Deutschen und alle Deutschen mit zumindest einem nach 1955 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugewanderten Elternteil definiert. Ausländer/-innen sind Personen, die nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2015, S. 59).

Beschreibung der Angehörigen und Betreuenden

Die Hälfte der Ausfüllenden ist ein Elternteil, hauptsächlich die Mutter, ein Drittel der Fragebögen füllten professionell Betreuende aus. 75% der Ausfüllenden sind weiblich, 25% männlich. 62% sind zwischen 30 und 60 Jahre alt. Fast drei Viertel sind voll- oder teilzeiterwerbstätig (Anhangstabelle 17-20).

6.2 Inanspruchnahme

6.2.1 In Anspruch genommene Versorgungseinrichtungen

97% der Teilnehmenden geben an, einen Hausarzt zu haben, den sie bei Gesundheitsfragen zuerst aufsuchen, dies ist höher als die 89,4% in der Allgemeinbevölkerung, die in der letzten DEGS-Erhebung festgestellt wurden. Bei der globalen Inanspruchnahme irgendeines Arztes bzw. dessen Personal ist die Inanspruchnahme der Studienteilnehmenden mit 83% in den letzten 3 Monaten ebenfalls höher als in der Allgemeinbevölkerung mit 62,5%.

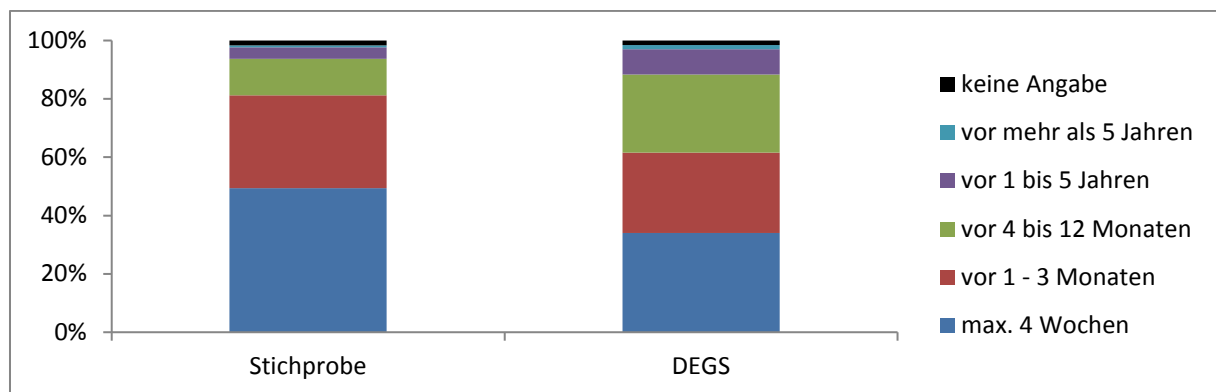


Abbildung 5: Zeitpunkt letzter Arztbesuch (Vergleich DEGS und Stichprobe)

Bei den Teilnehmenden ist dabei die Inanspruchnahme durch Frauen mit 94% signifikant höher als durch Männer (73%) (s. Anhangstabellen 21-22).

Die verschiedenen Facharztgruppen werden von den Teilnehmenden teilweise deutlich häufiger als durch die Allgemeinbevölkerung in Anspruch genommen. Dies sind bezogen auf den Zeitraum der letzten 12 Monate Augenärzte (+19%), Orthopäden (+10%), Hals-Nasen-Ohrenärzte (+28,5%), Hautärzte (+11%) und Neurologen (+31,2%); deutlich seltener mit mehr als 10% Abweichung wird keine Facharzttrichtung aufgesucht. Notfallmäßige Ambulanzleistungen werden von den Teilnehmenden mit 25% im 12 Monatszeitraum etwas häufiger aufgesucht als durch die Allgemeinbevölkerung mit 18,3%. Bei Spezialambulanzen (z.B. neurologische oder orthopädische) liegt die Inanspruchnahme bei 21%.

Den stationären Sektor nehmen 17% der Menschen mit geistiger Behinderung im 12 Monatszeitraum in Anspruch, etwas häufiger als die Allgemeinbevölkerung mit 12,3%. Die Anzahl, der in den letzten 12 Monaten im Krankenhaus verbrachten Nächten, unterscheidet sich nicht zwischen den beiden Gruppen.

63% der Teilnehmenden haben in den letzten 24 Monaten Heilmitteltherapien und andere ergänzende Behandlungsformen in Anspruch genommen, Frauen nehmen mit 71% diese signifikant häufiger als Männer mit 51% in Anspruch (s. Anhangstabellen 24-32).

Über die Hälfte der Befragten, 36% der Männer und 58% der Frauen, gibt an, zusätzliche Behandlungen zu benötigen. Es wird keine Differenzierung zwischen GKV-Leistungen und privat zu zahlenden Leistungen vorgenommen. Am häufigsten genannt sind Bewegungsbad/Schwimmen, Krankengymnastik, Physiotherapie und Ergotherapie. (Abbildung 6).

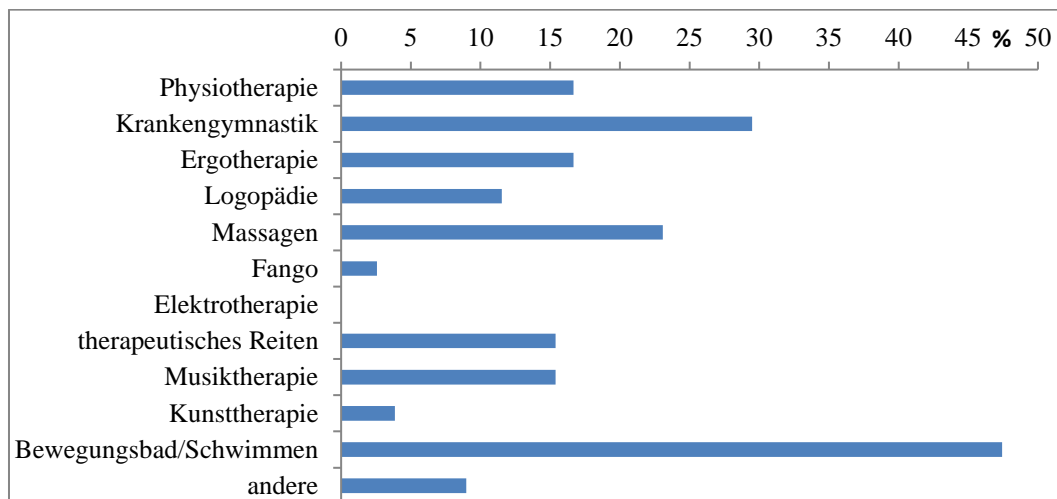


Abbildung 6: Zusätzlich benötigte Therapien

Aus der Sicht der Angehörigen und Betreuenden sind die Hauptgründe für die Nicht-Inanspruchnahme als notwendig eingeschätzter Behandlungsverfahren eine fehlende Kostenübernahme durch die Krankenkassen (31%), dass diese noch nicht in die Wege geleitet worden seien (31%), fehlendes Interesse der betreuten Person (23%), eine fehlende Begleitperson (21%) und ein fehlender Überblick über bestehende Angebote (19%) (Tabelle 10).

Tabelle 10: Gründe für die Nicht-Teilnahme an Therapien

	N	%
Mangel an Einrichtungen	9	11,5
gewünschte Kurse sind belegt	6	7,7
betreute Person hat kein Interesse	18	23,1
fehlende Kostenübernahme	24	30,8
wurde noch nicht in die Wege geleitet	24	30,8
fehlende Begleitperson	16	20,5
kein Überblick über das bestehende Angebot	15	19,2
andere Gründe	12	15,4

6.2.2 Spezifischer Versorgungsbedarf an Augen, Ohren und mit Hilfsmitteln

Etwas mehr als die Hälfte (55%) der Teilnehmenden hat eine Sehhilfe, was nicht signifikant, jedoch 6% unter der Häufigkeit von Sehhilfen in der Allgemeinbevölkerung liegt. In den letzten 12 Monaten suchte genau die Hälfte der Teilnehmenden einen Augenarzt bzw. einen Optiker auf, bei einem Viertel liegt ein solcher Besuch länger zurück und ein weiteres knappes Viertel berichtet von keinem solchen Besuch in der Vergangenheit. Ähnlich verteilt sich die Häufigkeit einer Sehstärkenüberprüfung, bei 42% erfolgte dies in den letzten 12 Monaten, bei einem Drittel liegt diese länger zurück und 19% geben keine solche Prüfung in der Vergangenheit an. Wenn die Sehstärke überprüft wurde, führte dies zu 85% ein Augenarzt und zu 12% ein Optiker durch, nur bei 1% führte dies der Hausarzt durch.

Der Bedarf einer Hörhilfe liegt bei den Studienteilnehmenden mit 10% gut 5-mal - und damit signifikant - höher als in der Allgemeinbevölkerung mit 2%. In den letzten 12 Monaten suchten 44% der Teilnehmer einen Hals-Nasen-Ohren-Arzt bzw. einen Akustiker auf, bei einem Viertel liegt ein solcher Besuch länger zurück und knapp ein Drittel verneint jeden solchen Besuch. Eine Hörüberprüfung ist deutlich seltener festzustellen, in den letzten 12 Monaten bei 16%, irgendwann einmal in der Vergangenheit bei knapp 30% und bei der Hälfte aller Teilnehmer erfolgte diese bisher nicht. Wenn eine solche Prüfung erfolgte, überwiegt wieder deutlich die Durchführung beim Facharzt (79%) im Vergleich zum Akustiker (8%), beim Hausarzt erfolgt dies mit 2% sehr selten.

Mehr als jeder Zweite (56%) benötigt verordnete medizinische Hilfsmittel wie beispielsweise Brille, Hörgerät, Rollator oder Lifter. Die Verordnung der Hilfsmittel verläuft für zwei Drittel ‚immer‘ und für ein weiteres Viertel ‚meistens‘ in ausreichender Verordnungsmenge, nur 4,2% geben an, dass die Hilfsmittel ‚nie‘ oder ‚selten‘ in ausreichendem Maß verordnet wurden (s. Anhangstabelle 38-47).

6.2.3 Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen & anderen präventiven Angeboten

82% der Angehörigen/Betreuenden ist die von den Krankenkassen empfohlene Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (Krebsvorsorge) bekannt und damit sogar etwas mehr als in der Allgemeinbevölkerung (78%). In der Studienstichprobe zeigt sich ein deutlicher Unterschied je nach Migrationsstatus. Unbekannt sind die Vorsorgeempfehlungen bei 12% der Angehörigen/Betreuenden ohne Migrationshintergrund hingegen sind sie bei 40% unbekannt mit Migrationshintergrund (s. Anhangstabellen 48-50).

Die in den folgenden Tabellen gezeigten Vergleiche der Teilnahmeraten zwischen der Stichprobe und der Allgemeinbevölkerung (DEGS) sind jeweils auf die gleichen Altersgruppen bezogen.

Hautkrebsvorsorge (ab 35 Jahre alle 2 Jahre):

42% der Studienstichprobe, auf die diese Empfehlung zutrifft, hat in den letzten zwei Jahren an einer Ganzkörperuntersuchung der Haut teilgenommen, in der Allgemeinbevölkerung sind es nur 26% (Tabelle 11). Zu beachten ist, dass 12% der Stichprobe hierzu keine Angabe macht oder diese Angabe nicht weiß. Die Inanspruchnahme unterscheidet sich in der Studie je nach Wohnform deutlich, von Teilnehmenden in Wohnstätten sind es 50%, von alleine lebenden 36% und 20% von denen, die bei Angehörigen leben (s. Anhangstabelle 52).

Tabelle 11: Letzte Ganzkörperuntersuchung der Haut (Vergleich Stichprobe mit DEGS)

	Stichprobe			DEGS		
	N	%	%*	N	%	%*
Nein	44	42,7	48,4	2813	60,3	63,4
ja, innerhalb der letzten 12 Monate	24	23,3	26,4	788	16,9	17,8
ja, innerhalb der letzten 2 Jahre	14	13,6	15,4	383	8,2	8,6
ja, innerhalb der letzten 3 Jahre	6	5,8	6,6	168	3,6	3,8
ja, innerhalb der letzten 10 Jahre	2	1,9	2,2	215	4,6	4,8
vor mehr als 10 Jahren	1	1	1,1	70	1,5	1,6
weiß nicht/keine Angabe	12	11,7	x	228	4,9	x
Gesamtsumme	103	100	100	4665	100,0	100

*ohne Berücksichtigung "weiß nicht"/"keine Angabe"

Dickdarmkrebsvorsorge (von 50 bis 54 Jahren einmal jährlich Test auf verborgenes Blut im Stuhl, ab 55 Jahren alle 2 Jahre Test auf verborgenes Blut im Stuhl):

28% der Stichprobe, auf die diese Empfehlung zutrifft, hat in den letzten 12 Monaten und insgesamt 36% haben in den letzten 2 Jahren diesen Test durchführen lassen, in der Allgemeinbevölkerung sind dies mit 36% bzw. 54% deutlich mehr (s. Anhangstabellen 53-54).

Dickdarmkrebsvorsorge (ab 55 eine Dickdarmspiegelung (Koloskopie), einmalige Wiederholung nach zehn oder mehr Jahren, dann keine Tests auf verborgenes Blut):

In den letzten 10 Jahren haben von den Teilnehmenden, auf die die Empfehlung zutrifft, 33% eine solche Darmspiegelung durchführen lassen, in der Allgemeinbevölkerung sind es 57% (s. Anhangstabellen 55-56).

Gebärmutterhalskrebsvorsorge (ab 20 Jahren einmal jährlich):

In den letzten 12 Monaten haben 47% der entsprechenden Studienteilnehmerinnen den Krebsabstrich (Gebärmutterhals) vornehmen lassen, dagegen 63% in der Allgemeinbevölkerung.

Auch hier zeigt sich nach Wohnform wieder ein deutlicher Unterschied: über die Hälfte der Frauen, die in Wohnstätten leben, haben dies durchführen lassen, von den bei Angehörigen Lebenden sind dies 16%. Auch nach Alter gibt es eine unterschiedliche Inanspruchnahme: bei keiner der 10 Frauen unter 25 Jahren wurde innerhalb der letzten 12 Monate ein Krebsabstrich durchgeführt. Dann jedoch liegt sie in jedem Altersjahrzehnt höher, von 42% der 25-34-Jährigen bis auf 55% der über 55-Jährigen (s. Anhangstabellen 57-58).

Brustkrebsvorsorge (ab 30 Jahren einmal jährlich Abtastung der Brüste und der Achselhöhlen):

73% der entsprechenden Teilnehmerinnen haben in den letzten 12 Monaten eine Tastuntersuchung der Brust durchführen lassen, praktisch gleich mit der Allgemeinbevölkerung (71%). Wieder zeigt sich ein deutlicher Unterschied je nach Wohnform: 76% der Frauen, die in Wohnstätten leben und 71% derjenigen aus betreutem Wohnen haben die Untersuchung durchführen lassen, wohingegen die Inanspruchnahme bei Frauen, die mit Angehörigen leben, nur bei 44% liegt (s. Anhangstabelle 59-60).

Brustkrebsvorsorge (ab 50 Jahren bis einschließlich 69 Jahre alle zwei Jahre Einladung zur Mammographie):

Von den Teilnehmerinnen, auf die diese Empfehlung zutrifft, haben 79% in den letzten 2 Jahren eine Mammographie durchführen lassen, verglichen mit 47% der entsprechenden weiblichen Allgemeinbevölkerung (s. Anhangstabelle 61-62).

Prostatakrebsvorsorge (ab 45 Jahren einmal jährlich):

Während von der zutreffenden männlichen Stichprobe 27% die Untersuchung der Prostata in den letzten 12 Monaten haben durchführen lassen, sind es 35% der entsprechenden männlichen Allgemeinbevölkerung (Tabelle 12).

Tabelle 12: Letzte Teilnahme an Tastuntersuchung (Vergleich mit DEGS)

	Stichprobe			DEGS		
	N	%	%*	N	%	%*
nein	17	38,6	51,5	396	25,4	26,8
ja, innerhalb der letzten 12 Monate	9	20,5	27,3	511	32,8	34,6
ja, innerhalb der letzten 2 Jahre	5	11,4	15,2	238	15,3	16,1
ja, innerhalb der letzten 3 Jahre	2	4,5	6,1	120	7,7	8,1
ja, innerhalb der letzten 10 Jahre	0	0	0,0	157	10,1	10,6
vor mehr als 10 Jahren	0	0	0,0	56	3,6	3,8
weiß nicht/keine Angabe	11	25	x	80	5,1	x
Gesamtsumme	44	100	100	1558	100,0	100

*ohne Berücksichtigung "weiß nicht"/"keine Angabe"

Zahnvorsorge (zwei zahnärztliche Kontrolluntersuchungen im Jahr für Erwachsene):

93% der Angehörigen/Betreuenden ist der Anspruch auf zwei zahnärztliche Kontrolluntersuchungen im Jahr bekannt und 82% nimmt daran teil, in der Allgemeinbevölkerung nehmen 79% dieses Angebot wahr (s. Anhangstabelle 65).

Gesundheits-Check-up (ab 35 Jahren alle 2 Jahre):

Gut drei Viertel aller Angehörigen/Betreuenden (77%) ist das Angebot der Krankenversicherung zur Teilnahme an einem sogenannten Gesundheits-Check-Up ab 35 Jahren bekannt und damit signifikant häufiger als in der Allgemeinbevölkerung (54%); 92% aller Angehörigen/Betreuenden halten eine solche Untersuchung auch für sinnvoll. Passend dazu ist auch die Inanspruchnahme. Bereits irgendwann einmal haben 79% und in den letzten 2 Jahren 68% der Studienteilnehmenden, für die diese Empfehlung ab 35 Jahren zutrifft, an einem Check-Up teilgenommen. In der entsprechenden Allgemeinbevölkerung haben 58% (Tabelle 13) irgendwann einmal teilgenommen und in den letzten 2 Jahren 40%.

In der Studienstichprobe gibt es Unterschiede in der Inanspruchnahme, so haben 50% derjenigen, die bei Angehörigen leben, daran teilgenommen, jedoch 85% derer, die in einer Wohnstätte leben; auch bezüglich Migrationshintergrund gibt es einen deutlichen Unterschied, so sind es 78% derer ohne und 50% derer mit Migrationshintergrund.

Drei Viertel der Angehörigen/Betreuenden erhielten gerne eine Erinnerung an den Check-up, und zwar erhielten von diesen drei Vierteln die Erinnerung am liebsten von ihrem Arzt (55%) oder der Krankenkasse (34%) (s. Anhangstabellen 66-69).

Tabelle 13: Jemals Teilnahme am Check-Up (Vergleich mit DEGS)

	Stichprobe			DEGS			Chi ² -Test (p-Value)
	N	%	%*	N	%	%*	
nein	20	19,4	21,5	1506	39,9	42,4	0,000**
ja	73	70,9	78,5	2044	54,2	57,6	
weiß nicht/keine Angabe	10	9,7	x	222	5,9	x	
Gesamtsumme	103	100	100,0	3772	100,0	100,0	

*ohne Berücksichtigung "weiß nicht"/"keine Angabe"; **signifikant

Impfempfehlungen (gemäß ständiger Impfkommission für Erwachsene):

79% der Angehörigen/Betreuenden sind die Impfempfehlungen bekannt, wobei öfter bei denen ohne Migrationshintergrund (81%) als bei denen mit (60%).

Bei gut der Hälfte der Stichprobe (53%) überprüft der Hausarzt regelmäßig, ob eine Impfung nötig ist, bei gut einem Viertel (27%) erfolgt das nicht und 20% der Angehörigen/Betreuenden wissen dies nicht.

In dem Pretest des Fragebogens erwähnte ein Teilnehmender, dass bei dem Sohn nach einer Pockenimpfung im Kindesalter keine altersgerechte Entwicklung mehr stattfand. Der Hausarzt riet daraufhin von weiteren Impfungen ab. In den Fragebögen für Witten und Oberhausen wurde die Frage aufgenommen, ob der betreuten Person von Impfungen abgeraten wurde und welchen Grund es dafür gab. Bei einem Teilnehmenden wurde wegen Autismus, bei drei Teilnehmenden wurde wegen einer Epilepsie von Impfungen abgeraten (s. Anhangstabellen 70-72).

6.2.4 Inanspruchnahme allgemein

38% der Beschäftigten geben zur Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe an, immer oder meistens bei Beschwerden selber zum Arzt zu gehen, eine kleine Gruppe von 9% tut dies manchmal oder selten, dagegen steht kontrastierend mehr als die Hälfte (54%) der Beschäftigten, die niemals von sich aus zum Arzt geht. 82% geben anderen immer oder meistens Bescheid, wenn sie sich krank fühlen. Drei Viertel geben auch an zum Arzt zu gehen, um nachsehen zu lassen, ob alles gut ist, auch ohne Beschwerden zu haben.

Aus der Perspektive der Angehörigen/Betreuenden stellen sich die Antworten auf die drei gleichen Fragen zur Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe folgendermaßen dar. Auch aus Sicht der

Angehörigen gehen 35% ihrer Betreuten bei Beschwerden immer oder meistens von sich aus zum Arzt bzw. eine andere Hälfte nie. Hier decken sich die Angaben. 61% der Angehörigen gibt an, dass die Betreuten immer oder meistens anderen Bescheid gibt, wenn sie sich krank fühlt. Hier weicht die Einschätzung auseinander, die Beschäftigten sehen sich deutlich mitteilungsbarer als es die Angehörigen / Betreuenden einschätzen. Und den Besuch zum Arzt ohne Beschwerden, nur um zu sehen, dass alles gut ist, sehen Angehörige mit 53% auch um 20% seltener als in der Selbsteinschätzung der Beschäftigten (s. Anhangstabellen 73-78).

Zu üblichen Arztbesuchen gehen drei Viertel der Beschäftigten aus Sicht der Angehörigen/Betreuer in Begleitung einer Person, 17% gehen ohne Begleitung. Die Beschäftigten selber geben mit 66% etwas seltener an, mit Begleitperson zum Arztbesuch zu gehen. Begleitperson sind ganz überwiegend entweder Angehörige, gesetzliche Betreuer oder Werkstattmitarbeiter. Bei den Angehörigen handelt es sich bei 68 (84%) um die Eltern, bei 7 (9%) um die Geschwister; Großeltern oder angeheiratete Angehörige bilden knapp 5% der Angehörigen als Begleitperson (Tabelle 14).

Tabelle 14: Begleitpersonen zu den Arztbesuchen

	N	%
Angehöriger	81	57,4
gesetzlicher Betreuer	64	45,4
Mitarbeiter der Wohnstätte	56	39,7
andere Person	12	8,5

Den Unterstützungsbedarf bei der Gesundheitsversorgung wie Arztbesuche beschreiben die Betreuenden / Angehörigen wie folgt: 64% vereinbaren üblicherweise den Arzttermin und 61% begleiten die betreute Person üblicherweise zum Arzt. Bei 61% der Fragebogenausfüller (107 Personen) handelt es sich um die Person, die den Beschäftigten bei der Gesundheitsversorgung unterstützt (s. Anhangstabellen 79-81).

Bezüglich der Mobilität können drei Viertel der Beschäftigten problemlos frei laufen, weitere 12% dies jedoch nur mit Mühe und die übrigen 14% benötigen eine Form der Gehhilfe. 72% der Beschäftigten teilen sich nach Angabe der Angehörigen / Betreuenden verbal mit, ein Viertel mit Worten und Gesten, weitere 14% jeweils mit Gesten und Blicken bzw. durch Körperreaktionen, Lautieren bei 7%, mit Hilfe von Computern oder Tafeln 2% und 1% mit Gebärdensprache. Somit gibt es auch bei einigen Beschäftigten Besonderheiten vor Arztbesuchen zu organisieren, bei 12% etwa, dass die betreute Person keine Wartezeit in der Praxis duldet, eine 2.

Begleitperson nötig ist (5%). Aber auch für die Hälfte der begleitenden Angehörigen bedeutet dies organisatorischen Aufwand, da sich der Termin mit der eigenen Arbeitszeit überschneidet (s. Anhangstabellen 82-84). Weitere organisatorische Besonderheiten sind in Tabelle 15 wiedergegeben.

Tabelle 15: Sonstige Besonderheiten bei Arztbesuchen

Vorbereitung/Organisation	Antwort des Angehörigen / Betreuenden
Begleitung	– Gebärdendolmetscher notwendig
Transport	– ASB Rollstuhltransport; – 2. Person w/ Hindernisse (Treppe, Auto rein, raus), da Rollifahrer
Vorbereitung	– intensive Gesprächsvorbereitung, wer, wo, wie, was; – Motivation vor Beginn des Arzttermins; – nur beim Zahnarzt, lege den Termin in die Ferien, wenn möglich wegen Entspannung (Geräusche)
Erklärungen	– es muss der betreuten Person mehrfach alles erklärt werden; – Erläuterungen des Krankheitsbildes oder der Beschwerden
Barriere-arme Praxis	– rollstuhlgerechte Praxisräume; – Aufzug muss vorhanden sein → Rollator
Gesundheitszustand	– ein anfallsfreier Tag

Neben praktischen Einschränkungen und organisatorischen Besonderheiten spielt auch das Erleben von Angst eine Rolle bei der Gesundheitsversorgung. 7% der Angehörigen geben an, dass die betreute Person „meistens“ oder „immer“ Angst vor Arztbesuchen hat, von den Beschäftigten sagen das ebenfalls 7%. „Manchmal“ Angst vor Arztbesuchen haben nach Angaben der Angehörigen 26% der betreuten Personen, aus Beschäftigtensicht sind es 15% (s. Anhangstabelle 85-86). Die genannten Gründe für die Angst sind vielfältig, Tabelle 16 führt die Gründe aus Sicht der Angehörigen/Betreuenden im Vergleich zur Sicht der Beschäftigten auf. Zwei Angehörige/Betreuende benennen als Grund, dass die Arztbesuche aus Sicht der betreuten Person „den Tagesablauf stören“ bzw. „Etwas Unbekanntes kommt und der eigene bekannte Ablauf wird gestört“.

Die Angst vor Arztbesuchen äußert sich bei den Beschäftigten auf unterschiedliche Art. Ein Beschäftigter gab an, geschrien zu haben, ein anderer sagte, dass er sehr nervös vor Arztbesuchen sei, eine weitere Person bekommt Gänsehaut. Als unterstützende Faktoren werden betreuende Personen genannt, die bei den Arztbesuchen anwesend sind. Auch hilft es, wenn der Arzt von früheren Besuchen schon bekannt ist. Ein Beschäftigter berichtet, dass die zahnärztliche Behandlung bei ihm unter Vollnarkose durchgeführt werde. Eine Beschäftigte berichtet, dass die Frauenärztin die Untersuchung auf der Liege durchführe, das ist für die Beschäftigte besser als auf dem Untersuchungsstuhl. Zwei Bewohner geben an, den Besuch beim Frauenarzt und Zahnarzt zu vermeiden bzw. aufzuschieben.

Tabelle 16: Gründe für Angst (Einschätzung Angehörige und Beschäftigte)

Grund der Angst vor Arztbesuchen	Anzahl der Angaben	
	Angehörige/Betreuende	Beschäftigte
Ungewissheit / was wird passieren?	18	
Spritzen und Blutabnahmen	8	10
Zahnärztin/Zahnarzt	7	26
Schmerzen	6	
Krankenhausaufenthalt	5	4
Versteht das Krankheitsbild und dessen Symptome nicht	4	
Schlechten Nachrichten / schlimme Erkrankungen	4	3
Neue Ärztinnen/Ärzte	3	3
Frauenärztin/Frauenarzt	2	9
Untersuchungsinstrumenten	2	
Berührungen	2	
Ohrenarzt		1
Hausarzt		1

6.2.5 Erfahrung und Beurteilung von Arzt-/Praxisbesuch

Ausgehend vom letzten Arztbesuch beurteilen Angehörige/Betreuende Terminvereinbarung, Wartezeit und abgesagte Termine und sind dann um Gesamteinschätzungen zur Versorgung gebeten. Ein Teil Angehörigenangaben wird um Angaben aus gleichformulierten Fragen der Beschäftigten ergänzt.

Den letzten Arztbesuch erhielten 35% am gleichen Tag und insgesamt 58% (96 Personen) innerhalb einer Woche, was sich mit der Versichertenbefragung der KBV-Erhebung mit 57% deckt. Bei 4% (7 Personen) der Teilnehmenden lag mehr als ein Monat zwischen Terminvereinbarung und Arztbesuch. Dem Großteil unserer Stichprobe (82%) sowie der KBV Stichprobe (81%) war die Dauer zwischen Terminvereinbarung und Arztbesuch nicht zu lang.

In der Praxis warteten dann 39% der Stichprobe und 44% der KBV Befragten 15 Minuten bis sie drankamen, bis 30 Minuten warteten 38% bzw. 31% und länger als eine halbe Stunde 23% in beiden Befragungen. Die Beschäftigten selber schätzten die Zeit insgesamt deutlich kürzer ein, 90% warteten bis höchstens 30 Minuten. Aus Sicht der Angehörigen/Betreuenden war die Wartezeit für 22% für die betreute Person zu lang, aus deren eigener Sicht für 29%.

Eine kurzfristige Terminabsage in den letzten 12 Monaten geben 17% der Angehörigen/Betreuenden und 28% der Beschäftigten an, im KBV Vergleich sind es 20% (s. Anhangstabellen 87-96). Die Gründe, einen Arztbesuch kurzfristig nicht einhalten zu können, sind in Tabelle 17 aufgeführt, und umfassen Angaben von Betreuenden und Beschäftigten.

Tabelle 17: Gründe für Absage eines Arzttermins (N=30)

	N	%
keine Zeit/andere Termine	11	36,7
gesundheitsbedingt/ihr ging es zu schlecht	10	33,3
es war keine Begleitperson vorhanden	8	26,7
Vergessen	4	13,3
ist zu anderem Arzt gegangen	2	6,7
nicht mit der Arbeit vereinbar (Angaben Angehörige/Betreuer)	2	6,7
nicht mehr für notwendig erachtet/Problem gelöst/wieder gesund	2	6,7
kein Vertrauen zum Arzt	2	6,7
Angst vor Behandlung	1	3,3
familiäre Gründe	1	3,3
Arzt musste nach Hause kommen	1	3,3
Sonstiges	5	16,7

Bezüglich allgemeinerer Beurteilungen der medizinischen Versorgung meinen 70%, es sei schwierig, Ärzte zu finden, die auf die Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung spezialisiert sind. Gut die Hälfte (52%) der Angehörigen bewerten, dass Ärzten nicht genügend Zeit für die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung zur Verfügung stehe. So ist die Gesamtbeurteilung der ambulanten medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung für die Hälfte (55%) „sehr gut“ oder „völlig ausreichend“. Die andere Hälfte sieht sie als mittelmäßig an, mit 2% (4 Personen), die sie als „schlecht“ beurteilen (Abbildung 7).

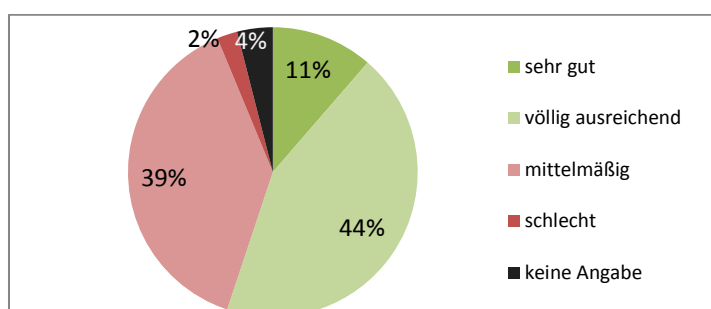


Abbildung 7: Beurteilung der medizinischen Versorgung durch Angehörige

Bereiche der aktuellen medizinischen Versorgung, die von den Angehörigen/Betreuenden als besonders gut bezeichnet werden, sind „gute Terminabsprachen“ (53%) und „Offenheit im Umgang mit dem Menschen mit Behinderung und dessen Bezugspersonen“ (51%) (siehe Abbildung 8) (siehe Anhangstabellen 97-100).

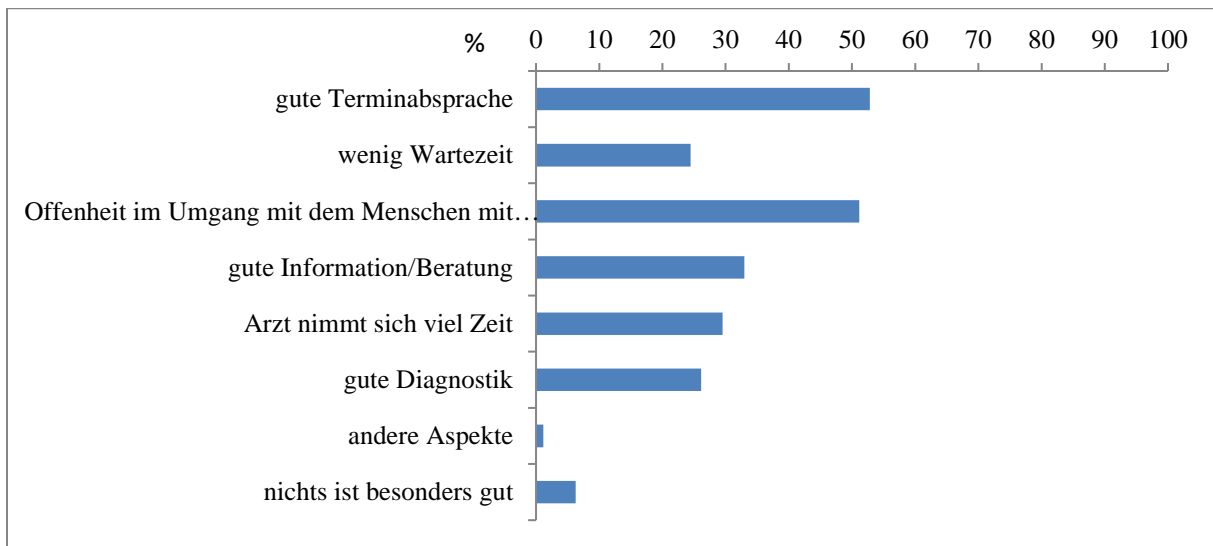


Abbildung 8: Von Angehörigen als gut beurteilte Bereiche der medizinischen Versorgung

So unzufrieden, dass sie sich beschweren wollten, waren mit der ärztlichen Behandlung in den letzten 12 Monaten, abgesehen von Krankenhäusern und dem Zahnarzt, 16% der Stichprobe (28 Personen). In der KBV-Erhebung traf dies auf 21% zu. 26% der Unzufriedenen dieser Stichprobe (7 Personen) haben sich tatsächlich beschwert, in der KBV-Stichprobe beschwerten sich 38% der Unzufriedenen.

Beschwerdegründe der Angehörigen/Betreuenden betreffen Zeitbedingungen und Umgangsformen (Mehrfachnennung möglich): „Praxismitarbeiter unhöflich / respektlos“ (43%), „wurde nicht ernst genommen/ Ignoranz“ (43%), „Wartezeit beim Arzt / im Wartezimmer“ (36%). Die Gründe der KBV-Befragten betreffen Fehler und enttäuschte Erwartungen und dann Umgangsformen: „falsche Behandlung / falsche Diagnose / Inkompetenz“ (31%), „Behandlung / Behandlungsvorschläge entsprachen nicht Erwartung“ (19%), „wurde nicht ernst genommen/ Ignoranz“ (19%) (siehe Anhangstabellen 101-103).

Nach ihren Erfahrungen mit Ärztinnen/Ärzten gefragt oder, ob sie sonst noch etwas erzählen möchten, kamen von den Beschäftigten verschiedene Mitteilungen, die zur Veranschaulichung in der folgenden Tabelle aufgelistet werden (Tabelle 18).

Tabelle 18: Erfahrungen mit Ärztinnen/Ärzten

Unzufrieden mit der Ärztin/dem Arzt	
an Situation nichts geändert (8 ²)	<ul style="list-style-type: none"> – Hat eine Zuzahlungsbefreiung, bekommt vom Arzt aber immer Rezepte mit Zuzahlungsgebühr; – nicht zufrieden mit dem Ohrenarzt, Ohren müssen gespült werden; – Hautarzt hat falsche Salbe verschrieben, musste dann eine andere Salbe verschreiben; – Hautarzt, Schuppenflechte Termin. Freimachen in Unterhosen eine Stunde sitzen gelassen, dann 3 Minuten Behandlung, dann war der Arzt schon weg; – Hausarzt zum Neurologen geschickt, Sprechstundenhilfe wieder weggeschickt, trotz Beschwerden neuen Termin für ca. 6 Wochen später bekommen; – Probleme mit dem Psychiater. Beschäftigter hat Medikamente abgesetzt. Hatte Probleme im Straßenverkehr; – Ist mit dem Lungenfacharzt nicht zufrieden, der Arzt geht nicht so auf ihn ein. Er vermutet, dass es etwas mit seiner Behinderung zu tun haben kann. Ist sich aber nicht sicher; – Krankenhaus: Mandeloperation, Ärzte waren nicht nett, haben die Medikamente zu spät gegeben
Situation verändert (7)	<ul style="list-style-type: none"> – War zuerst nicht zufrieden mit dem Hausarzt, hat gewechselt, jetzt ist er zufrieden; – Ohrenarzt spritzt die Ohren aus, früher hatte Beschäftigter die Ohren zu, weil der Arzt nicht richtig geguckt hat; – Der Beschäftigte brauchte als Kind für eine Klassenfahrt eine Liste, auf der steht, was er essen darf (er hat eine Allergie gegen Zitrusfrüchte). Arzt hat geantwortet, dass Menschen mit Behinderung alles hinterhergeworfen bekommen. Der Arzt hat die Liste nicht erstellt, der Beschäftigte hat den Arzt gewechselt; – Orthopäden gewechselt wegen langer Wartezeit in der Praxis; – Zahnarzt: sollte trotz Zahnschmerzen 3 Monate warten, hat daraufhin den Zahnarzt gewechselt, ist jetzt zufrieden; – Schlechte Erfahrung mit einer Ärztin (die kein deutsch sprach) in der Notaufnahme. Beschäftigter bekam ein Medikament, welches sich nicht mit ihren Epilepsie-Medikamenten vertrug, es lähmte die Stimme. Gespräch mit der Ärztin und der Mutter. Später verschrieb der Chefarzt ein anderes Medikament, welches Beschäftigter besser vertrug; – hatte erst einen Arzt, der nicht richtig untersucht hat, hat dann den Arzt gewechselt
Möchte etwas verändern (1)	<ul style="list-style-type: none"> – möchte den Orthopäden wechseln, war unfreundlich, lange warten trotz Termins
Erfahrung mit Ärztinnen/Ärzten	
positiv (4)	<ul style="list-style-type: none"> – Die Stunden bei der Psychologin tun gut. Weil dem Beschäftigten dort zugehört wird; – Hausärztin hat vor 5 Jahren das große Blutbild abgenommen. Rief sie dann abends an um ihr mitzuteilen, dass sie sofort ins Krankenhaus gehen soll; – Operation am Bein, Krankenhausaufenthalt verlief gut; – Arzt hilft gesundheitlich und mental weiter. Weil er beruhigt.
negativ (3)	<ul style="list-style-type: none"> – Früher hatte Beschäftigte Stress mit Ärzten, war 6 Jahre taub, hat dann erst sprechen gelernt; – wurde operiert (Nierensteine entfernt), wurde dann früh aus dem Krankenhaus entlassen, weil sein Bett gebraucht wurde. Abends kam er mit seiner Mutter wieder ins Krankenhaus; – Schlaflabor, hat Maske verordnet bekommen. Kommt damit nicht klar. Vom Lungenfacharzt hat sich Beschäftigter nicht verstanden gefühlt.

² Anzahl der Beschäftigten, die sich zu dem Bereich geäußert haben

6.3. Barrieren und förderliche Faktoren

6.3.1 Barrieren der gesundheitlichen Versorgung

Teilweise sind bereits in vorhergehenden Ergebniskapiteln Barrieren der gesundheitlichen Versorgung aufgeführt, so unter 6.2.5 die Gründe, einen Arzttermin kurzfristig nicht einhalten zu können. Im Weiteren werden systematisch unterschiedliche praktische Barrieren in der ambulanten Versorgung berichtet.

Angehörige geben je nach Facharzttrichtung zwischen 7% und 22% ausgeprägte Schwierigkeiten („immer“ / „meistens“) bei der Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen an. Mit 7% liegt dies beim Hausarzt am niedrigsten, gefolgt mit 8% beim Neurologen und Orthopäden (9%), deutlich höher liegt die bei Augenärzten (18%), Zahnärzten (19%) und am höchsten bei Frauenärzten (22%).

Kommunikationsschwierigkeiten stellen die häufigste Barriere bei der ärztlichen Untersuchung dar, gefolgt von Ängsten und Unruhe. Ängste beim Zahnarzt wurden von 29 Angehörigen angegeben. Eine „ausführliche“ und „sehr ausführliche“ Beratung attestieren die Angehörigen einem Großteil der Fachärzte. Besonders hohe Werte erzielen Allgemeinärzte (85,8%) und Zahnärzte (81,3%).

Bei der Beratung der Beschäftigten kommt die Kategorie, „Beratung ausführlich, aber auch einfache Erklärungen versteht die betreute Person nicht“, hinzu. Bei 8% der Allgemeinärzte und bei 11% der Zahnärzte wurde diese Kategorie angegeben. Addiert zu einer „ausführlichen“ und „sehr ausführlichen“ Beratung, erreichen 84% der Allgemeinärzte und 84% der Zahnärzte bei der Beratung der Beschäftigten ähnlich hohe Werte wie bei der Beratung der Angehörigen/Betreuenden.

Die Beratung, bewertet aus Beschäftigtensicht, stellt sich so dar: etwas mehr als die Hälfte der Beschäftigten (52%) versteht, was die Ärzte ihnen sagen, 35% verstehen dies zumindest teilweise. 7% der Beschäftigten verstehen nicht, was ihre Ärztinnen/Ärzte ihnen sagen. 73% der Beschäftigten fühlen sich von ihren Ärztinnen/Ärzten verstanden. 13% fühlen sich teilweise verstanden, nur ein Beschäftigter gibt an, sich von seiner Ärztin/seinem Arzt nicht verstanden zu fühlen. 14% können diese Frage nicht beantworten.

Neben Barrieren im Austausch zwischen Beschäftigten und behandelnden Ärzten, können auch praktische Barrieren bestehen. 61% der Angehörigen geben an, dass aufgrund der Behinderung „überhaupt keine“ Probleme beim Aufsuchen der Ärztin/des Arztes bestehen, immerhin für 13% gibt es „sehr viele“, „ziemlich viele“ und „einige“ Probleme.

Für Frauen gibt es mit 17% signifikant häufiger Probleme als für Männer (9%) zum Arzt zu gelangen. Problemlos ist der Weg zum Arzt für 45% der Frauen und für 68% der Männer. Einen Transport begleitet durch einen speziellen Krankentransportdienst zu organisieren, ist für 7% der Angehörigen/Betreuenden schwierig, für 21% stellt dies keine Schwierigkeit dar. Für über die Hälfte der Angehörigen/Betreuenden (53%) kam diese Situation bisher nicht vor. Aus Angehörigen/Betreuenden –Sicht ist es für 85% zeitlich nicht schwer, die betreute Person zur Ärztin/zum Arzt zu begleiten. Immerhin suchen 77% der Beschäftigten regelmäßig bis zu 4 Arztpraxen auf.

Auch wenn es für die jeweils Betreuten nicht unbedingt notwendig ist, berichten einige Angehörige Zugangsbarrieren. So haben ein gutes Drittel der Arztpraxen, die die Teilnehmenden aufsuchen, keinen Fahrstuhl trotz Treppenstufen und ein Fünftel (20%) der Hausarztpraxen sind nicht für Rollstuhlfahrer zu erreichen.

Auch innerhalb der Hausarztpraxen existieren zum Teil Barrieren; so ist der Untersuchungsraum bei 12% der Hausarztpraxen nicht für Menschen im Rollstuhl zu erreichen und im Sanitärbereich ist nicht immer ausreichend Platz. In 10% der Hausarztpraxen sind die Schilder nicht in gut lesbarer Schrift vorhanden. In 12% der Arztpraxen ist „meistens“ oder „immer“ Informationsmaterial in Leichter Sprache vorhanden. Allerdings sind diese Angaben zur Rollstuhlfähigkeit der Praxis, Schilderlesbarkeit und Leichter-Sprache-Informationen mit sehr hoher Unsicherheit verbunden, da bis zur Hälfte der ausfüllenden Angehörigen/Betreuenden angeben, dies nicht zu wissen (s. Anhangstabellen 104-121).

6.3.2 Förderliche Faktoren

Zufriedenheit

Knapp 80% der Beschäftigten sind mit ihren Ärztinnen und Ärzten zufrieden, weitere 15% sind dies teilweise und nur ein Beschäftigter ist mit seinen Ärzten nicht zufrieden (Abbildung 9).

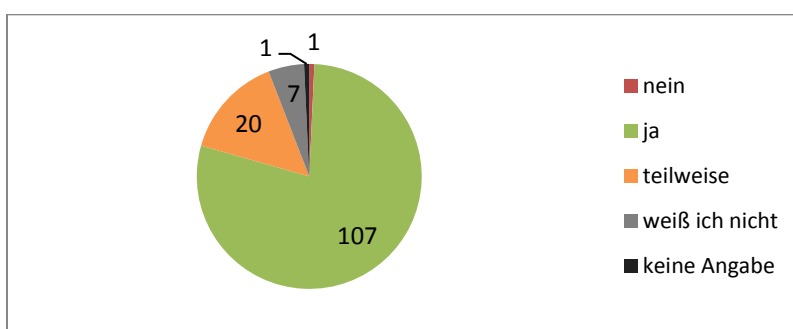


Abbildung 9: Zufriedenheit mit Ärztinnen/Ärzten (Anzahl Beschäftigte)

Verstanden-Werden, Behandlungsergebnisse, Compliance/Adherence

Zur hohen Zufriedenheit der Beschäftigten mit ihren Ärzten passt der hohe Wert von 73%, die sich von ihren Ärzten verstanden fühlen, 13% fühlen sich teilweise verstanden. Nach Arztbesuchen geht es 71% der Beschäftigten besser, zweien jedoch nicht.

Auch halten sich 72% der Beschäftigten an Vereinbarungen mit ihren Ärztinnen/Ärzten, 14% der Beschäftigten halten sich teilweise daran und ein Beschäftigter hält sich nicht an Vereinbarungen (s. Anhangstabellen 122-125).

6.3.3 Prävention und Gesundheitsförderung mit Barrieren und förderlichen Faktoren

Es gibt eine Reihe an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, die von verschiedenen Anbietern durchgeführt werden und die sich beispielsweise mit Ernährung, Bewegung, Entspannung und Sport oder Fitness befassen. Teilweise werden solche Maßnahmen von den Krankenversicherungen finanziert. 60% der Angehörigen sind solche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bekannt. Knapp ein Fünftel der Beschäftigten (18%) hat nach Angaben der Angehörigen/Betreuenden in den letzten 12 Monaten solch einen Kurs bzw. Maßnahme besucht, was etwas höher als in der Allgemeinbevölkerung laut DEGS-Studie (16,6%) liegt.

Die Kursteilnahme unterscheidet sich in dieser Studie je nach Wohnform. und Migrationshintergrund. Von allen Beschäftigten, die bei Angehörigen leben, nehmen 19% an solch einer Maßnahme teil, von allen Beschäftigten, die in einer Wohnstätte leben, sind es mit 11% signifikant weniger, so wie 19% der Beschäftigten ohne Migrationshintergrund teilnehmen und 13% mit Migrationshintergrund.

Die am häufigsten besuchten Maßnahmen sind Gymnastik, Fitness / Ausgleichssport und Kurse zur gesunden Ernährung und Gewichtsreduktion sowie Entspannung. Von 92% der teilnehmenden Beschäftigten werden die Gymnastikkurse fremd finanziert, Fitnesskurse werden bei 67% und Kurse zur gesunden Ernährung und Gewichtsreduktion werden bei 60% der Beschäftigten fremd finanziert (siehe Abbildung 10).

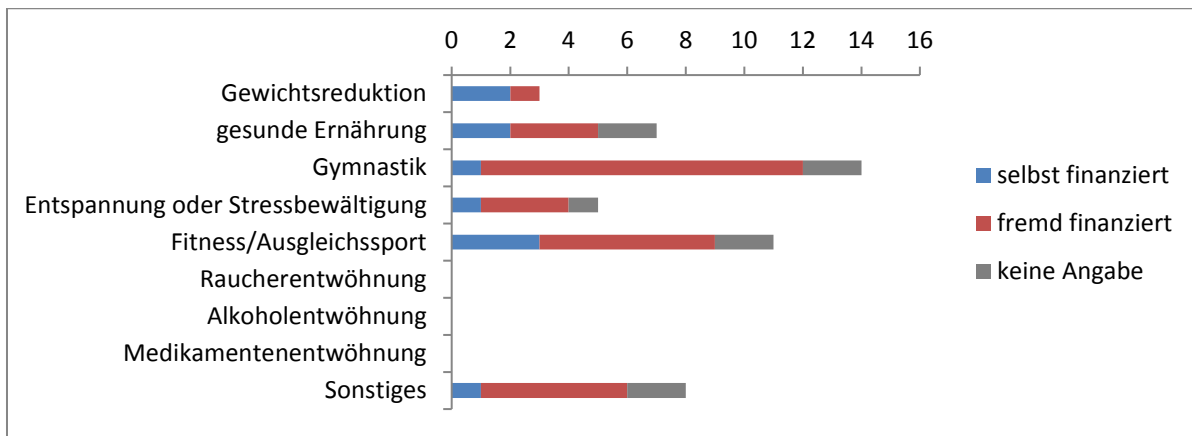


Abbildung 10: Besuchte Maßnahmen und deren Finanzierung (Anzahl Beschäftigte mit Teilnahme)

61% der Angehörigen/Betreuenden wissen, dass die Krankenkasse einen Teil der Kosten für solche Maßnahmen trägt. Die Einschätzung, ob in den letzten 12 Monaten eine Teilnahme an einer gesundheitsfördernden Maßnahme stattfand, weicht zwischen den Beschäftigten und den Angehörigen/Betreuenden stark ab. Von den Beschäftigten geben 57% an, an solch einer Maßnahme teilgenommen zu haben. Die Angehörigen/Betreuenden berichten dies von 21%.

Bei 73% der Teilnehmenden hat sich nach Einschätzung der Angehörigen/Betreuenden der Gesundheitszustand / das Befinden durch die Teilnahme an einer oder mehreren dieser Maßnahmen gebessert, in der DEGS-Studie liegt dies mit 82% höher.

Aus Beschäftigtensicht geben 69% eine Verbesserung des Gesundheitszustandes / des Befindens durch die Teilnahme an (s. Anhangstabellen 126-132).

Hauptgründe, weshalb Beschäftigte aus Sicht der Angehörigen/Betreuenden nicht an gesundheitsfördernden Maßnahmen teilnehmen, sind Unkenntnis über das bestehende Angebot, inhaltlich nicht geeignete Kurse und die aufwändige Organisation (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19: Gründe für Nicht-Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen

	Anzahl der Angaben durch Angehörige	%
ich wusste nicht, dass solche Kurse angeboten werden	43	24,4
die aufwändige Organisation (Transport zu den Kursen, Begleitung während des Kurses) muss durch die Angehörigen/Betreuer geleistet werden	32	18,2
ich konnte keinen Transport zum Kurs organisieren	4	2,3
Kursinhalte sind nicht für Menschen mit geistiger Behinderung geeignet	41	23,3
ich konnte keine Betreuung/Begleitung für die Kursdauer organisieren	6	3,4
die von mir betreute Person wollte nicht teilnehmen	29	16,5
die von mir betreute Person hat keinen Bedarf an diesen Kursen	29	16,5
die Kosten für den Präventionskurs sind zu hoch	7	4,0
anderer Grund	8	4,5
weiß ich nicht	13	7,4

Über diese in den Antwortkategorien vorgegebenen Gründe hinaus benennen Angehörige/Betreuende und Beschäftigte unter „andere Gründe“ noch weitere, die zur Nicht-Teilnahme aus ihrer Sicht führen. Diese Gründe lassen sich in personale Faktoren, Versorgungs- und Infrastrukturfaktoren, Betreuungs- und Wohnfaktoren und Faktoren von Seiten der Leistungserbringer unterscheiden und sind in den nachstehenden Tabellen aufgelistet.

Tabelle 20: Personale Faktoren des Beschäftigten

Hindernisse Personale Faktoren des Beschäftigten	Anzahl der Angaben von Angehörigen & Betreuenden
Lustlosigkeit	5
Keine Einsicht	4
Keine Motivation	3
Angst	3
Gesundheitszustand erschwert ärztliche Besuche	2

Tabelle 21: Versorgungs- und Infrastrukturfaktoren

Hindernisse Versorgungs- und Infrastrukturfaktoren	Anzahl der Angaben von Angehörigen & Betreuenden
Begleitperson nötig	8
Terminvereinbarung (z.B. Überschneidung mit anderem Termin)	3
Weite Entfernung	2

Tabelle 22: Betreuungs- und Wohnfaktoren

Hindernisse Betreuungs- und Wohnfaktoren	Anzahl der Angaben von Angehörigen & Betreuenden
Betreuer muss Zeit und Interesse haben	3

Tabelle 23: Leistungserbringer

Hindernisse Leistungserbringer	Anzahl der Angaben von Angehörigen & Betreuenden
Fehlende interpersonale Fähigkeiten	1
Kurse müssten eine 1:1 Betreuung anbieten	1

Gefragt nach dem Bedarf solcher präventiver bzw. gesundheitsförderlicher Kurse aus Sicht der Angehörigen/Betreuenden für die betreuten Personen, geben diese folgende Maßnahmen an, an denen sie teilnehmen sollten: Entspannung oder Stressbewältigung (42%), Fitness/Ausgleichssport (42%), Gymnastik (39%), gesunde Ernährung (34%) und Gewichtsreduktion (28%).

Die Angaben der Beschäftigten, an welcher Maßnahme sie gerne teilnehmen möchten, gleichen sich bei „Gewicht abnehmen“ und „gesunde Ernährung“ mit denen der Angehörigen/Betreuenden. Kurse wie Gymnastik, Fitness, Ausgleichssport und Entspannung / Stressbewältigung werden von den Beschäftigten jedoch seltener gewünscht als von den Angehörigen/Betreuenden (Abbildung 11).

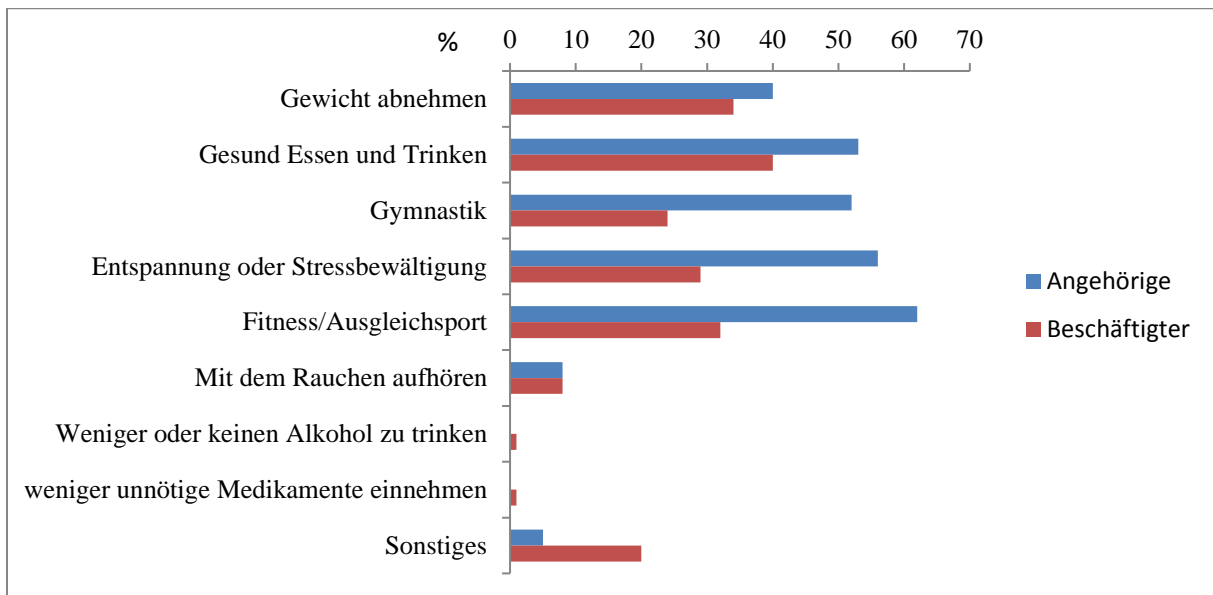


Abbildung 11: Interesse an Kursen (% der Befragten)

63% der Angehörigen/Betreuenden zögen es vor, Präventionskurse in der Werkstatt angeboten zu bekommen. 18% sind für ein Angebot außerhalb der Werkstatt. 13% der Angehörigen/Betreuenden ist es egal. Die Beschäftigten nennen die gleichen Wünsche bezüglich des Ortes. Gut die Hälfte der Beschäftigten (51%) würde den Kurs gerne in der Werkstatt besuchen, ein Drittel (35%) würde einen Kurs außerhalb der Werkstatt bevorzugen.

Im gewissen Kontrast steht dazu, mit wem zusammen die Kurse stattfinden sollten. 24% der Angehörigen meinen, dass die von ihnen betreute Person diese Kurse gerne überwiegend mit anderen Menschen mit Behinderung besuchen möchte, was 17% der Beschäftigten auch so angeben. Doch zwei Drittel, sowohl der Angehörigen als auch der Beschäftigten, wünschen diese Kurse in einer gemischten Zusammensetzung von Menschen mit und ohne Behinderung. Ein Drittel der Beschäftigten gibt zu diesen Fragen keine Angaben (s. Anhangstabellen 133-138).

Erfahrungen mit gesundheitsfördernden / präventiven Angeboten

Nach ihren Erfahrungen mit gesundheitsfördernden / präventiven Angeboten gefragt oder auf die Frage, ob sie sonst noch etwas erzählen möchten, kamen von den Beschäftigten verschiedene Mitteilungen auch zu diesem Thema, die zur Veranschaulichung in der folgenden Tabelle aufgelistet werden (Tabelle 24).

Tabelle 24: Erfahrungen mit gesundheitsförderlichen Kursen

Teilnahme an gesundheitsförderlichen Kursen	
Teilnahme an Ernährungs- und Gewichtsreduktionskursen (8)	<ul style="list-style-type: none"> – Hat bei einem Ernährungskurs 20 kg abgenommen. Beschäftigter fand den Kurs gut; – Beschäftigter konnte durch den Kurs abnehmen, hat Gewicht verloren, hat am Bauch abgenommen. Darf jetzt wieder mehr essen. Ärztin bekommt die Werte; – Hat an einer Kochgruppe in der Wohnstätte teilgenommen, hat dabei 15kg abgenommen. Hat am meisten aus der ganzen Gruppe abgenommen. Möchte gerne wieder etwas abnehmen; – Hat an der Männerkochgruppe im Betreuten Wohnen teilgenommen; – Besuchte zur Zeit Ernährungskurs: Diabetologin sagt: Kartoffeln nicht essen, Mais nicht essen, keine Soße zum Fleisch, ab und zu Nudeln, viel Gemüse, Zero-Getränke darf Beschäftigter trinken; – Hat vor 3 Jahren einen Ernährungskurs besucht: Äpfel und Bananen in Maßen. Viel Gemüse essen, Salat kann man essen, Möhren, Knödel mit Gemüse, Fisch, Hähnchen → Pelle abmachen. Keine Cola. Schwarzbrot, Vollkornbrötchen, Knäckebrot. Keine Marmelade, Joghurt ohne Sahne. Bohnensuppe + Erbsensuppe. Unsicherheit was er essen darf: z.B. Banane, Apfel, Cola light ist ja auch Zucker drin; – Hat einen Kurs bei der Verbraucherzentrale besucht über "gesunde Ernährung", "Geld", "Haushalt"
Teilnahme an Sportkursen	– besucht fit und fun, eine berufsbegleitende Maßnahme innerhalb der Arbeitszeit
Teilnahme Entspannung /	– Besuchte Tai Chi Kurs in der Werkstatt. Hat Probleme mit dem Stress, rastet dann aus.
Stressbewältigung (2)	– "Mach mal langsam - Raus aus dem Stress" wird von Betreuern im Lebenshilfecenter angeboten
Interesse an Sportkursen (7)	<ul style="list-style-type: none"> – Beschäftigter möchte wieder Sport machen, möchte wissen wo das geht – Reitkurs ist zu weit weg, aber Interesse an einem Kurs – Beschäftigter würde gerne einen Reitkurs belegen – Beschäftigter würde gerne an einem Reitkurs teilnehmen, von der Lebenshilfe angeboten oder privat – Fitness, wenn es nicht so teuer ist – Fitness: Beschäftigter würde sich privat etwas suchen und dort trainieren. Möchte keinen Kurs in der Werkstatt machen – Möchte gerne abnehmen. Hat das ihrem Arzt erzählt. Daraufhin hat er das Formular für den Reha-Sport ausgefüllt
Interesse an Krankengymnastik	– Möchte das der Arzt ihm wieder Krankengymnastik verschreibt. Gegen Schmerzen im Rücken.
Interesse an Lungenschulung	– Hätte gerne an Lungenschulung teilgenommen, der Wert liegt noch bei 75%, ist noch nicht nötig.
Interesse Ernährungs- und Gewichtsreduktionskursen (3)	<ul style="list-style-type: none"> – Kurs zur Gewichtsreduzierung, Kurs sollte innerhalb der Werkstatt stattfinden; – Beschäftigter ist unzufrieden mit dem Übergewicht, möchte etwas abnehmen. Hat in der Kur abgenommen, danach aber wieder zugenommen; – Beschäftigter möchte gerne etwas Gewicht abnehmen für seine Freundin.
Interesse Kurs "Rauchen aufhören"	– mit 12 Jahren angefangen zu rauchen, möchte gerne mit dem Rauchen aufhören, sagt, dass sie das nicht alleine schafft. Ihr Verlobter hat Asthma, deshalb möchte sie auch aufhören. In der Werkstatt kann sie nicht aufhören, weil da so viele Leute rauchen. Deshalb soll der Kurs außerhalb der Werkstatt stattfinden.
Barrieren, die Teilnahme an Gesundheitskursen erschweren	
Entfernung / Organisation	3
Angebote sind nicht bekannt	1
Finanzierung	3
Eigener Gesundheitszustand lässt es nicht zu	1
Kurse sind nur für Gesunde	1

6.4 Gesundheitszustand (Diagnose Defizit)

6.4.1 Gesundheitszustand – aus Angehörigen- und Beschäftigtensicht

73% der Beschäftigten bewerten ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen als „gut“ oder „sehr gut“, 8% geben „ausgezeichnet“ an. Knapp ein Fünftel der Beschäftigten (18%) schätzen ihren Gesundheitszustand als „schlecht/weniger gut“ ein. Von den Angehörigen/Betreuenden schätzen 80% den Gesundheitszustand im Allgemeinen, der von ihnen betreuten Person, als „gut“ oder „sehr gut“ ein, 5% geben „ausgezeichnet“ an. Insgesamt decken sich die Einschätzung der Beschäftigten und deren Angehörigen/Betreuenden zum Gesundheitszustand.

In der KBV-Befragung wurden die Teilnehmenden gefragt: „wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand in den letzten vier Wochen im Allgemeinen beschreiben“? 67% der Befragten bewerten ihren Gesundheitszustand als „gut“ oder „sehr gut“, 11% geben „ausgezeichnet“ an. Etwas mehr als ein Fünftel (21%) schätzen ihren Gesundheitszustand als „schlecht/weniger gut“ ein (siehe Tabelle 25).

Tabelle 25: Gesundheitszustand (Vergleich Beschäftigte und KBV)

	Beschäftigte Gesundheitszustand im Allgemeinen			KBV Gesundheitszustand in den letzten 4 Wochen im Allgemeinen		
	N	%	%*	N	%	%*
schlecht	6	4,4	4,5	304	5	5
weniger gut	18	13,2	13,5	974	16	16
gut	75	55,1	56,4	2801	46	46
sehr gut	23	16,9	17,3	1279	21	21
ausgezeichnet	11	8,1	8,3	670	11	11
keine Angabe	3	2,2	x	61	1	X
Gesamtsumme	136	100,0	100	6089	100	100

*ohne Berücksichtigung „keine Angabe“

57% der Beschäftigten sind mit ihrer Gesundheit zufrieden, 30% geben „neutral“ an und 7% sind unzufrieden. Ein Unterschied zeigt sich hinsichtlich der Wohnform: 72% der Beschäftigten, die bei ihren Angehörigen leben, sind mit ihrer Gesundheit zufrieden; von denen, die in einer Wohnstätte leben, sind es 58%. Nicht häufig krank zu sein, geben 71% der Beschäftigten an, knapp ein Fünftel findet hingegen, häufig krank zu sein (s. Anhangstabellen 139-142).

Die Studie erhebt von den Angehörigen die bei ihrer betreuten Person vorliegenden bekannten Krankheiten. Knapp ein Drittel der Beschäftigten (32,4%) und damit der höchste Wert für eine angegebene Krankheitsgruppe, hat ein Augenleiden/Sehstörung. Zwischen 20% und 30% liegen bei den Studienteilnehmern zu erwartende neurologische Erkrankungen vor, orthopädische

Erkrankungen, Allergien, Herz-/Kreislaufkrankungen und psychische Erkrankungen vor, zwischen 10% und 20% bestehen Hauterkrankungen und Schilddrüsenerkrankungen, alle anderen liegen unter 10% (Abbildung 12).

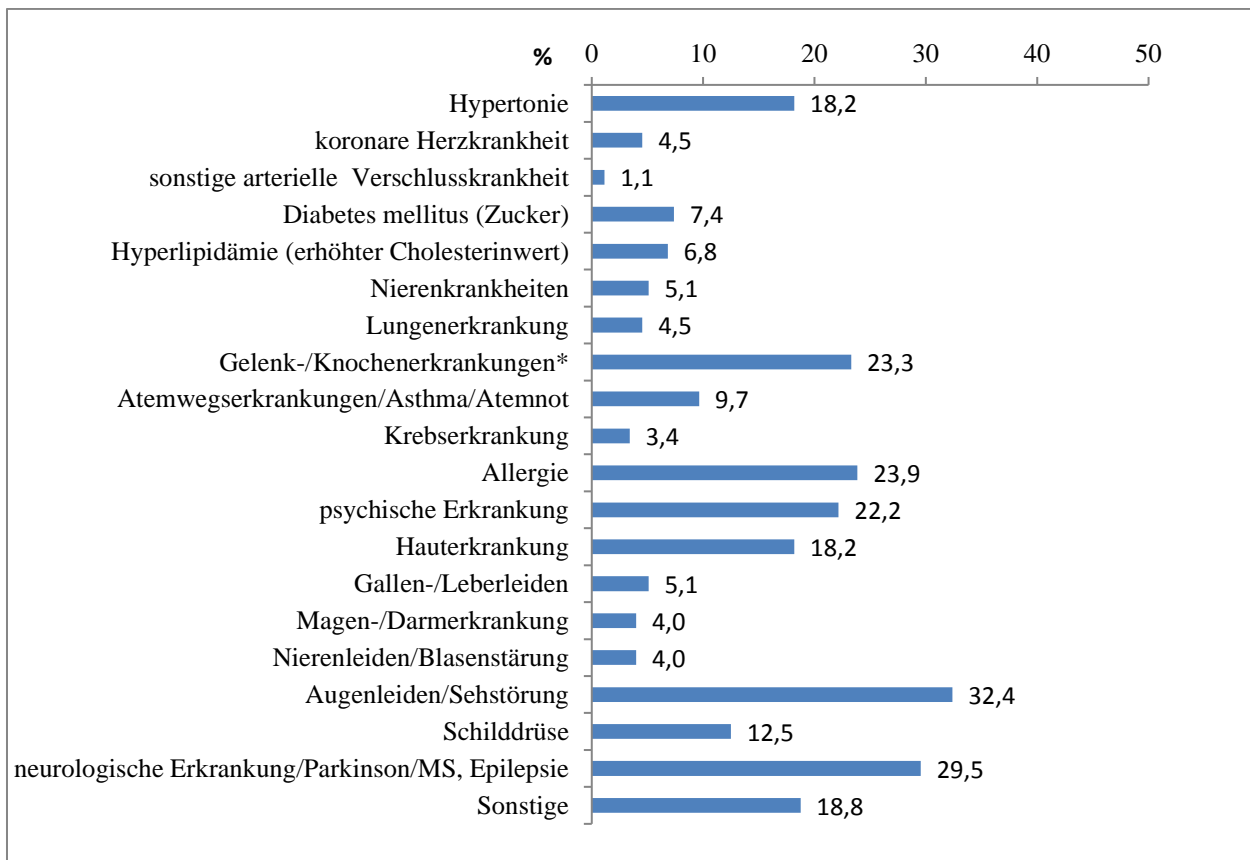


Abbildung 12: Bestehende Krankheiten
* Bandscheiben/Rückenleiden/Rheuma

Nach Anzahl vorliegender Krankheiten bestehen nur bei 16% keine solchen Krankheiten und bei je 20% der Teilnehmenden liegen eine bzw. zwei Krankheiten vor, bei 15% sogar mehr als vier.

72% der Stichprobe nimmt Medikamente ein, damit liegt sie leicht über der Allgemeinbevölkerung (70,2%).

Tabelle 26: Einnahme von Medikamenten?

	Stichprobe			DEGS			Chi ² -Test (p-Value)
	N	%	%*	N	%	%*	
nein	49	27,8	28,2	2133	26,7	29,8	0,694
ja	125	71	71,8	5016	62,8	70,2	
weiß ich nicht/keine Angabe	2	1,1	x	838	10,5	x	
Gesamtsumme	176	100	100,0	7987	100,0	100,0	

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"/"weiß ich nicht"

Bei 8% der Teilnehmenden (14 Personen) hat es nach eigenen Angaben schon einmal Ereignisse gegeben, in denen eine Erkrankung von ärztlicher Seite so spät festgestellt wurde, dass es dadurch zu lebensbedrohlichen Situationen kam.

Bei 2 der 3 Beschäftigten, deren Angehörige/Betreuende den Gesundheitszustand als schlecht bezeichnen, kam solch ein Ereignis vor. Bei 30% der Beschäftigten mit einem weniger guten Gesundheitszustand und bei 4% der Beschäftigten mit einem guten Gesundheitszustand kam es zu solch einer lebensbedrohlichen Situation. Bei Beschäftigten mit sehr gutem und ausgezeichnetem Gesundheitszustand kam keine solche lebensbedrohliche Situation vor (Abbildung 13).

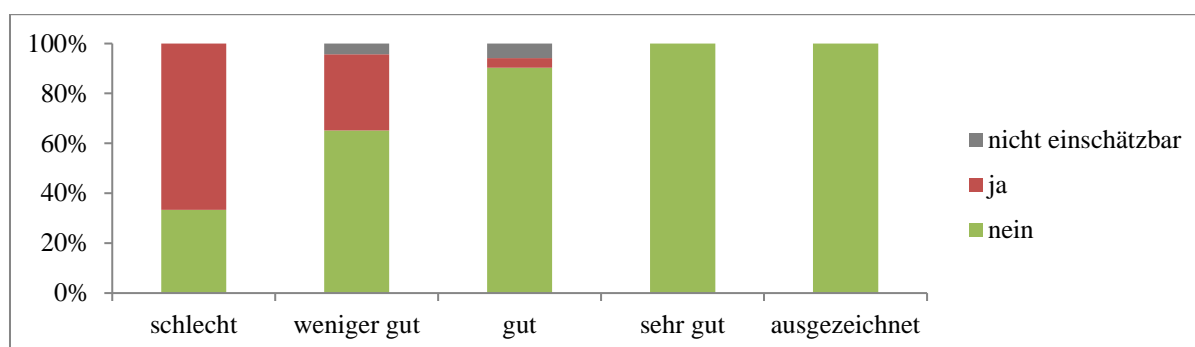


Abbildung 13: Lebensbedrohliche Situation (in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand)

Die Angehörigen/Betreuenden wurden gefragt, ob es bei der von ihnen betreuten Person schon einmal Ereignisse gab, bei denen eine Erkrankung von ärztlicher Seite so spät festgestellt wurde, dass es dadurch zu lebensbedrohlichen Situationen kam. In der folgenden Tabelle 27 sind die, bei 14 Teilnehmenden nach Meinung der Angehörigen/Betreuenden zu spät festgestellten Erkrankungen aufgelistet.

Tabelle 27: Art der zu spät entdeckten Erkrankung

Erkrankung	N
Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes	1
andere ernährungsbedingte Störungen	1
Hauterkrankungen	1
Erkrankungen des Uro-Genitaltraktes	1
Endokrine Erkrankungen (Drüsenerkrankungen)	1
akute lymphatische Leukämie im Kindesalter	1
Blasenkrebs	1
Hirnhautentzündung im Säuglingsalter	1

Kathetersepsis	1
Knochenmarkschädigung durch Medikamente	1
Magenblutung	1
Nierenversagen	1
Plazentainsuffizienz, Blutvergiftung n. Geburt	1
Pockenschutz-Impfung	1
Thrombose	1
Zwangsstörung	1

Nach Angaben der Angehörigen/Betreuer haben durch die späte Feststellung 6 Betroffene eine dauerhafte Schädigung erlitten.

Bei den dauerhaften Schädigungen handelt es sich um Kontrakturen, Chronifizierung einer Erkrankung, Gehörlosigkeit, Blasenentfernung, Entwicklungs-Retardierung, Spastiken, Cerebral-Parese, geistige Behinderung, Konzentrationsschwierigkeiten, geistige u. körperliche Behinderung, Mitralinsuffizienz, Kalkablagerungen im Gehirn nach Bestrahlung.

Unter den 14 Befragten, die mit ihren Betreuten schon einmal eine lebensbedrohliche Situation erlebt hatten, schätzten sieben die ambulante medizinische Versorgung insgesamt als mittelmäßig ein. Sechs empfanden die Versorgung als völlig ausreichend, einer als sehr gut.

Knapp zwei Drittel (64%) der Beschäftigten waren in den letzten 12 Monaten durch einen Arzt arbeitsunfähig geschrieben. Im Durchschnitt war jeder Beschäftigte in den letzten 12 Monaten an 11,2 Arbeitstagen krankgeschrieben. Damit liegt unsere Stichprobe etwas über der Allgemeinbevölkerung. 2015 lag bei 50,4 % der Mitglieder der DAK-Gesundheit mindestens eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vor (vgl. Rebscher, 2016, S. 8). Die Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen in Deutschland waren im Jahr 2015 durchschnittlich 10,0 Arbeitstage krankgemeldet (vgl. Destatis, 2017b) (s. Anhangstabellen 143-147).

6.4.2 Gesundheitsverhalten aus Angehörigen- und Beschäftigtensicht

Aus Sicht der Angehörigen / Betreuenden üben 12% ihrer betreuten Personen keine körperliche Betätigung aus. Knapp ein Viertel sind an 1 – 3 Tagen in der Woche weniger als 30 Minuten körperlich aktiv, 23% sind an 4-7 Tagen in der Woche mehr als 30 Minuten körperlich aktiv.

Nach eigenen Angaben der Beschäftigten sind 56% in einer durchschnittlichen Woche körperlich so aktiv, dass sie ins Schwitzen oder außer Atem geraten. Drei Viertel dieser Beschäftigten sind an 1 – 2 Tagen körperlich so aktiv, dass sie ins Schwitzen kommen. 56% der sportlich Aktiven sind 1 – 2 Stunden in der Woche aktiv, 8% mehr als 4 Stunden in der Woche.

Mehr als drei Viertel der Stichprobe hat noch nie geraucht. 13% haben aufgehört zu rauchen. 10% der Beschäftigten rauchen gelegentlich oder täglich. Die Hälfte davon raucht seit mehr als 20 Jahren. 57% der Beschäftigten, die angeben zu rauchen, denken darüber nach oder haben die feste Absicht mit dem Rauchen aufzuhören. Ein Drittel hat nicht vor mit dem Rauchen aufzuhören.

Im Vergleich dazu geben 25% der auskunftswilligen Befragten des Mikrozensus 2013 an zu rauchen, 3,6% davon gelegentlich, 20,9% rauchen regelmäßig (vgl. Destatis, 2017c).

44% der Beschäftigten trinken nie Alkohol. 10% trinken 2-mal pro Woche oder öfter Alkohol. 52% der Beschäftigten, die bei Angehörigen leben, trinken nie Alkohol, von den Beschäftigten, die in einer Wohnstätte leben, sind es 42%, von den Beschäftigten, die alleine leben, trinken 23% nie Alkohol (s. Anhangstabellen 148-157).

6.4.3 Ergebnisse der Gesundheitsuntersuchung

Von den 181 teilnehmenden Beschäftigten sind durch Randomisierung 79 der Untersuchungsgruppe Werkstatt und 102 der Untersuchungsgruppe Hausarzt zugeteilt worden. Die nachfolgenden Ergebnisse beziehen sich auf 77 in der Werkstatt untersuchte Beschäftigte und 50 Beschäftigte, die der Aufforderung sich beim Hausarzt untersuchen zu lassen, nachgekommen sind und deren Hausärzte die Erhebungsbögen der Studie auswertbar zurückgeschickt haben. Damit liegt die Teilnahmequote der Werkstattgruppe bei 98% und die der Hausarztgruppe bei 49% (50 von 102). Die Ergebnisse werden für die 127 untersuchten Beschäftigten zusammen berichtet und teilweise ergänzt um eine Darstellung, getrennt für beide Gruppen (Tabelle 28).

Tabelle 28: Durchgeführte Untersuchungen

		Untersuchung fand statt?		Gesamt	Chi ² -Test (p-Wert)
		Nein	Ja		
Werkstatt	N	2	77	79	0,000
	%	2,5%	97,5%	100,0%	
Hausarzt	N	52	50	102	
	%	51,0%	49,0%	100,0%	
Gesamt	N	54	127	181	
	%	29,8%	70,2%	100,0%	

Die beiden Gruppen der untersuchten Beschäftigten unterscheiden sich hinsichtlich Altersverteilung und Geschlecht nicht von der Gesamtgruppe. Einen Unterschied zwischen der Gesamtstichprobe und der Hausarztgruppe gibt es bezüglich der Wohnform. 61% der Beschäftigten, die bei ihren Angehörigen leben und aufgefordert wurden die Untersuchung bei ihrem Hausarzt durchführen zu lassen, kamen dieser Aufforderung nach, von denen, die in einer Wohnstätte leben, kamen dem signifikant weniger (28%) nach.

Knapp 70 % der Teilnehmenden, die ihren Hausarzt aufgesucht haben, taten dies innerhalb von 6 Wochen nach der Aufforderung (s. Anhangstabellen 158-161).

Impfstatus

Von den 127 Teilnehmenden brachten 91 Personen (72%) ihren Impfausweis zur ärztlichen Untersuchung mit, Frauen (81%) signifikant häufiger als Männer (65%) und ebenso die Hausarztgruppe (84%) im Vergleich zur Werkstattgruppe (64%).

Die Befragung nach dem (Nicht-)Vorhandensein des Impfausweises ergibt teilweise impfskeptische Einstellungen: „es ist kein Impfpass vorhanden, der Arzt hat damals gesagt, dass aufgrund der Epilepsie nicht geimpft werden soll“, „kein Impfpass vorhanden, nach einer Pockenimpfung im Alter von einem Jahr keine altersgemäße Entwicklung mehr“, „nicht vorhanden, als Kind nach Impfungen gekrampft, danach keine Impfungen mehr“, „nicht vorhanden, wird nicht mehr geimpft“. Weiter wurde angegeben, den Impfausweis vergessen bzw. verlegt zu haben.

Die Ständige Impfkommission (STIKO) des Robert Koch Instituts (RKI) „empfiehlt eine Grundimmunisierung gegen Tetanus in den ersten 15 Lebensmonaten sowie zwei Auffrischimpfungen im Kindes- und Jugendalter. Für Erwachsene sollte die Auffrischung der Impfung alle zehn Jahre erfolgen“ (RKI, 2015, S. 251).

Bei den 91 untersuchten Beschäftigten mit Vorlage des Impfausweises besteht bei 82% (75) ein Impfschutz gegen Tetanus, in der Werkstattgruppe (78%) etwas geringer als der Hausarztgruppe (88%) (Abbildung 14), doch höher als laut DEGS in der Allgemeinbevölkerung (nicht gewichtet) mit 71%.

Impfschutz gegen Diphtherie bei den untersuchten Beschäftigten mit Impfpass besteht bei 79%, wieder in der Werkstattgruppe (74%) etwas niedriger als der Hausarztgruppe (86%), und höher als gemäß DEGS (nicht gewichtet) in der Allgemeinbevölkerung mit 59%.

Gegen Keuchhusten besteht bei 64% der untersuchten Beschäftigten mit Impfpass ein Impfschutz (57% Werkstattgruppe, 71% Hausarztgruppe), deutlich höher als in der nicht gewichteten DEGS Allgemeinbevölkerung mit 13%.

Über Masernimpfschutz verfügen bei den untersuchten Beschäftigten mit Impfpass 47% (41% Werkstattgruppe, 55% Hausarztgruppe) und damit wieder mehr als in der nicht gewichteten DEGS Allgemeinbevölkerung mit 38%.

Der Impfschutz unter den untersuchten Beschäftigten mit Impfausweis unterscheidet sich nach Werkstattort und Alter, nicht jedoch nach Geschlecht. In der Werkstatt Oberhausen fehlt mit 32% signifikant häufiger der Tetanus-Impfschutz als in Witten (3%) und in Solingen (17%). Ebenfalls fehlt in Oberhausen mit 36% signifikant häufiger der Diphtherie-Impfschutz als in Witten (6%) und in Solingen (10%). Der vorhandene Impfschutz gegen Masern nimmt mit dem

Alter signifikant ab. 94% der unter 25-Jährigen verfügen über den Impfschutz, bei den über 55-Jährigen weisen ihn nur 25% auf (s. Anhangstabellen 165-168).

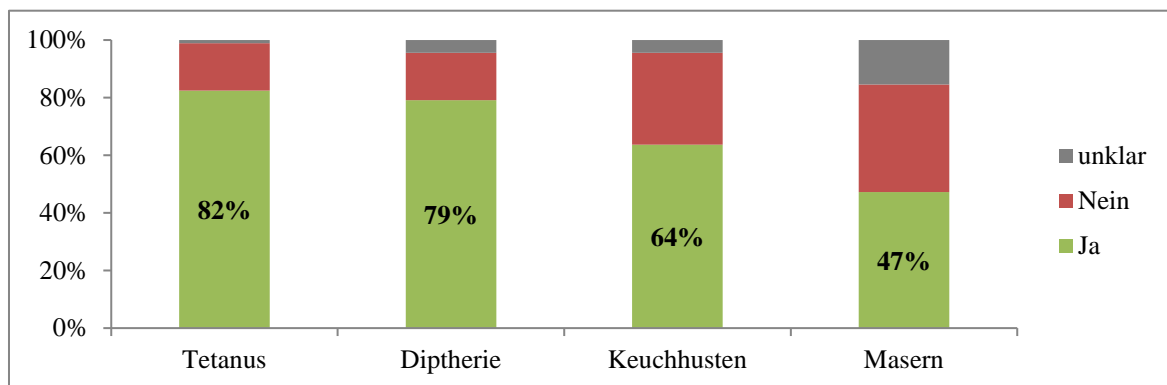


Abbildung 14: Bestehender Impfschutz der Teilnehmenden

Körpergewicht

31% der Beschäftigten haben Normalgewicht und 35% zeigen eine Adipositas Grad 1, 2 oder 3 und damit signifikant häufiger als die gewichteten DEGS-Daten der Allgemeinbevölkerung (16%) (Abbildung 15).

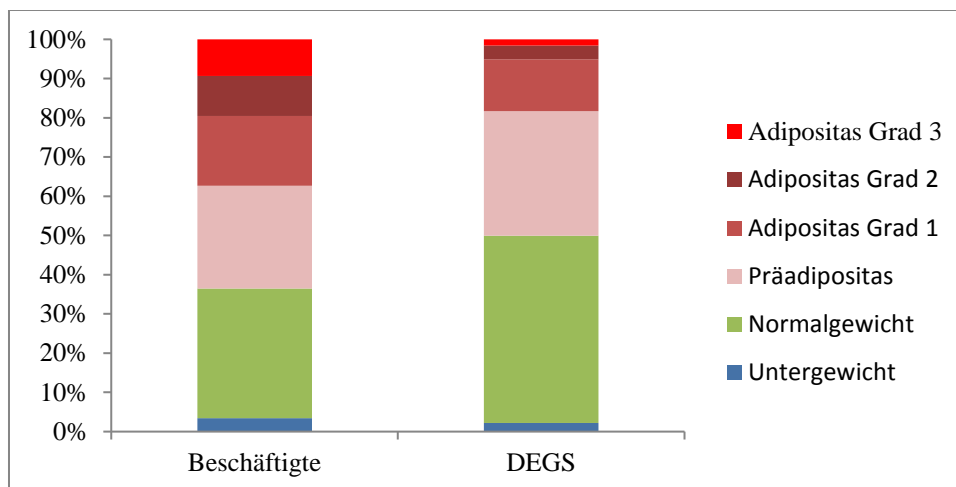


Abbildung 15: BMI-Werte

Sehtest

Der durchgeführte Sehtest besteht aus einem Sehtafeltest, bei dem der Untersuchte aus 4,5 Meter Entfernung die Öffnung der gezeigten Symbole (E-Haken), entweder mit einer Handbewegung in die entsprechende Richtung oder durch die Ansage "oben", "unten", "rechts", "links", angibt. Bei den 52% der Beschäftigten mit Sehhilfe erfolgt dies mit der aktuell verwendeten Sehhilfe. Ein erstes Ergebnis ist, bei 28% aller Untersuchten ist der Sehtest nicht durchführbar (Werkstattgruppe 25%, Hausarztgruppe 32%) und bei 4% ist die Untersuchung aus unklaren Gründen nicht durchgeführt worden (3% Werkstatt, 6% Hausarzt). Bei diesen 30% müssen also

zur Abklärung andere (fachärztliche) Verfahren eingesetzt werden. 14% der Untersuchten in der Werkstatt hatten Probleme bei dem Sehtest. Bei diesen Untersuchten wurde ein Visus unter 0,5 gemessen. 4% der Untersuchten in der Hausarztpraxis haben Probleme bei dem Sehtest, welches Kriterium der Hausarzt hierfür gewählt hat wurde nicht abgefragt. Bei 12% der Hausarztgruppe wurde eine weitere Abklärung der Sehfähigkeit empfohlen. Da die Vorgeschichte und evtl. regelmäßig stattfindende augenärztliche Kontrolluntersuchungen, dem Werkstattarzt nicht bekannt sind, spricht dieser keine Empfehlung zur weiteren Abklärung aus, auffällige Befunde des Sehtests werden mit dem Bericht der Gesundheitsuntersuchung ausgehändigt (s. Anhangstabellen 170-173).

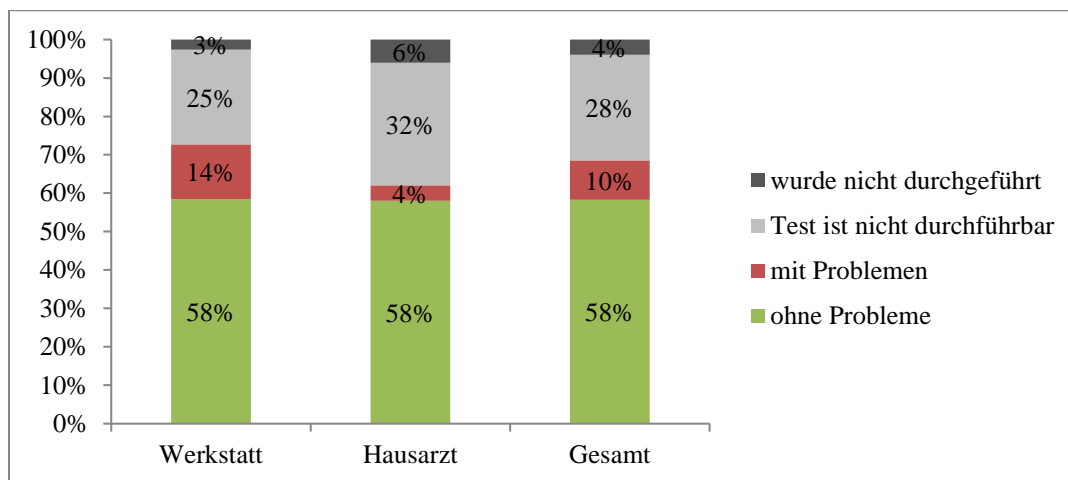


Abbildung 16: Ergebnisse des Sehtafeltests

Hörtest

Der durchgeführte Hörtest besteht aus einem Flüstersprachetest, bei dem der Beschäftigte eine Frage aus 3 Metern Entfernung hinter seinem Rücken zugeflüstert bekommt und auf die er antworten soll; auch hier wieder mit der gewöhnlich verwendeten, bereits verordneten Hörhilfe, die 13% der untersuchten Beschäftigten tragen. Die flüsternd gestellte Frage soll nicht einfach mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten sein. Fragen wie „Was ist ihr Lieblingsessen?“ oder „Was machen Sie am Wochenende“ eignen sich gut.

Beim Hörtest liegt der Anteil nicht durchführbarer Prüfungen bei 13% und bei 5% wurde er nicht durchgeführt. Also auch in diesem Test gibt es fast 20%, bei denen das Untersuchungsziel nicht erreicht wird. Von den durchführbaren 82% weisen 65% keine Hörauffälligkeiten auf, 13% hingegen schon. 2% der Hausarztgruppe wurde eine weitere Abklärung empfohlen. Da dem Werkstattarzt die Vorgeschichte und die aktuelle Versorgung der Hörfähigkeit nicht be-

kannt sind, werden die Befunde der Untersuchung mit dem Bericht der Gesundheitsuntersuchung ausgehändigt. Ob eine weitere Abklärung erfolgen soll, entscheidet die behandelnde Hausärztin / der behandelnde Hausarzt des Beschäftigten (s. Anhangstabellen S. 174-176).

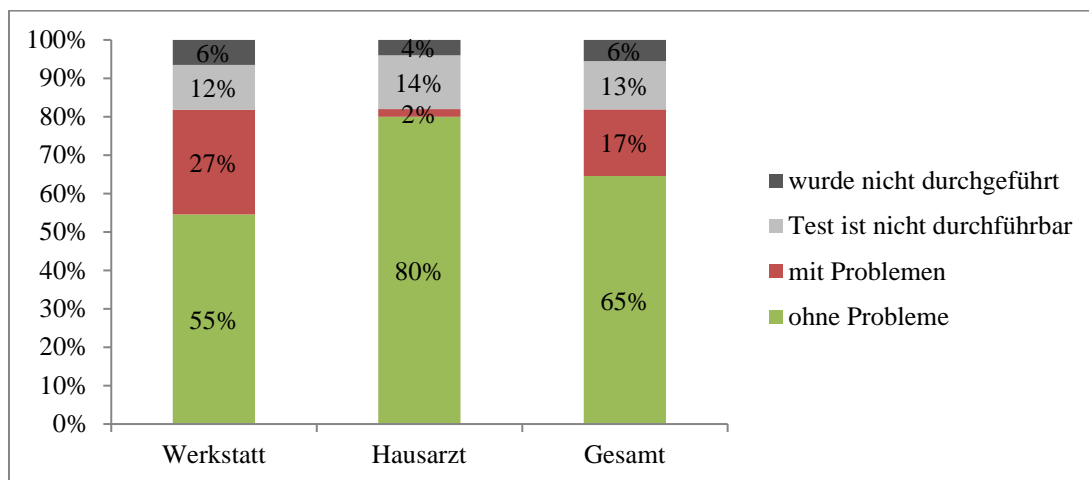


Abbildung 17: Ergebnisse des Hörtests

Überprüfung der Passform der Schuhe

Die Schuhe sind bei 84% der untersuchten Beschäftigten passend. In der Hausarztgruppe liegt der Wert bei 88%, allerdings liegen keine zu kleinen oder zu großen Passformen bei den verbliebenen 12% vor, sondern zu diesen gibt es keine Angabe. In der Werkstattgruppe sind bei 7% die Passform zu klein und bei 5% zu groß, keine Angaben liegen von 4% vor.

Untersuchung der Füße

Druckstellen, offene Wunden, eingewachsene Nägel, Hallux valgus und Fuß-/Nagelpilz weisen in der Werkstattgruppe zwischen 5% und 27% der Untersuchten auf, hingegen bei den Hausärzten mit 0% und 12% immer deutlich weniger. Allerdings ist der Anteil ohne Angaben bei den Hausärzten mit 27% deutlich höher als in der Werkstatt mit zumeist 5% (Tabelle 29). Im Ergebnis wird 41% der in der Werkstatt untersuchten Personen eine Weiterbehandlung der Füße empfohlen, signifikant seltener in der Hausarztgruppe (12%) (s. Anhangstabellen 177-185).

Tabelle 29: Befunde der Fußuntersuchung

	Druckstelle	Offene Wunde	Eingewachsener Nagel	Hallux valgus	Fuß-/Nagelpilz	sonstiges
Untersuchung Werkstatt	20% (15)	5% (4)	12% (9)	13% (10)	27% (21)	18% (14)
Untersuchung Hausarzt	4% (2)	0	4% (2)	6% (3)	12% (6)	10 (5)

Befunde bei der körperlichen Gesundheitsuntersuchung

Einzelne Untersuchte wiesen bei der körperlichen Untersuchung abklärungsbedürftige Befunde auf (Abbildung 18). Die daraus abgeleiteten Diagnosen werden unter „Neue Diagnosen“ (Abb. 22 u. 23) erläutert.

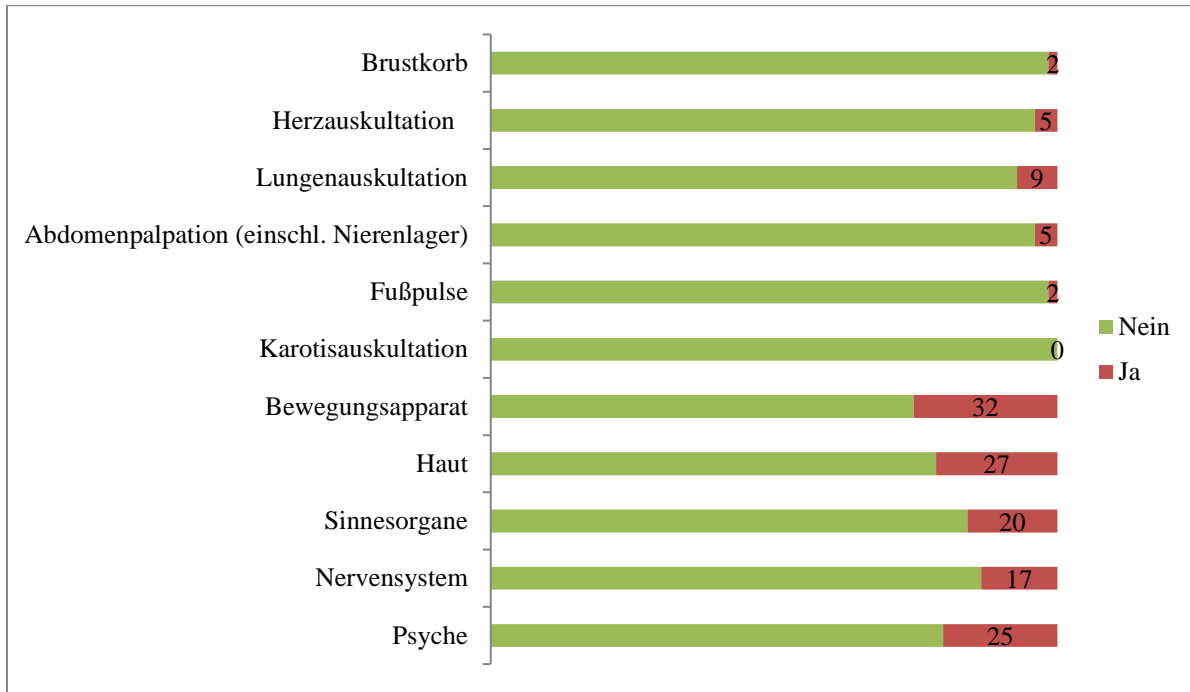


Abbildung 18: Abklärungswürdige Befunde der Untersuchten

Bei 79% der in der Werkstatt untersuchten Beschäftigten befindet sich der Blutdruck im Bereich bis 140/90 mmHg. Bei 18% der Teilnehmenden liegt er über 160/105 mmHg. Bei 70% der Personen, die beim Hausarzt untersucht wurden, liegt der Blutdruck unter 140/90 mmHg. Bei 8% lag er bis 160/95 mmHg. Von knapp 22% der Beschäftigten, die ihren Hausarzt aufgesucht haben liegen keine Angaben zu dem Blutdruck vor (Abbildung 19, Anhangstabelle 199).

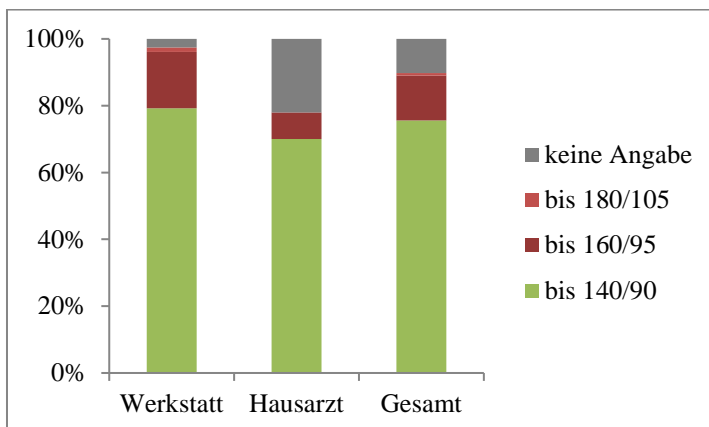


Abbildung 19: Blutdruckwerte der Untersuchten

Ergebnisse der Blutuntersuchung

Die Teilnehmenden wurden nicht aufgefordert nüchtern zu der Untersuchung zu erscheinen. In den Werkstätten fanden die Blutabnahmen im Rahmen der Untersuchungen meist gegen 13.00 – 15.00 Uhr statt. Das Ergebnis, dass bei mehr als einem Viertel der Untersuchten (28%) der Glucose-Wert nicht innerhalb des Referenzbereichs liegt, ist vor diesem Hintergrund zu betrachten. Bei 6 Untersuchten (5%) liegt der TSH-Wert nicht im Referenzbereich. Bei 16% liegt der HbA1c-Wert und bei 39% der Beschäftigten liegt der Gesamtcholesterin-Wert nicht im Referenzbereich (s. Anhangstabellen 200-201).

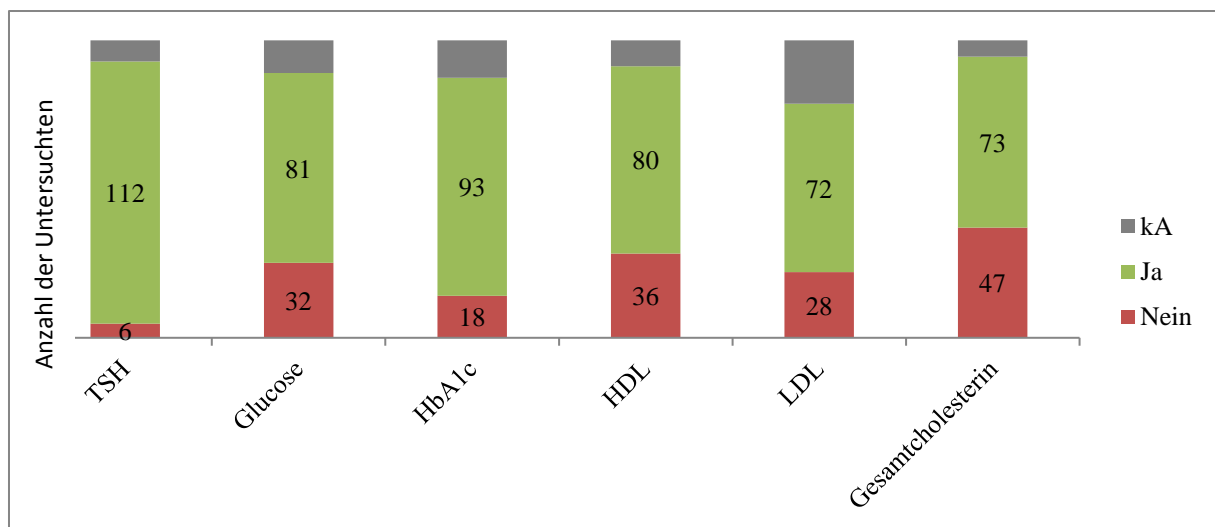


Abbildung 20: Blutwerte im Referenzbereich?

Urinuntersuchung

Bei 28% der Beschäftigten (Werkstatt 27%, Hausarzt 28%) liegen keine Werte der Untersuchung vor. Bei der Untersuchung in der Werkstatt war es einigen Beschäftigten nicht möglich Urin abzugeben. In seltenen Fällen war eine Harninkontinenz der Grund dafür, öfter wurde angegeben noch nicht genug getrunken zu haben und daher nicht auf Toilette zu müssen.

Von den Teilnehmenden, von denen Werte vorliegen, weisen 36% der Werkstattgruppe und 8% der Hausarztgruppe einen auffälligen Befund bei der Urinuntersuchung auf. Die am häufigsten positiv gemessenen Werte sind Eiweiß und Erythrozyten/ Hämoglobin; 10% der Untersuchten wiesen auffällige Befunde auf (s. Anhangstabellen 203-207).

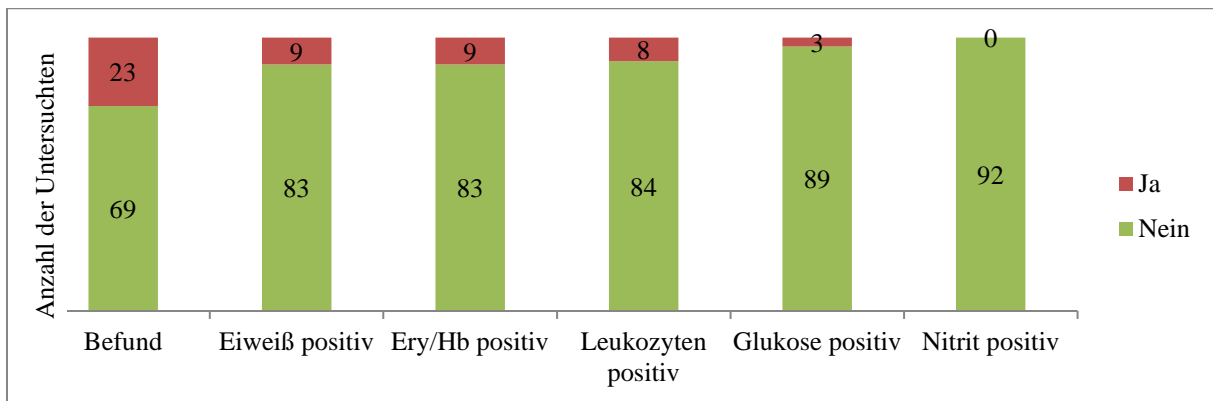


Abbildung 21: Auffällige Befunde bei der Urinuntersuchung?

Neue Diagnosen

Bei 80% der Beschäftigten, die für die Untersuchung ihren Hausarzt aufgesucht haben, wurde keine neue Diagnose festgestellt. Bei 16% wurde eine Diagnose und bei 4% wurden zwei neue Diagnosen erhoben.

Bei 74% der in der Werkstatt Untersuchten wurde mindestens eine neue Diagnose gestellt. Bei 34% wurde eine neue Diagnose, bei 26% wurden zwei neue Diagnosen und bei 14% wurden drei neue Diagnosen erhoben. Bei einem Viertel wurden keine neuen Diagnosen festgestellt (Abbildung 22). Bei der Werksattgruppe wurden signifikant mehr neue Diagnosen gestellt als in der Hausarztgruppe.

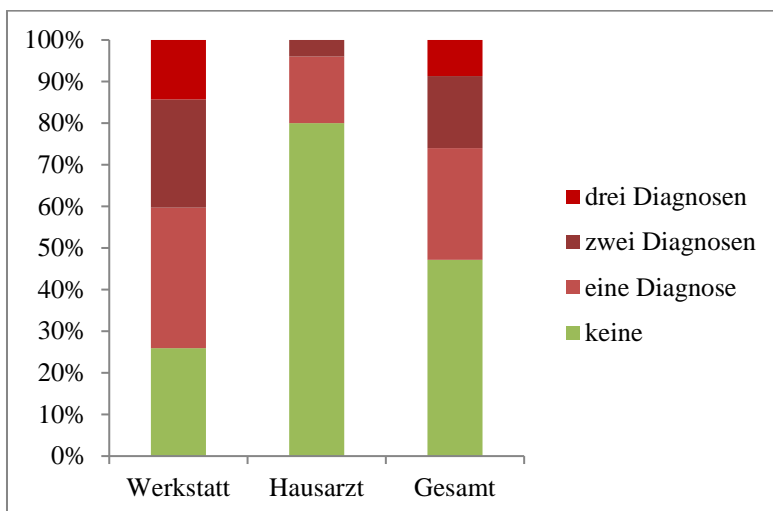


Abbildung 22: Anzahl neuer Diagnosen

Bei Männern (57%) wurden signifikant häufiger neue Diagnosen erhoben als bei Frauen (47%). Bei 35% der Männer wurden zwei bis drei neue Diagnosen entdeckt, dies war nur bei 13% der Frauen der Fall.

Bei 47% der Beschäftigten, die bei Angehörigen leben und bei 64% der Beschäftigten, die in einer Wohnstätte leben, wurden neue Diagnosen erhoben.

Die am häufigsten neu diagnostizierten Erkrankungen sind: Hauterkrankungen (39), orthopädische Erkrankungen (22) und Hypertonie (8) (Abbildung 23).

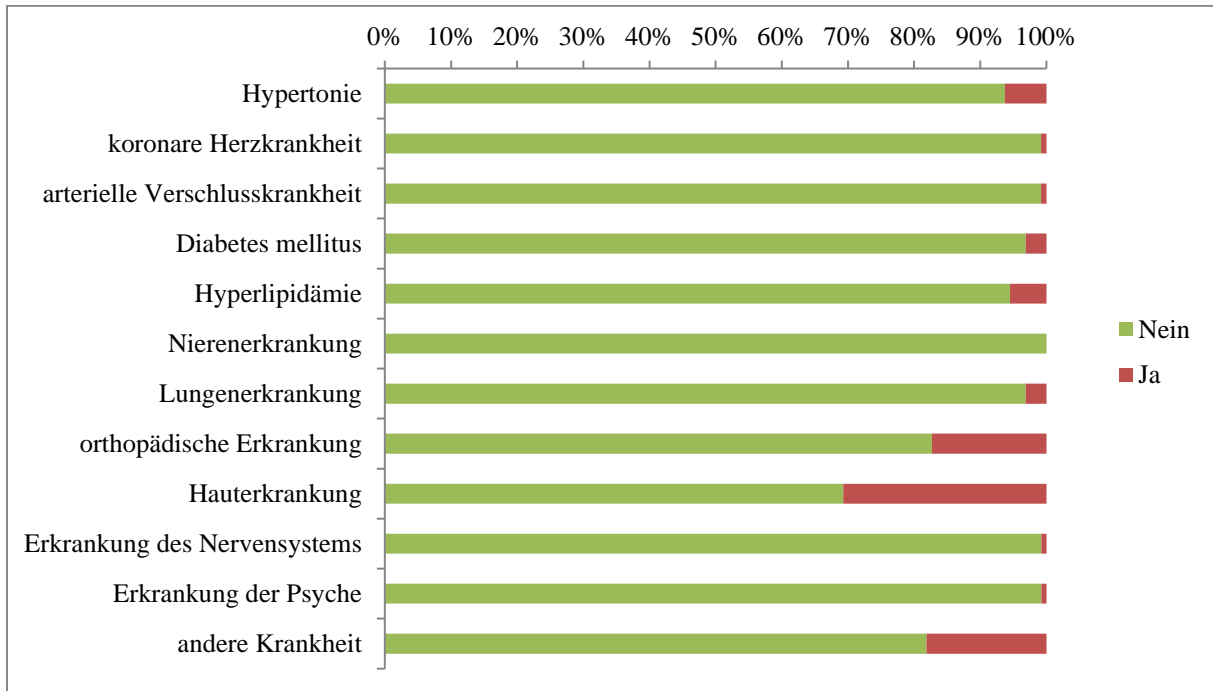


Abbildung 23: Neu diagnostizierte Erkrankungen

Bei über der Hälfte der untersuchten Frauen (52,8%) wurden keine neuen Diagnosen entdeckt. Bei den Männern lag der Anteil bei 43,2%. Bei 35,1% der Männer wurden zwei bis drei neue Diagnosen entdeckt, bei den Frauen lag der Anteil bei 13,2% (s. Anhangstabellen 208-213).

Veranlasste Maßnahmen durch die aufgesuchte Hausärztin/Hausarzt

Bei knapp einem Viertel der Beschäftigten, die ihren Hausarzt aufsuchten, verordnete dieser eine oder mehrere Maßnahmen. Am häufigsten wurde Ernährungsumstellung/Diätberatung (10x) und Bewegungstraining (8x) verordnet (s. Anhangstabellen 214-216).

Befund der Zahnuntersuchung

Im Rahmen der Untersuchung der Zähne wird der DMFT-Wert erhoben. Die Hausärztinnen und Hausärzte wurden aufgefordert anzugeben, ob das Gebiss sanierungsbedürftig ist. Stellt die Zahnärztin/der Zahnarzt bei der Untersuchung in der Werkstatt mindestens eine kariöse Läsion fest, wird das Gebiss als sanierungsbedürftig eingestuft.

Mehr als die Hälfte der aufgesuchten Hausärzte (51,8%) machte keine Angabe zu der Anzahl der kariösen Läsionen. Durch die Zahnärztin/den Zahnarzt wurden zehn Teilnehmende aus organisatorischen Gründen nicht untersucht (Tabelle 30).

Tabelle 30: Kariöse Zähne (Vergleich Zahnarzt & Hausarzt)

	Kariöse Zähne			
	Zahnarzt		Hausarzt	
	N	%	N	%
Nein	39	54,9%	20	35,7%
Ja	22	31,0%	7	12,5%
keine Angabe	10*	14,1%	29	51,8%

*die zahnärztliche Untersuchung konnte aus organisatorischen Gründen nicht durchgeführt werden

Knapp die Hälfte der Hausärzte (46,4%) machte keine Angaben zu der Anzahl der fehlenden und gefüllten Zähne.

Obwohl bei 57% der Untersuchten durch den Hausarzt kein DMFT-Status dokumentiert wurde, erfolgte eine Einschätzung der Sanierungsbedürftigkeit. Von den Hausärzten wurde nur gut ein Zehntel (11%) der Gebisse als sanierungsbedürftig eingeschätzt. Zahnärzte schätzen das Gebiss bei mehr als einem Drittel der Untersuchten (35%) als sanierungsbedürftig ein. Dieser Befund weist auf einen hohen Sanierungsbedarf bei dieser Personengruppe hin. Bei der Beurteilung des Gebisses fällt auf, dass zwei Hausärztinnen/Hausärzte das Gebiss als nicht sanierungsbedürftig einschätzen obwohl sie ein bzw. zwei Zähne mit kariösen Läsionen dokumentiert haben.

Tabelle 31: Gebiss sanierungsbedürftig? (Einschätzung Zahnarzt und Hausarzt)

		Ist das Gebiss sanierungsbedürftig?				Chi ² -Test
		nein	ja	nicht einschätzbar	keine Angabe	
Zahnarzt	N	36	25	0	10*	0,000**
	%	50,7%	35,2%	0,0%	14,1%	
Hausarzt	N	41	6	5	4	
	%	73,2%	10,7%	8,9%	7,1%	
Gesamt	N	77	31	5	14	
	%	60,6%	24,4%	3,9%	11,0%	

*die zahnärztliche Untersuchung konnte aus organisatorischen Gründen nicht durchgeführt werden

**Signifikanter Unterschied zwischen Werkstatt und Hausarzt

Ergebnisse der Untersuchungen in der Werkstatt durch den Zahnarzt

Bei 61 Teilnehmenden wurde eine zahnärztliche Untersuchung in der Werkstatt durchgeführt. 62% der Untersuchten sind männlich. Das mittlere Alter der untersuchten Beschäftigten beträgt 41 Jahre. Die Teilnehmenden sind zwischen 20 und 68 Jahre alt. Die Standardabweichung beträgt 12,6.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung hat mehr als jede dritte in der Werkstatt zahnärztlich untersuchte Person (36%) eine oder mehrere kariöse Läsionen. Die durchschnittliche Anzahl kariöser Läsionen beträgt bei den Beschäftigten 1,1. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Daten der fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie, DMS V) verfügen die Beschäftigten der Werkstätten über eine wesentlich höhere Karieserfahrung. Betrachtet man hier die Gruppe der jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige), dann beträgt laut DMS V die Zahl kariöser Zähne in der Allgemeinbevölkerung durchschnittlich 0,5, während dieser Wert bei den Beschäftigten bei 1,25 liegt. In der 35-44-jährigen Allgemeinbevölkerung finden sich durchschnittlich 2,1 fehlende Zähne, während die Beschäftigten dieser Altersgruppe im Durchschnitt 4,4 fehlende Zähne aufweisen (siehe Tabellen 32 und 33).

Tabelle 32: Kariöse Läsionen der Teilnehmenden

Kariöse Läsionen	0	1	2	3	4	5	10	13
Anzahl der TN	39	9	4	2	2	3	1	1

Tabelle 33: Durchschnittliche Anzahl kariöser Läsionen und fehlender Zähne nach Alter

Alter	< 25 Jahre	25-34 Jahre	35-44 Jahre	45-55 Jahre	>55 Jahre
Kariöse Läsionen	0,2	1,0	1,25	1,05	2,3
Fehlende Zähne	0,4	1,1	4,4	12,1	14,8

Knapp ein Drittel der Beschäftigten (30%) verfügt über alle 28 Zähne. Drei Teilnehmende (5%) sind zahnlos. Die durchschnittliche Anzahl fehlender Zähne beträgt bei den Untersuchten 6,6. Der Wert der DMS V Vergleichsgruppe liegt bei 2,1.

Wie in Tabellen 33 deutlich wird, steigt mit zunehmendem Alter die Anzahl kariöser Läsionen und fehlender Zähne stark an.

Die durchschnittliche Anzahl gefüllter Zähne beträgt bei den 35-44-jährigen Beschäftigten 4,9. Der Wert der DMS V Vergleichsgruppe liegt bei 8,6.

5 Beschäftigte (8%) haben einen DMFT-Wert von 0, sie verfügen über ein kariesfreies Gebiss. Die Kariesprävalenz beträgt 92%. Der durchschnittliche DMFT-Wert liegt bei 12,7. Der DMFT-Wert der jüngeren Erwachsenen der DMS V-Studie liegt bei 11,2.

Bei der zahnärztlichen Untersuchung in der Werkstatt besteht weder zwischen Alter, Geschlecht oder Wohnform und den Befunden der zahnärztlichen Untersuchung ein Zusammenhang.

Bei einem Teilnehmer, bei dem der Angehörige/Betreuende angegeben hat regelmäßig an zahnärztlichen Untersuchungen teilzunehmen, wurden 10 kariöse Läsionen entdeckt. Bei zwei weiteren Teilnehmenden, die regelmäßige zahnärztliche Kontrollen angaben, wurden 5 kariöse Läsionen entdeckt. Weitere 12 Teilnehmende wiesen, trotz der Angabe von regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchungen, eine bis drei kariöse Läsionen auf. Somit liegen bei 15 (25%) der Teilnehmenden, die angeben regelmäßig an zahnärztlichen Untersuchungen teilzunehmen, kariöse Läsionen vor. Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden zahnärztlicher Kontrolluntersuchungen liegt unter dem der Beschäftigten, die angaben, keine regelmäßigen zahnärztlichen Kontrollen durchführen zu lassen. (Tabelle 34).

Tabelle 34: Teilnahme an zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen und kariöse Läsionen

		Nimmt die von Ihnen betreute Person regelmäßig, also mindestens einmal pro Jahr, an einer solchen zahnärztlichen Kontrolluntersuchung teil?			
		Nein	Ja	Keine Angabe	Gesamtsumme
DT (D=decayed) kariöse Läsion (Anzahl)	0	4	33	1	38
	1	2	7	0	9
	2	1	3	0	4
	3	0	2	0	2
	4	2	0	0	2
	5	1	2	0	3
	10	0	1	0	1
	13	1	0	0	1
Gesamtsumme		11	48	1	60
mittleres Alter		42,09	40,33	64	41,26

Dennoch zeigt sich ein positiver Einfluss der zahnärztlichen Kontrollen: Von den Beschäftigten, die nicht regelmäßig an zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen teilnehmen, hat mehr als jeder zweite (55%) DMFT-Werte von 20-28. Von den Beschäftigten, die regelmäßig an den Untersuchungen teilnehmen, weist diesen Wert jeder 4. Beschäftigte auf.

Von den Beschäftigten mit einem DMFT unter 8 nahmen 91% regelmäßig an zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen teil. Von den Beschäftigten mit einem DMFT-Wert zwischen 8-19

nahmen 84% an einer zahnärztlichen Kontrolluntersuchung teil. Von den Beschäftigten mit einem DMFT-Wert von 20-28 nehmen 67% regelmäßig an zahnärztlichen Kontrolluntersuchung teil.

Zwischen den drei untersuchten Standorten finden sich einzelne Unterschiede beim Zahnstatus. In der Werkstatt Witten ist die durchschnittliche Anzahl kariöser Läsionen mit 1,45 pro Teilnehmenden am höchsten, in Oberhausen liegt die durchschnittliche Anzahl bei 1,29 und in Solingen bei 0,5.

In der Werkstatt Witten haben die Beschäftigten einen mittleren DMFT-Wert von 13,52, in Solingen liegt er bei 12,94 und in Oberhausen bei 10,79. Der mittlere DMFT-Wert der Beschäftigten liegt bei 12,72 und somit über dem mittleren DMFT-Wert von 11,2 der DMS V-Vergleichsgruppe.

Jeder zweite Beschäftigte in Oberhausen hat DMFT-Werte von 0-7. In Witten haben 31% diese Werte und in Solingen 33% der Beschäftigten. In Oberhausen haben 21% der Beschäftigten DMFT-Werte von 20-28, in Witten haben diese Werte 34% und in Solingen 33% der Beschäftigten.

62% der über 44-Jährigen haben einen DMFT-Wert von über 19. Nur bei einer Person (4%) dieser Gruppe liegt der DMFT-Wert unter 12. Eine Person (4%) unter 35 Jahren hat einen DMFT-Wert über 19. 87% von ihnen haben einen DMFT-Wert unter 12 (siehe Anhangstabellen 217-227).

Die Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchung zeigen, dass die untersuchten Menschen mit geistiger Behinderung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine schlechtere Mundgesundheit haben. Verschiedene Ursachen kommen hier zum Tragen. So können diese Personen aufgrund ihrer Behinderung oft keine adäquate Mundhygiene durchführen. Oftmals fehlt die Einsicht für regelmäßige Zahnarztbesuche. Ängste führen häufig zu einer beschwerdeorientierten Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienste. Dazu kommt, dass sich eine adäquate Zahnbehandlung bei diesen Personen in vielen Fällen als sehr schwierig und zeitaufwendig darstellt. Teilweise ist eine Behandlung nur in Allgemeinanästhesie durchführbar.

6.5 Akzeptanz standardisierter Untersuchungen & Wunsch für künftige Versorgung

6.5.1 Akzeptanz und Wünsche aus Perspektive der Angehörigen und Beschäftigten

92% der befragten Angehörigen/Betreuenden halten die Gesundheitsuntersuchung für sinnvoll. Die Mehrheit der Angehörigen/Betreuenden und Beschäftigten (jeweils etwa 62%) befürworten die Durchführung der Gesundheitsuntersuchung in der Arztpraxis. Nur etwa 20% der Angehörigen und Beschäftigten ziehen die Werkstatt als Untersuchungsort vor (Tabelle 35).

Tabelle 35:(Wunsch)-Ort für die Gesundheitsuntersuchung

	Angehörige			Beschäftigte		
	N	%	%*	N	%	%*
in der Werkstatt	24	18,05	19,05	25	18,80	20,66
in der Praxis	78	58,65	61,90	76	57,14	62,81
egal	24	18,05	19,05	20	15,04	16,53
keine Angabe/ weiß ich nicht	7	5,26	x	12	9,02	x

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"/"weiß ich nicht"

Zukunft der Versorgung aus Sicht der Angehörigen/Betreuenden

Auf Änderungswünsche angesprochen, berichten Angehörige/Betreuende in Bezug auf die Leistungserbringer, sich mehr Schulungen für Ärzte und Ärztinnen zum Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung zu wünschen. Auch sollten sich Ärzte mehr Zeit nehmen, leichte Sprache eingesetzt werden und Hausbesuche öfter angeboten werden. Diese und weitere geäußerte Wünsche stehen in Tabelle 36. Geäußerte Wünsche zur Versorgungsstruktur listet Tabelle 37.

Tabelle 36: Faktoren des Leistungserbringers, die verändert werden sollen

Faktoren des Leistungserbringers	Angaben der Befragten		
Fehlende Erfahrung/Fachkenntnisse	15	son sollte an diesen Tagen arbeitsunfähig geschrieben werden (1), finanzielle Unterstützung (1)	
Ärztinnen/Ärzte im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung schulen		Umgang	5
Ärztin/Arzt sollte sich mehr Zeit nehmen	14	Verständliche Beratung	4
Leichte Sprache	11	Wartezeiten verkürzen	4
Mehr Hausbesuche anbieten	6	Krankenkassen: mehr Beratung (2), Kostenübernahme auch für spezielle Behandlungsmethoden (1)	3
Unterstützung: mehr Personal in den Einrichtungen (1), Dolmetscher (1), geschultes Begleitpersonal zu Therapien (1), Begleitper-	5	Zu viele Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen	2
		Vernetzung der Ärzteschaft	1
		Medikamentöse Überversorgung	1

Tabelle 37: Versorgungs- und Infrastrukturfaktoren, die verändert werden sollen

Versorgungs- und Infrastrukturfaktoren	Angaben der Befragten
Stationäre Versorgung (6)	<ul style="list-style-type: none"> – Betreuung bei stationären Aufenthalten müsste erhöht werden, Kenntnisse des Personals der Krankenhäuser über geistige Behinderungen sollten verbessert werden; – Aufenthalte in Krankenhäusern; – die medizinische Versorgung in Krankenhäusern müsste mehr auf Menschen mit Behinderungen ausgerichtet werden; – Betreuung von geistig behinderten Menschen im Krankenhaus bei stationärem Aufenthalt; – im Krankenhaus Betten mit hohen Seitengittern wegen Sturzgefahr; – Kostenlose Begleitung im Krankenhaus
Barrierefreiheit (5)	– rollstuhlgerechte Praxen, behindertengerechter Zugang, behindertengerechte Ärztehäuser
Gesundheitsfördernde Maßnahmen (4)	<ul style="list-style-type: none"> – Angebot für Reha-Sport sollte intensiviert werden; – Maßnahmen (Kurse: Entspannung etc.) mehr auf Menschen mit Behinderung zuschneiden (Kursleiteranzahl etc.); – Angebote in der Prävention "modernisieren"; – mehr Informationen für Kurs- und Gesundheitsangebote
zentrale Anlaufstelle (4)	<ul style="list-style-type: none"> – Ort mit mehreren verschiedenen Ärzten, – Gesundheitszentren für Menschen mit Behinderung, – Gesamtkonzept – nicht so viele unterschiedliche Fachrichtungen, mehr Zentren, die auf MmgB. eingestellt sind, z.B. Zahnklinik Witten. Auch für andere Fachrichtungen wie Augenklinik, Orthopädie.
fehlende Ressourcen (3)	<ul style="list-style-type: none"> – es wäre gut, wenn es für Menschen mit geistiger Behinderung, die Möglichkeit gäbe Psychotherapie zu erhalten. Es gibt für diese Menschen kaum Therapeuten, – Mehr psychologische Betreuung, – es müssten mehr Ärzte, besonders Neurologen spezielle Ausbildung für Menschen mit geistiger Behinderung haben
aufsuchende Untersuchungen (3)	<ul style="list-style-type: none"> – regelmäßige organisierte Arztbesuche → z.B. am Arbeitsplatz/Wohnheim/Schule, mehr Aufklärung bzgl. Therapien/Fachärzte usw.; – Möglichkeit einer ärztl. Betreuung in der Werkstatt, – Der Arzt sollte ausreichend Zeit haben, sich in leichter Sprache ausdrücken, sich Zeit für Erklärungen nehmen, gerne Hintergrundwissen über Menschen mit geistiger Behinderung haben, evtl. Möglichkeit von Werkstattbesuchen
finanzielle Vergütung (2)	<ul style="list-style-type: none"> – Ärzten entsprechend ein finanziertes Zeitfenster für die Untersuchungen geben (Termine einfacher), – Möglicherweise könnte Ärzten ein Anreiz geschaffen werden (Vergütung), sich mehr Zeit für den Patienten zu nehmen, wenn dieser Bedarf besteht.
mehr Zeit (2)	– es müsste mehr Zeit zur Verfügung stehen
Hilfsmittel (2)	<ul style="list-style-type: none"> – Man muss immer für Hilfsmittel immer bei der Krankenkasse kämpfen, es wird einmal wieder abgelehnt, weniger bürokratisch; – Medizinische notwendige Hilfsmittel müssen einfacher beantragt werden können, ohne Berichte, Rezepten usw., die Einzelfallentscheidung für behinderte Menschen muss viel mehr beachtet werden, so das auch das Umfeld (Familie) berücksichtigt wird. Für uns als Familie wird es durch bestimmte Hilfsmittel einfacher.
Betreuung nach dem 18. Altersjahr (1)	– Fachärzte, die den Patienten schon lange von Geburt an kennen, auch nach dessen 18. Geb. erlauben ihn weiter zu betreuen, auch wenn dieser Arzt Kinder-Jugendmediziner ist.
mehr Veranstaltungen (1)	– mehr allgemeine Veranstaltungen für behinderte und nicht behinderte Menschen fördern
„Pflichtuntersuchungen“ (1)	– regelmäßige "Pflichtuntersuchungen" in Kliniken=alle Untersuchungen z.B.
Spezielle Sprechstunde (1)	– spezielle Sprechstunden für Menschen mit geistiger Behinderung
Terminvergabe (1)	– schneller Termin

Neben Veränderungen zielt eine weitere Frage an die Angehörigen/Betreuenden auf das, was aus ihrer Erfahrung auch in Zukunft beibehalten werden sollte. Hier werden positive Erfahrungen in Behandlungsbeziehungen betont, aber auch gut funktionierende Prozessabläufe. Die Antworten sind kategorisiert in den Tabellen 38-40 gelistet.

Tabelle 38: Bereiche, die beibehalten werden sollen

Leistungserbringer	Angaben der Befragten
Geduld & Verständnis (6)	<ul style="list-style-type: none"> - Es gibt viele geduldige Ärzte & Praxisteams; - Sorgen, Ängste, eigener Wille ernst nehmen; - Arzt nimmt sich viel Zeit, gute Beratung; - intensive Gesprächsführung mit dem Arzt; - Das man als Betreuer bei allen Untersuchungen & Behandlungen dabei sein kann; - nette Ärzte, die mit behinderten Menschen zurecht kommen
Terminvereinbarung (4)	<ul style="list-style-type: none"> - gute Terminabsprache, wenige Wartezeit, - Akut-Termine, - schnellen Termin bekommen, - Gute Terminabsprache
Offenheit (2)	<ul style="list-style-type: none"> - Die Offenheit Behinderten gegenüber, die unsere Ärzte auszeichnet; - Offenheit mit behinderten Menschen
Vertrauen (1)	<ul style="list-style-type: none"> - Die Ärzte, die meinen Betreuten behandeln, sind ihm z.T. seit Jahren bekannt. Das ist sehr hilfreich.
Stationär (1)	<ul style="list-style-type: none"> - Bei stationärer Behandlung die Miteinweisung einer Begleitperson
Kooperation (1)	<ul style="list-style-type: none"> - gute fachliche Zusammenarbeit mit den verschiedenen fachlichen Richtungen/Ärzten/KH

Tabelle 39: Versorgungsfaktoren, die beibehalten werden sollen

Versorgungs- und Infrastrukturfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> - Freie Arztwahl (3); - Die bisherige Möglichkeit gesundheitliche Versorgung halte ich für ausreichend; - Vorsorgeuntersuchungen; - Zugang zu allen medizinischen - und Reha- Leistungen; - Zugänglichkeit, offene Kommunikation, Netzwerkarbeit; - Freier Zugang für alle Menschen zu Arztpraxen, Krankenhäuser etc. keine speziellen Behindertenpraxen etc. - Erreichbarkeit + Aufzüge

Tabelle 40: Betreuungs- und Wohnfaktoren, die beibehalten werden sollen

Betreuungs- und Wohnfaktoren
Selbstständigkeit von Menschen mit Behinderungen in Bezug auf gesundheitliche Aspekte fördern, z.B. eigenständig wenn möglich zum Arzt gehen und der Betreuer steht telefonisch im Kontakt mit diesen bei Fragen u. Problemen

Den Angehörigen und Betreuenden wurden acht Vorschläge unterbreitet, wie sie sich die medizinische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in Zukunft wünschten. Knapp 60% geben an, sich auf Menschen mit geistiger Behinderung spezialisierte Versorgungszentren

zu wünschen. Die Hälfte wünscht sich ein zugängliches Verzeichnis mit auf die Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung spezialisierten Ärzten und 44% ein Erinnerungsschreiben von Ärzten oder Krankenkassen zu Kontrolluntersuchungen. Die Akzeptanzraten zu allen angebotenen Versorgungsvorschlägen sind in Tabelle 41 aufgeführt.

Tabelle 41: Verbesserung der medizinischen Versorgung (Mehrfachantworten möglich)

	N	%	Angaben (in %) der Angehörigen, bei denen die betreute Person im Haus wohnt	Angaben (in %) der Angehörigen: Mitarbeitende lebt im Wohnheim
Änderung der Qualifikation des medizinischen Personals	62	35,2	29%	43%
Medizinische Versorgungszentren mit Ärzten, die auf Menschen mit geistiger Behinderung spezialisiert sind	105	59,7	60%	70%
Öffnung der Einrichtungen bzw. medizinische Möglichkeiten der Eingliederungshilfe	20	11,4	13%	9%
Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) über das 18. Lebensjahr hinaus, "Ausbau" der SPZ	32	18,2	22%	13%
Integrierte Versorgung, bei der Krankenhausabteilungen mit entsprechender Fachkenntnis stärker als bisher für eine spezialisierte, ambulante Versorgung geöffnet werden	56	31,8	21%	53%
Erstellung eines Verzeichnisses qualifizierter Ärzte und Therapeuten	91	51,7	38%	60%
Aufforderungsanschriften der Krankenkassen oder Ärzte zu Kontrolluntersuchungen	77	43,8	50%	30%
Versorgungskomplexe, in denen Werkstätten, Tagesförderstätten, Kliniken, Wohnheime auf einem Gelände liegen, um dortiges Netzwerk zu nutzen	52	29,5	32%	25%

Zudem wurden die Angehörigen in offener Frageform aufgefordert, ihre weiteren Wünsche für die gesundheitliche und präventive Versorgung der von ihnen Betreuten zu äußern. Die Antworten sind in der folgenden Tabelle aufgelistet.

Tabelle 42: Weitere Mitteilungen der Angehörigen/Betreuenden

Fachkompetenz & genaue Diagnostik (5)	<ul style="list-style-type: none"> – mehr qualifizierte Ärzte die sich mit Menschen mit geistiger Behinderung auskennen; – Krankheiten ernst zu nehmen und nicht alles mit der Behinderung in Verbindung zu bringen; – es sollte möglichst spezieller auf die – Beschwerden eingegangen werden. Fokussiertere Diagnosestellung. – Die Aufklärung sowie das Aufzeigen alternativer Methoden erfolgt oft nur auf konkrete Nachfragen. Die ganzheitliche Medizin und der Blick auf körperliche, geistige Möglichkeiten und Grenzen fehlt häufig; – Beim Facharzt Kurztermin Vergabe
---------------------------------------	--

Fortsetzung Tabelle 42: Weitere Mitteilungen der Angehörigen/Betreuenden

Respektvoller, freundlicher Umgang (5)	<ul style="list-style-type: none"> - Es wäre angebracht, mit behinderten Menschen respektvoller umzugehen; - Freundlichkeit v. Arzthelfern, "ernst" genommen werden, - Eingehen auf ihre Bedürfnisse/Ängste; Feinfühligkeit, - Das zu wenig Ärzte mit Menschen mit Behinderung freundlich umgehen können, aber dann den Betreuern vorwurfsvolle Blicke und Meinungen sich nicht zu kümmern; - Mehr Toleranz
Leichte Sprache & Infos (5)	<ul style="list-style-type: none"> - Erklärungen in leichter Sprache, ggf. auch schriftlich, damit sich MmB auch außerhalb der Praxis daran orientieren können; - mehr Infos in leichter Sprache, - KK in einfacher Sprache + Bilder über Prävention u. Kurse - es müsste mehr Broschüren beim Arzt geben, die für Behinderte verständlicher sind - Auch müsste man den Behinderten die über 45 Jahre sind sagen, dass Sie zur Krebsvorsorge gehen sollen
Wartezeit (4)	<ul style="list-style-type: none"> - Für viele schwerer behinderte Menschen ist es schwierig, lange & "leise" im Wartezimmer zu sitzen; - Kürzere Wartezeiten bei Fachärzten für Menschen mit geistiger Behinderung (da sehr UNGEDULDIG und somit mit Stress verbunden - Es ist für einen Betreuer viel Zeitverlust durch Wartezeit. Hier müsste berücksichtigt werden, dass man als Betreuer immer Urlaub braucht - MmB sollten keine Wartezeiten haben, da sie sehr oft im Wartezimmer von anderen Patienten "gemustert" werden und dieses auch merken. Andererseits sollen sich alle Menschen damit beschäftigen müssen -> Gesellschaft
Zeit (3)	<ul style="list-style-type: none"> - Ich finde es wichtig, dass Ärzte sich Zeit nehmen, wenn Sie Menschen m. geistiger Behinderung untersuchen, um diese Menschen ein gutes, sicheres Gefühl zu geben und sich ernst genommen fühlen; - Die Ärzte müssten mehr Zeit haben im Budget für "schwierige Patienten". Sie müssten für den eventuell höheren Zeitaufwand auch entlohnt werden - mehr Zeit und Einfühlungsvermögen
Antrag auf Heil- und Hilfsmittel ist sehr aufwändig (3)	<ul style="list-style-type: none"> - Dass fast alle Hilfsmittel erst abgelehnt werden, erst nach Widerspruch und die Notwendigkeit von einem Spezialisten bestätigt werden muss, z.B. Medizinischer Dienst; - Krankenkasse: Es gibt keine Aufklärung. Nur wenn man Regelungen kennt, kann man Antrag stellen. Anfragen werden nicht unterstützt, sondern in Bürokratie umgeleitet. Nichts ohne speziellen Antrag. Auch Wiederholungen -> immer wieder neuer Antrag. Gerade im Behindertenbereich ist zielgerichtete Unterstützung angesagt und nicht das "Geleitet-Werden" in den Bürokratiedschungel. "Kontraproduktiv" gerade bei Kranken- und Pflegekassen; - Immer diese Rechtfertigung, wenn wir nicht in dieser "Norm" sind und mehr Medikamente brauchen oder Hilfsmittel brauchen. Anträge stellen, die abgelehnt werden. Die Kosten die uns durch Hilfsmittel entstehen, übernehmen wir aber auch gerne selber, da es unseren Sohn und auch uns dadurch viel besser geht. (TN benutzt ein Messgerät für sein Blutzucker (Diabetes) das nicht von der KK übernommen wird)
Betreuungsperson (2)	<ul style="list-style-type: none"> - Es muss sichergestellt werden, dass die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung grundsätzlich für alle gewährleistet ist. Sie darf nicht abhängig davon sein, ob der behinderte Mensch jemand hat, der sich verantwortungsvoll um ihn kümmert. Es müssen Voraussetzungen geschaffen werden, dass die Menschen nicht durch das Raster fallen, die nicht das Glück einer "optimalen" Betreuung haben. Und die äußeren Umstände (geschulte Ärzte, genügend Zeit, nahe gelegene und - Das Personal muss aufmerksamer bei körperlichen Veränderungen (Schwellungen, Verletzung u.ä.) sein
Barrierefreiheit (2)	<ul style="list-style-type: none"> - Barrierefreiheit -> nicht immer auf Geld achten; - für Rollstuhlfahrer Transport mit Begleitung oft Barrieren
Finanzielle Belastungen (1)	<ul style="list-style-type: none"> - Neben der Belastung durch die Behinderung sollte es keine zusätzlichen Belastungen geben

Fortsetzung Tabelle 42: Weitere Mitteilungen der Angehörigen/Betreuenden

Umsetzung Heimgesetz (1)	- Das Heimgesetz fordert von uns Mitarbeitern, Medikamentenverordnungen zu dokumentieren & vom Arzt abzeichnen zu lassen. Davon wirken die Ärzte oft genervt.
Fachärzte (1)	- Wie schon bei Frage 69 benannt benötigen wir Neurologen und Psychiater. Vor allen Dingen Psychiater, die vor Eröffnung einer eigenen Praxis mit geistig behinderten Menschen mehrere Jahre gearbeitet haben. Man hat mich schon angesprochen, wenn ich einen guten Psychiater finde, die Adresse weiterzugeben
Übersicht - Fachärzte (1)	- auch bei Einrichtungen z.B. KOKOBE habe ich eine Liste bekommen, die aber nicht auf den neuesten Stand war- Dann ist das Mehrarbeit für den Betreuer, keine Hilfe.
stationär (1)	- Die gesundheitliche Versorgung im Krankenhaus ist katastrophal. Die Behinderten können ohne Betreuung von Angehörigen nicht im Krankenhaus liegen. Die Schwestern haben dafür keine Zeit und die Eltern sind mittlerweile zu alt. Die Behinderten alleine hilflos.
Integration fördern	- Jegliche Veränderungen sollten nicht auf ein weiteres Separieren abzielen. Der behinderte Mensch ist im Alltag des Gesunden eh nicht präsent. Thema Integration.
gesonderte Zeiten / Abteilung	- oft braucht die Untersuchung eines behinderten Menschen viel Zeit um Vertrauen aufzubauen und Ängste abzubauen, das passt oft (meistens) nicht in tägliche Abläufe, deshalb extra Abteilungen, Zeiten, oder geschultes Personal
Sportkurse	- Sie bewegt sich wenig. Sie braucht Sport, damit sie weniger Gewicht zunimmt. Sie muss abnehmen.
Therapien	- unterstützende Therapien aller Art sollten mit ärztl. Verordnung möglich sein, denn jede Therapie bedeutet eine -wenn auch kleine- Erhöhung der Lebensqualität + Abwechslung im Lebensalltag.
Beschwerdestelle einrichten	- Beschwerdestelle für geistig Behinderte einrichten
Informationszentrum	- Informationszentren über alle Therapieformen und ärztliche Betreuung und Versorgungshilfen gebündelt.
regelm. Untersuchungen werden bereits durchgeführt	- 1x im Jahr Augenarzt, Neurologe, Hausarzt min., auch ohne Beschwerden, 4x Hba1c Kontrolle, 4x HNO => Hörgerät/Ohr sauber machen, 1x jährlich Gyn. bei den Bewohnern unseres Wohnheims
Zufrieden (2)	- Wir sind bei allen Ärzten und Einrichtungen immer gut behandelt worden, - Es gibt Ärzte, die sich Zeit nehmen, geduldig und zugewandt sind. Ich denke, viele Ärzte sind eher überfordert durch Zeitdruck als unwillig und unqualifiziert

6.5.2 Akzeptanz und Wünsche aus Perspektive der aufgesuchten Hausärzte

Insgesamt wurden 42 Hausärztinnen und Hausärzte aufgesucht, um die Gesundheitsuntersuchung durchführen zu lassen. In Oberhausen wurden 14 Hausärzte aufgesucht, in Witten 13 und in Solingen 15.

68% der aufgesuchten Hausärztinnen/Hausärzte haben täglich bis wöchentlich beruflichen Kontakt zu Menschen mit geistiger Behinderung und der Anteil an Menschen mit geistiger Behinderung unter den Patienten ihrer Praxis beträgt für 86% der Ärzte zwischen 0 und 5%, über 5% Patientenanteil geben nur 5 Ärzte an (14%) (Tabelle 43).

Tabelle 43: Anteil an Menschen mit geistiger Behinderung unter den Patienten

	N	%	%*
0-1 %	14	33,3	37,8
2-3%	8	19,0	21,6
4-5%	10	23,8	27,0
6-10%	4	9,5	10,8
11-15%	1	2,4	2,7
keine Angabe	5	11,9	x
Gesamtsumme	42	100,0	100

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Die Mehrheit (53%) der aufgesuchten Ärztinnen und Ärzte beziffert den prozentualen Mehraufwand bei der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung bis 25%. Knapp ein Drittel (29%) schätzt den Mehraufwand auf 26 – 50% und auf über 50% schätzen ihn 18%.

11 der aufgesuchten Hausärztinnen und Hausärzte (26%) haben sich in Bezug auf das Thema „gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung“ weitergebildet. 15 der aufgesuchten Ärztinnen und Ärzte (36%) betreuen Einrichtungen der Behindertenhilfe; 7 (47%) davon wöchentlich bis täglich, die anderen monatlich oder seltener.

69% geben ihre Praxis im Hinblick auf die räumlichen Gegebenheiten als barrierefrei an. 52% der aufgesuchten Praxen sind technisch auf die besonderen Anforderungen in der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung eingerichtet.

Verständliches medizinisches Informationsmaterial für Patienten mit geistiger Behinderung gibt es in 7% der aufgesuchten Praxen. 88% der aufgesuchten Hausärztinnen/Hausärzte fühlen sich in der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung sicher. Die Äußerungen bzw. das Anliegen des Patienten mit geistiger Behinderung verstehen 62% immer. 91% haben das Gefühl, dass ihre Arzhelfer/innen (MFA) sich gut im Umgang von Menschen mit geistiger Behinderung auskennen.

Die Hälfte empfindet die Untersuchung von Menschen mit geistiger Behinderung als eine große zeitliche Belastung im Praxisablauf. Und 91% sehen in der Gebührenordnung / dem EBM keine adäquate Abrechnungsmöglichkeit des bei der Behandlung von Patienten mit geistiger Behinderung entstehenden Mehraufwands.

62% der Ärztinnen/Ärzte bieten Menschen mit geistiger Behinderung Hausbesuche an. Eine Sprechstunde in der Werkstatt für Menschen mit geistiger Behinderung wird von einem Drittel (33%) der aufgesuchten Hausärzte befürwortet.

91% halten die Gesundheitsuntersuchung für Menschen mit geistiger Behinderung für sinnvoll. Präventionskurse für Menschen mit geistiger Behinderung sind für 69% der Ärzte und Ärztinnen von Nutzen. 48% der aufgesuchten Hausärzte informieren ihre Patienten mit geistiger Behinderung über Präventionskurse, die von den Krankenkassen angeboten werden.

52% der aufgesuchten Hausärztinnen/Hausärzte interessieren sich für Fort- und Weiterbildungsangebote zum Thema „gesundheitliche Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung“ und für 29% ist das Weiterbildungsangebot zum Thema „gesundheitliche Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung“ ausreichend.

Aus Sicht der Hausärzte und Hausärztinnen spannen die nötigen Veränderungen für eine verbesserte Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in der Regelversorgung einen weiten Bogen. Ausgehend von mehr spezifische Versorgungsangeboten, speziellen Behandlungszentren, fachlicher Spezialisierung, über regelmäßige strukturierte Untersuchungen und deren angemessene Vergütung bis hin zu Koordination der Versorgung, Zeit und gesellschaftlicher Akzeptanz (Tabelle 44).

Tabelle 44: Gewünschte Veränderungen im Regelversorgungssystem

Mehr Angebote (5)	<ul style="list-style-type: none"> – Mehr Sport- und Bewegungsangebote – individuelle Förderung von Behinderten – Intensivere orthopädische und physiotherapeutische Betreuung – Ich wünschte uns eine bessere medizinische, psychosoziale Versorgung – Med. Angebote in Behinderteneinrichtungen sind sinnvoll.
Spezielle Zentren (4)	<ul style="list-style-type: none"> – spezielle Zentren für geistig Behinderte – Einrichten spezieller Versorgungszentren ggf. Kliniken wäre gut – Betreuung z.T. über "GA" mit angestellten Ärzten wäre überlegenswert – Zentrale Anlaufstelle anstatt verschiedener Arztstandorte
Speziell ausgebildete Ärztinnen/Ärzte (4)	<ul style="list-style-type: none"> – speziell ausgebildete Ärzte – bereits im Studium Fortbildung zum Thema – Fortbildung zum Thema häufiger anbieten – evtl. extra Fortbildungen für Ärzte + Personal
regelmäßige Untersuchungen (4)	<ul style="list-style-type: none"> – Dauerhafte und regelmäßige Untersuchungen – regelmäßige auch außerplanmäßige Vorstellung mit einem Basischeck zur Früherkennung von med. Problemen z.B. alle 1-2 Jahre – Wiederkehrende Untersuchungen in Begleitung eines Betreuers – Diese Pat. benötigen dauerhafte und regelmäßige Kontrollen sowie Untersuchungen
Vergütung (4)	<ul style="list-style-type: none"> – Es ist im hohen Maß eine Individualmedizin. Dieser Anforderung kann der EBM (einheitlicher Bewertungsmaßstab) nicht gerecht werden; – Schaffung von Abrechnungsmöglichkeiten bei erheblichen zeitlichen Mehraufwand z.B. bei Hausbesuchen – Vergütung des Mehraufwandes – Fremdanamnese und Mehraufwand für Beratung und Unterweisung
Koordination (3)	<ul style="list-style-type: none"> – Die Zusammenarbeit zwischen den betreuenden Einrichtungen+ dem P. müsste intensiviert werden – Bessere Koordination mit Angehörigen, Pflegern, Betreuern + Arzt – Bessere Koordination der zuständigen Stellen
Unterstützung (3)	<ul style="list-style-type: none"> – Die Möglichkeiten sind vorhanden, können aber manchmal wegen des Aufwandes nur begrenzt ausgeführt werden – Untersuchungen in Begleitung eines Betreuers – Bessere soziale Betreuung, Hilfen in den alltäglichen Situationen, die Menschen mit geistiger Behinderung bereits überfordern
Mehr Zeit (2)	<ul style="list-style-type: none"> – Mehr Zeit für Patienten – Grundsätzlich weniger Patienten mit banalen Erkrankungen dann bliebe mehr Zeit für chronisch Erkrankte und Behinderte
Akzeptanz (1)	<ul style="list-style-type: none"> – Akzeptanz von Menschen mit Behinderung in der Gesellschaft
Kommunikation (1)	<ul style="list-style-type: none"> – Direkte Ansprache der Betreuenden zum Vorsorgeangebot

Hindernisse sehen die befragten Hausärzte und Ärztinnen in der Betreuungsnotwendigkeit und dem damit verbundenen Aufwand, vor allem Zeit; auch ist die beeinträchtigte Mitteilungsmöglichkeit der Menschen mit geistiger Behinderung eine Versorgungshürde, aber auch eine eingeschränkte Akzeptanz durch andere Praxispatienten (Tabelle 45).

Tabelle 45: Hindernisse der gesundheitlichen Versorgung

Betreuung ist erforderlich (5)	<ul style="list-style-type: none"> - In den meisten Fällen ist eine Betreuung erforderlich - Betreuung durch entsprechende Fachkräfte - braucht Begleitperson, zeitlich eingeschränkte Verfügbarkeit - Umsetzung der Anordnungen im heimischen Umfeld. - Keine Kooperation oder nur wenig Kooperation des Patienten möglich.
Verständigungsschwierigkeiten (4)	<ul style="list-style-type: none"> - Verständigungsschwierigkeiten, unterschiedliche Ansichten - Kontaktprobleme - Verständigung, Compliance - Beschwerden werden seitens des Pat. erschwert vorgebracht, daher weniger Inanspruchnahme des Arztes
Zeit und Geld (3)	<ul style="list-style-type: none"> - Zeit und Geld - Geld - Im GKV System gibt es keinen "Freiraum". Behinderte Menschen brauchen Zeit
Fehlende Toleranz (1)	<ul style="list-style-type: none"> - Inakzeptanz der Mitpatienten in der Praxis
räumliche Barrieren (1)	<ul style="list-style-type: none"> - räumliche Barrieren
Unterbringung (1)	<ul style="list-style-type: none"> - Unterbringung
Umsetzung präventiver Maßnahmen (1)	<ul style="list-style-type: none"> - Ja, bei der Umsetzung und Durchführung von Therapien und präventiven Maßnahmen, z.B. Diät, Ernährung, Sport

7 Diskussion, Fazit und Empfehlungen

Mit Förderung durch das Landeszentrum für Gesundheit Nordrhein-Westfalen konnten in der vorliegenden Studie in drei Werkstätten für Menschen mit geistiger Behinderung in Witten, Oberhausen und Solingen insgesamt 181 Beschäftigte und deren Angehörige bzw. Betreuer zur gesundheitlichen und präventiven Versorgung befragt werden. Ergänzend wurden die Beschäftigten orientieren und körperlich untersucht, wobei diese Untersuchungen zur Hälfte in den Werkstätten für geistig Behinderte und zur Hälfte bei der regulären Hausärztin / dem regulären Hausarzt durchgeführt wurden. Die Studie erlaubt einen differenzierten Einblick in die Inanspruchnahme und die Erfahrungen mit medizinischer und präventiver Versorgung sowie zu deren Barrieren und förderlichen Faktoren aus Sicht der Menschen mit geistiger Behinderung selber, aus Sicht der Angehörigen bzw. Betreuer und deren behandelnden Hausärztinnen und Hausärzten. Zudem kann der im Rahmen der üblichen Regelversorgung nicht entdeckte, für Menschen mit geistiger Behinderung spezifische Versorgungsbedarf aufgedeckt werden.

Teilnahmequote

Die Teilnahmequote von 19,3% bildet die Ergebnisse für einen Teil der in der Werkstatt Beschäftigten ab. Die Ergebnisse sind daher nicht auf alle in Werkstätten für Menschen mit geistiger Behinderung arbeitenden Menschen übertragbar. Da im Rahmen dieses Projekts keine Nicht-Teilnehmerbefragung durchgeführt werden konnte (keine Einwilligung), kann nicht sicher eingeschätzt werden, ob vermehrt diejenigen Beschäftigten, die regelmäßig zum Arzt gehen, an dem Projekt teilgenommen haben, also vermehrt die gut Versorgten erfasst wurden, oder ob eher die Personen an dem Projekt teilgenommen haben, bei denen ein Arztbesuch schon länger zurückliegt. Einen Hinweis auf die Richtung der Interpretation gibt die Angabe zum letzten Arztbesuch. Die Teilnehmenden geben zu 95% an, innerhalb der letzten 12 Monate einen Arzt aufgesucht zu haben (Anhangstabelle 21). Dieser hohe Wert übertrifft die DEGS-Stichprobe (89,7%). Es ist anzunehmen, dass die „Nicht-Teilnehmenden“ den Wert von 95% nicht übertreffen würden. Somit hätten wir mit den Projekt-Teilnehmenden die Menschen mit geistiger Behinderung erfasst, die tendenziell häufiger zum Arzt gehen als die Gruppe der Nicht-Teilnehmenden. Diese These wird durch die Annahme unterstützt, dass am Projekt überwiegend Personen teilgenommen haben, die einer ärztlichen Untersuchung grundsätzlich positiv gegenüberstehen.

Die Teilnahmequote ist auch vor dem Hintergrund der jeweils Betreuenden zu betrachten. Hierbei handelt es sich überwiegend um Mütter, die zu drei Vierteln berufstätig sind und für die eine Teilnahme an der Studie eine zusätzliche Belastung bedeutet.

Von Seiten der Mitarbeitenden der Wohnstätten wurde der zusätzliche Aufwand bemängelt, den das Ausfüllen des Fragebogens und die mögliche Begleitung zum Hausarzt mit sich bringen. Einige Eltern sagten, dass ihre Kinder gesundheitlich gut versorgt seien und sie daher keinen persönlichen Mehrwert an der Teilnahme an dem Projekt sehen. Ein weiteres Argument war, dass die Angehörigen eine Teilnahme prinzipiell befürworten und dieses Projekt für wichtig halten, Arztbesuche aber für den Betreuten solch eine große Belastung darstellen, dass sie ihren Betreuten nicht dem zusätzlichen Stress aussetzen wollen. Manche Angehörige schilderten, dass die von ihnen betreute Person schlechte Erfahrung mit Ärztinnen/Ärzten gemacht habe und daher nicht an dem Projekt teilnehmen möge.

Die Teilnahmequoten unterscheiden sich geringfügig zwischen den drei untersuchten Standorten. Die höhere Teilnahmequote in der Werkstatt Witten könnte dadurch erzielt worden sein, dass die Projektverantwortlichen und die wissenschaftliche Mitarbeiterin das Projekt an dem jährlich stattfindenden und daher etablierten Betreuer- und Angehörigenabend vorgestellt haben. Viele Angehörige und Betreuende waren an diesem Abend anwesend. Im Anschluss an die Projektpräsentation konnten Fragen an die Projektmitarbeiter gestellt werden. Dieses Vorgehen hat wahrscheinlich dazu beigetragen, Hürden abzubauen und Zweifel zu beseitigen.

In der Werkstatt Oberhausen wurde eine solche Veranstaltung, an der Angehörige und Betreuende in die Werkstatt eingeladen werden, für nicht ratsam gehalten. Der Begleitende Dienst riet von der Organisation einer Veranstaltung ab, an der über das Projekt informiert werden soll. Aus Erfahrung sei die Teilnahme an solch einer Veranstaltung sehr gering.

In der Werkstatt Solingen fand eine Informationsveranstaltung statt, zu der Angehörige und Betreuende eingeladen waren. Da in Solingen die Vorlaufzeit verkürzt war, wurde die Informationsveranstaltung recht kurzfristig anberaumt, was es einigen Angehörigen und Betreuenden unmöglich machte, an der Veranstaltung teilzunehmen.

Forschungsfrage 1 Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung und präventiver Angebote von Menschen mit geistiger Behinderung

Bemerkenswert ist, dass fast alle Studienteilnehmer über einen Hausarzt verfügen und sowohl diesen als auch spezialisierte Fachärzte in hohem Maße in Anspruch genommen haben. Auch die im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöhten Inanspruchnahmen einiger Fachärzte entsprechen den bei Menschen mit geistiger Behinderung zu erwartenden Bedarfen. Dieser Befund

steht im Widerspruch zur Literatur, die üblicherweise von einer Unterversorgung bzw. zu geringen Inanspruchnahme berichtet. Dabei nehmen Probanden aus Wohnstätten offensichtlich die Regelangebote mehr in Anspruch als Probanden, die bei Angehörigen oder alleine wohnen. Probanden mit Migrationshinderung sind weniger gut über ihre Ansprüche orientiert.

Zwei Drittel der Teilnehmer haben in den letzten zwei Jahren Heilmitteltherapien in Anspruch genommen. Diese Inanspruchnahme deckt jedoch nach Meinung der Teilnehmer bzw. deren Angehörigen nicht in vollem Umfang den empfundenen Bedarf. Insbesondere Krankengymnastik und eine Behandlung im Bewegungsbad bzw. Schwimmen werden verstärkt für notwendig erachtet. Die Gründe hierfür liegen einerseits systembezogen in vermeintlich fehlender Kostenübernahme oder mangelnder Information, andererseits an der persönlichen, individuellen Motivation, aber auch an Hilfsbedarf durch eine begleitende Person. Diese Gründe weisen auf die besondere Bedeutung der Begleitpersonen hin. Wenn diese die Unterstützung nicht leisten kann – im Hinblick auf Finanzen, Zeit oder Orientierung - können Therapieangebote nicht wahrgenommen werden. Dies kann insbesondere bei den Probanden, die bei ihren Eltern leben, ein Problem darstellen.

Der im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhte Bedarf an Hilfsmitteln, insbesondere im Bereich der Hörhilfen, scheint gedeckt zu sein.

Ein erfreuliches Ergebnis ist im Bereich der Teilnahme an allgemeinen Früherkennungsuntersuchungen, wie dem Gesundheits-Check-up festzustellen: die Teilnahmerate der Studienteilnehmer ist höher als die der Allgemeinbevölkerung. Problematisch erscheint jedoch die hohe Unkenntnis bzw. geringe Inanspruchnahme dieses Angebots bei Personen mit Migrationshintergrund.

Im Gegensatz dazu ist bei den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen – außer im Bereich der Haut - die Teilnahmerate durch Menschen mit geistiger Behinderung durchweg geringer als die der Allgemeinbevölkerung. Auffällig ist dabei, dass zumeist diejenigen Menschen mit geistiger Behinderung, die in betreuten Wohnformen leben, öfter teilnehmen, als diejenigen, die alleine oder bei ihren Angehörigen leben.

Forschungsfrage 2 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

Die Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung ist durch einen hohen Hilfs- und Begleitbedarf gekennzeichnet. Diese Studie zeigt auf, dass bei etwa einem Drittel der Arztbesuche die Betreuten selbstständig zum Arzt gehen. Dessen ungeachtet findet bei einem Großteil die Versorgung mit der Dyade aus Betreutem und einer persönlichen Betreuungsperson statt. Bei einigen Studienteilnehmern finden sich zudem körperliche Behinderungen, die einen erhöhten Hilfebedarf bei Arztbesuchen verursachen.

Die Erfahrungen der Menschen mit geistiger Behinderung bei Arztbesuchen entsprechen in Bezug auf die Wartezeit in den Praxen sowie die Terminvergabe den Angaben der Allgemeinbevölkerung. Die Betreuenden beurteilen die Arztbesuche auch in anderer Hinsicht größtenteils positiv und zeigen sich mit der ambulanten Versorgung zufrieden. Trotzdem wird Bedarf an mehr Materialien in leichter Sprache und mehr Zeit für die Versorgung gewünscht. Einige Angehörige bemerken einen Mangel an spezifischer Einstellung auf die Bedarfe der Menschen mit geistiger Behinderung und an einem professionellen Umgang mit deren Bedürfnissen.

Auf die Frage nach möglichen Versorgungsbarrieren berichten die Angehörigen am meisten über Kommunikationsschwierigkeiten, aber auch Ängste der Betreuten sowie der zum Teil vorliegende Transportbedarf und bestehende physikalische Barrieren in den Praxen, die Arztbesuche erschweren.

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsförderungsmaßnahmen entspricht bei Menschen mit geistiger Behinderung der der Allgemeinbevölkerung, wobei eigentlich von einem erhöhten Bedarf auszugehen ist. Im Gegensatz zur medizinischen Versorgung werden präventive Leistungen in Form von Kursen eher von Probanden, die bei Angehörigen leben, wahrgenommen. Erneut sind die Leistungen Probanden mit Migrationshintergrund weniger bekannt. Gründe für die Nichtteilnahme liegen vor allem in einer Unkenntnis über das bestehende Angebot, den nicht für Menschen mit geistiger Behinderung geeigneten Kursinhalten sowie der aufwändigeren Organisation einer Kursteilnahme.

Forschungsfrage 3 Strukturierte Gesundheitsuntersuchung der teilnehmenden Menschen mit geistiger Behinderung zur Feststellung des körperlichen Gesundheitszustandes

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

Die entweder im Rahmen des Aufsuchsystems in der Werkstatt oder beim Hausarzt durchgeführte orientierende Gesundheitsuntersuchung erbrachte folgende Erkenntnisse. Zunächst ist festzustellen, dass die Untersuchung in der Werkstatt bei fast allen in diese Gruppe zufällig aufgeteilten Studienteilnehmern durchgeführt werden konnte (77 von 79). Dagegen nahmen von der zum Hausarzt zugeteilten Gruppe nur 50 von 102 Menschen mit geistiger Behinderung die Untersuchung wahr. Begründend könnten entweder die von einigen Teilnehmern berichtete Angst vor dem Aufsuchen eines Arztes oder aber eine erst kürzlich stattgefundenene Untersuchung angeführt werden.

Im Einzelnen sind folgende Ergebnisse der Untersuchungen bemerkenswert: beim Impfstatus zeigt sich bei der untersuchten Population eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung bessere Durchimpfungsrate. In Bezug auf das Körpergewicht bestätigt sich ein hoher Bedarf an gesundheitsfördernden Aktivitäten, indem sich bei den Beschäftigten bei rund zwei Dritteln ein erhöhtes Körpergewicht mit einem hohen Anteil von Adipositas Grad 1-3 feststellen lässt. Bei vielen Menschen mit geistiger Behinderung fielen Hauterkrankungen, insbesondere im Bereich der Füße auf, die einer weiteren Versorgung bedürfen. Die Befunde der körperlichen- sowie Laboruntersuchungen zeigen bei einigen Beschäftigten krankhafte Befunde, für die eine weitere Abklärung erfolgen sollte. Hierbei wurden jedoch keine gravierenden Befunde aufgedeckt.

Zwischen dem Aufsuchsystem, d.h. der Untersuchung in den Werkstätten und dem Regelsystem, d.h. der Untersuchung bei der regulären Hausärztin bzw. dem regulären Hausarzt sind nur einzelne Unterschiede bei den Untersuchungsergebnissen festzustellen. In den Werkstätten wurden des Öfteren erhöhte Blutdruckwerte registriert und verschiedentlich berichten die Hausärzte über nicht durchgeführte Untersuchungen wie beispielsweise den orientierenden Hör- oder Sehtest. Die vorgesehenen orientierenden Untersuchungen wurden insgesamt vollständiger bei den Beschäftigten durchgeführt, die in den Werkstätten untersucht wurden.

Ein auffälliger Unterschied zeigt sich jedoch im Bereich der als neue Diagnosen bezeichneten Befunde zwischen den Untersuchungen in der Werkstatt und beim Hausarzt. Während beim

Hausarzt nur bei 20 % der untersuchten eine neue Diagnose gestellt wurde, diagnostizierten die Werkstatt Ärzte bei 75 % der untersuchten mindestens eine neue Diagnose. Dies muss aber vor dem Hintergrund der Unkenntnis der Patienten gesehen werden, die selber oder deren Angehörige nicht vollständig über vorliegende Diagnosen im Vorfeld der Untersuchung berichtet haben bzw. berichten konnten. Hier zeigt sich die im deutschen Versorgungssystem schwierige Informationsweitergabe zwischen den verschiedenen Behandlern in den verschiedenen Sektoren auch in der Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung, wobei für diese von einem noch größeren Bedarf an Informationsübermittlung und Koordinierung der Versorgung auszugehen ist.

Bei der Untersuchung des Zahnstatus muss festgestellt werden, dass die in den Werkstätten durchgeführten zahnärztlichen Untersuchungen dreimal häufiger krankhafte Befunde erbrachten als die orientierende Untersuchung durch Hausärzte. Von der Tendenz her leiden Menschen mit geistiger Behinderung vermehrt unter einem beeinträchtigten Zahnstatus. Um die Zahngesundheit und somit auch Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung zu verbessern, sollten effiziente prophylaktische Programme entwickelt werden und in Zusammenarbeit mit Eltern, Angehörigen und Betreuern zum Einsatz kommen (Schulte et al. 2011).

Viele der Untersuchten wurden aufgefordert, eine weitere Abklärung bzw. Behandlung vorzunehmen. Dabei scheint eine Spezialisierung von Zahnärzten für die Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung angezeigt. Spezialisierte Einrichtungen wie sie beispielsweise in Witten existieren, werden von den Angehörigen präferiert.

Forschungsfrage 4 Vorstellungen und Wünsche für die zukünftige gesundheitliche und präventive Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung

Verbesserungswünsche in der medizinischen Versorgung bestehen für Angehörige/Betreuende bei offener Fragestellung einerseits in einer intensiveren Arzt-Patient-Beziehung mit Schulung der Ärzte zum Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung, einem größeren Zeitrahmen und einer angepassten Mitteilungsweise mit leichter Sprache. Andererseits sind ihnen Versorgungsangebote und -strukturen wichtig, die punktuell ausführlicher und intensiver spezifische Versorgungsbedarfe aufgreifen. Aus einer Liste von acht Veränderungsvorschlägen zur Verbesserung der Versorgung wünscht sich mehr als jeder zweite spezialisierte medizinische Versorgungszentren, danach folgen von der Hälfte Verzeichnisse mit spezifisch qualifizierten Ärztinnen und Ärzten sowie Erinnerungen an ausstehende Kontrolluntersuchungen.

Trotzdem wünschen 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 % präferieren die in dieser Studie erprobte Gesundheitsuntersuchung in der Werkstatt; für weitere 20 % bestand keine Präferenz für eine der Behandlungseinrichtungen.

Für die stationäre Versorgung wünschen sich die Angehörigen insbesondere eine verbesserte Kenntnis der besonderen Versorgungsbedarfe für Menschen mit geistiger Behinderung und eine bessere Betreuung. Im Bereich der Angebote zur Gesundheitsförderung besteht laut Meinung der Angehörigen ein Bedarf an einem verbesserten Zuschnitt der Angebote auf Menschen mit geistiger Behinderung. Hier wünscht sich eine Mehrzahl sowohl der Angehörigen als auch der Beschäftigten ein Angebot in den Werkstätten, wobei jedoch ein gemischtes Angebot für Menschen mit und ohne geistige Behinderung von zwei Dritteln präferiert wird.

Auf Seiten befragter Hausärzte, die Menschen mit geistiger Behinderung behandeln, steht im Mittelpunkt, den zeitlich, infrastrukturell und interaktionell deutlich höheren Einsatz bei der Behandlung angemessener vergütet zu erhalten. Die Hausärztinnen und Hausärzte empfinden vor allem den erhöhten zeitlichen Aufwand als große Belastung, wobei sie sich insgesamt für sicher in der Behandlung dieser Patientengruppe empfinden. Viele Ärztinnen und Ärzte sind bereits im Bereich der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung fortgebildet, dennoch halten 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 von Menschen mit geistiger Behinderung abzuleiten:

- Eine Unterstützung der Angehörigen von Menschen mit geistiger Behinderung, die Schwierigkeiten beim Transport zu den verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten haben, 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 wären die als Check-up 35 bekannten Untersuchungen von ihrem Umfang her auszuweiten und bereits für die Gruppe der über 18-jährigen anzubieten.
- 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 sie derzeit vom Gesetzgeber auf den Weg gebracht wurden, 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.
- 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 entsprechend anzupassen.

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

Danksagung

An dieser Stelle sei allen Beschäftigten, die an dem Projekt teilgenommen haben, gedankt. Weiter danken wir den Angehörigen und Betreuenden, die sich die Zeit genommen haben, um den umfangreichen Fragebogen auszufüllen. Für die gute Zusammenarbeit und Unterstützung bedanken wir uns bei den teilnehmenden Werkstätten in Oberhausen, Witten und Solingen. Außerdem danken wir den Ärztinnen und Ärzten für die Durchführung der Untersuchungen in der Werkstatt und den Hausarztpraxen.

8 Literaturverzeichnis

- Abendroth, M. & Naves, R. (2003). Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen – Potentiale und Defizite in Rheinland-Pfalz. Evangelische Fachhochschule. Denken und Handeln, Band 50.
- Adam, M. (2014). „Ernährungsberatung für Menschen mit geistiger Behinderung“. 8. Fachtagung Therapie bei Menschen mit geistiger Behinderung“ Geistige Behinderung und Sucht.
- Akademie Waldschlösschen (2017). www.waldschloesschen.org/de/jahresuebersicht.html, letzter Zugriff am 05.05.2017
- Alborz, A., McNally, R. & Glendinning, C. (2005). Access to healthcare for people with learning disabilities: Mapping the issues and reviewing the evidence. *J Health Serv Res Policy*, 10, (3), 173-182.
- Andersen, R.M. (1995). Revisiting the Behavioral Modell and Access to Medical Care: Does It Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1-10.
- Baxter, H., Lowe, K., Houston, H., Jones, G., Felce, D., Kerr, M. (2006). Previously unidentified morbidity in patients with intellectual disability. *Br. J. Gen. Pract.* 93–98.
- Bieker, R. (2013). Werkstatt für behinderte Menschen. In G. Theunissen, W. Kulig, & K. Schirbort (Hrsg.), *Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik* (S. 410-411). 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2008). Entwicklung der Zugangszahlen zu Werkstätten für behinderte Menschen. Berlin.
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013). Lebenssituation und Belastung von Männern mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland – Haushaltsbefragung. Abschlussbericht. Berlin.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2013). Lebenssituationen und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland. Endbericht. Bielefeld.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2017). Schriftliche Fragen von Maria Klein-Schmeink (MdB) im Februar 2017. Arbeitsnummern 2/229 und 2/230.
- Cassidy, G., Martin, D., Martin, G. & Roy, A. (2002). Health checks for people with learning disabilities. *Journal of learning disabilities*, 6, 2, 123-136.
- Carlsen, W. & Galluzzi, K. (1994). Comprehensive geriatric assessment: applications for community-residing elderly people with mental retardation/developmental disabilities. *Mental Retardation*, 32, 334-340.
- DEGS (2011). www.degs-studie.de/deutsch/studie.html, letzter Zugriff am 05.05.2017
- Destatis (2017a). www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/MigrationIntegration.html;jsessionid=623D9C107A5D9D71E81A8856831B615E.cae1, letzter Zugriff am 05.05.2017
- Destatis (2017b). www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/QualitaetArbeit/Dimension2/2_3_Krankenstand.html, letzter Zugriff am 05.05.2017

- Destatis (2017c). Rauchgewohnheiten. Ergebnisse des Mikrozensus 2013. www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/GesundheitszustandRelevantes-Verhalten/Tabellen/Rauchverhalten.html, letzter Zugriff am 05.05.2017
- Deutscher Bundestag (2008). Antwort der Bundesregierung zum Gesundheitszustand der Menschen mit geistiger Behinderung in der Bundesrepublik Deutschland. Drucksache 16/9180.
- Deutscher Bundestag (2014). Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung menschenrechtskonform gestalten. Drucksache 18/3155.
- Deutscher Bundestag (2016). Antwort der Bundesregierung zum Umsetzungsstand der Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen. Drucksache 18/8576.
- Dieckmann, F. & Metzler, H. (2013). Alter erleben. Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter (Abschlussbericht). KVJS Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg.
- Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung (2014). Rahmenkonzeption Medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (MZEB), www.diefachverbaende.de/files/stellungnahmen/2014-11-06-TOP-7-2-MZEB-Rahmenkonzeption-aktualisiert.pdf, letzter Zugriff am 05.05.2017
- DIMDI (2017). ICD-10-GM Version 2017, www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2017/block-f70-f79.htm, letzter Zugriff am 05.05.2017
- DMS V – Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (2016) – Institut der Deutschen Zahnärzte im Auftrag von Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung. Berlin/Köln.
- Felchner, A. (1999). Vorsorgeuntersuchungen bei Erwachsenen mit geistiger oder Mehrfachbehinderung. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 75, 24-29.
- Felchner, A. (2002). Spezielle Vorsorgeuntersuchungen für Menschen mit geistiger Behinderung (S. 204-220). Eine behinderte Medizin?! Zur medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Fischer, E. (2013). Schule für Geistigbehinderte. In G. Theunissen, W. Kulig, & K. Schirbort (Hrsg.), *Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik* (S. 321-322). 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hahn, J. & Aronow, H. (2005) A Pilot of a Gerontological Advanced Practice Nurse Preventive Intervention. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, 131–142.
- Haveman, M. (2013). Epidemiologie. In G. Theunissen, W. Kulig, & K. Schirbort (Hrsg.), *Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik* (S. 111). 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Haveman, M. & Stöppler, R. (2014). *Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Henriksen, A. & Degenhardt, S. (2010). Häufigkeit von Beeinträchtigungen des Sehvermögens bei Beschäftigten einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 61, 184–190.

- Hild, U., Hey, C., Baumann, U., Montgomery, J., Euler, H. & Neumann, K. (2008). High prevalence of hearing disorders at the Special Olympics indicate need to screen persons with intellectual disability, *Journal of Intellectual Disability Research*, 1-9.
- Hollederer, A. (2011). *Erwerbslosigkeit, Gesundheit und Präventionspotentiale: Ergebnisse des Mikrozensus 2005*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Integrationsämter (2011). Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM). www.integrationsaemter.de/druckversion/Fachlexikon/Werkstatt-fuer-behinderte-Menschen--WfbM-/77c336i1p/index.html, letzter Zugriff am 05.05.2017
- Jenkins, D. W., Cooper, K., O'Connor, R. Watanabe, L. & Wills, C. (2011). Prevalence of podiatric conditions seen in Special Olympics athletes: Structural, biomechanical and dermatological findings. *The Foot*, 21, 15-25.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2013). *Informationen für die Praxis. Gesundheitsuntersuchung Check-up 35*. PDF.
- Kemmerich, R. (2013). Menschen mit geistiger Behinderung sind gesundheitlich unterversorgt. *Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung*, 10, 1, 32-35.
- Kerr, M. (1998). Cardiff Health Check for people with a Learning Disability. In W. Fraser, D. Sines & M. Kerr (Eds.). *The Care of people with Intellectual Disabilities*. 9 ed. London, Butterworth Heinemann.
- Kultusministerkonferenz (2012). *Sonderpädagogische Förderung in Schulen 2001 bis 2010. Statistische Veröffentlichungen der Kultusministerkonferenz, Dokumentation Nr. 196*. www.kmk.org/dokumentation-und-statistik/statistik/schulstatistik/sonderpaedagogische-foerderung-an-schulen.html, letzter Zugriff am 05.05.2017
- Kultusministerkonferenz (2016). *Sonderpädagogische Förderung in Schulen 2005 bis 2014. Statistische Veröffentlichungen der Kultusministerkonferenz. Dokumentation Nr. 210*. www.kmk.org/dokumentation-und-statistik/statistik/schulstatistik/sonderpaedagogische-foerderung-an-schulen.html, letzter Zugriff am 05.05.2017
- LAG – Landesarbeitsgemeinschaft der Angehörigenvertretungen in Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung in Baden-Württemberg e.V. (2011a). *Menschen mit geistiger Behinderung im Krankenhaus*. Stuttgart.
- LAG – Landesarbeitsgemeinschaft der Angehörigenvertretungen in Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung in Baden-Württemberg e.V. (2011b). *Menschen mit geistiger Behinderung beim Zahnarzt*. Stuttgart.
- Lennox, N.G., Green, M., Diggins, J. & Ugoni, A. (2001). Audit and comprehensive health assessment programme in the primary healthcare of adults with intellectual disability: a pilot study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 3, 226-232.
- Martin, P. (2013). Transition von Patienten mit Entwicklungsstörungen – aus der Perspektive der Erwachsenenmedizin. *Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung*, 10, 1, 14-16.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 11. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag.
- McCarthy, J. & O'Hara, J. (2011). Ill-health and intellectual disabilities. *Current Opinion in Psychiatry*, 24, 5, 382-386.
- MGEPA – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. 22. Landesgesundheitskonferenz NRW „Von der Integration zur Inklusion:

- Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen verbessern“, 22. November 2013.
- Neuhäuser, G. & Steinhausen, H.C. (2013). Epidemiologie, Risikofaktoren und Prävention. In G. Neuhäuser, H.C. Steinhausen, F. Häßler & K. Sarimski (Hrsg.), *Geistige Behinderung. Grundlagen Erscheinungsformen und klinische Probleme, Behandlung, Rehabilitation und rechtliche Aspekte* (S. 15-29). Stuttgart: Kohlhammer.
- Pelz, I., Pohlabein, H., Reineke, A. & Ahrens, W. (2013). Externe Qualitätssicherung der ersten Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 637–642.
- Rebscher, H. (2016). *Gesundheitsreport 2016. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten*. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Rehadat (2017). *Statistiken zu Behinderung und Beruf*. www.rehadat-statistik.de/de/berufliche-teilhabe/WfbM/BAG_WfbM, letzter Zugriff am 05.05.2017
- RKI – Robert Koch Institut (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS*. Berlin: RKI.
- Robertson, J., Roberts, H., Emerson, E., Turner, S. & Greig, R. (2011). The impact of health checks for people with intellectual disabilities: a systematic review of evidence. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55, 11, 1009-1019.
- Pfaff (2006). *Lebenslagen der behinderten Menschen. Ergebnis des Mikrozensus 2005*. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.
- Pschyrembel (2014). *Klinisches Wörterbuch*. 266. Auflage. Berlin: de Gruyter.
- Schulte, A., Kaschke, I. & Bissar, A. (2011). Mundgesundheit erwachsener Athleten mit geistiger Behinderung. *Gesundheitswesen* 73, e78–e83.
- Schulze Höing, A. (2016). *Pflege von Menschen mit geistigen Behinderungen*. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Special Olympics (2017). www.specialolympics.de/was-ist-sod/25-jahre-sod, letzter Zugriff am 05.05.2017
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2015). *Zensus 2011 Kompakt. Endgültige Ergebnisse*. Stuttgart.
- Statistisches Bundesamt (2017). *Statistik der schwerbehinderten Menschen. Kurzbericht 2015*. Wiesbaden.
- Steffen, P. & Blum, K. (2011). *Die medizinische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in Hamburg Bei besonderer Berücksichtigung der Phase des Übergangs vom Jugend-in das Erwachsenenalter. Ergebnisbericht*. Hamburg.
- Theunissen, G., Kulig, W. & Schirbort, K. (Hrsg.) (2013). *Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik*. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Tyrer, F., Smith, L.K. & McGrother, C.W. (2007). Mortality in adults with moderate to profound intellectual disability: a population-based study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 7, 520-527.
- Webb O. J. & Rogers, L. (1999). Health screening for people with intellectual disability: the New Zealand experience. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43, 6, S. 497-503.

9 Anhang

9.1 Ergebnistabellen

Anhangstabelle 1: Teilnehmende nach Ort

		Nicht-Teilnehmende	Teilnehmende	Gesamt	Chi ² -Test (p-Wert)
Oberhausen	N	234	53	287	0,001*
	%	81,5%	18,5%	100,0%	
Witten	N	185	68	253	
	%	73,1%	26,9%	100,0%	
Solingen	N	340	60	400	
	%	85,0%	15,0%	100,0%	
Gesamt	N	759	181	940	
	%	80,7%	19,3%	100,0%	

* signifikant

Anhangstabelle 2: Geschlecht der Teilnehmenden

		Nicht-Teilnehmende	Teilnehmende	Gesamt	Chi ² -Test (p-Wert)
männlich	N	458	111	569	0,866
	%	80,5%	19,5%	100,0%	
weiblich	N	301	70	371	
	%	81,1%	18,9%	100,0%	
Gesamt	N	759	181	940	
	%	80,7%	19,3%	100,0%	

Anhangstabelle 3: Alter der Teilnehmenden

		Nicht-Teilnehmende	Teilnehmende	Gesamt	Chi ² -Test (p-Wert)
<25 Jahre	N	87	30	117	0,219
	%	74,4%	25,6%	100,0%	
25-34 Jahre	N	202	41	243	
	%	83,1%	16,9%	100,0%	
35-44 Jahre	N	153	33	186	
	%	82,3%	17,7%	100,0%	
45-55 Jahre	N	221	48	269	
	%	82,2%	17,8%	100,0%	
>55 Jahre	N	96	29	125	
	%	76,8%	23,2%	100,0%	
Gesamt	N	759	181	940	
	%	80,7%	19,3%	100,0%	

Anhangstabelle 4: Wohnform der Beschäftigten (nur Oberhausen und Witten)

		Nicht-Teilnehmende	Teilnehmende	Gesamt	Chi ² -Test (p-Wert)
alleine	N	30	8	38	0,045*
	%	78,9%	21,1%	100,0%	
bei Angehörigen	N	179	44	223	
	%	80,3%	19,7%	100,0%	
stationär (Wohnstätte)	N	99	41	140	
	%	70,7%	29,3%	100,0%	
betreutes Wohnen	N	98	19	117	
	%	83,8%	16,2%	100,0%	
in einer Wohngemeinschaft	N	4	4	8	
	%	50,0%	50,0%	100,0%	
mit dem Partner	N	8	3	11	
	%	72,7%	27,3%	100,0%	
Gesamt	N	418	119	537	
	%	77,8%	22,2%	100,0%	

* signifikant

Anhangstabelle 5: Vorliegende, teilnehmerbezogene Instrumente

		Fragebogen Angehörige/Betreuer (FB1) N = 181	Fragebogen Beschäftigte (FB2) N = 181	Erhebungsbogen Werkstatt (EB1) N = 79	Erhebungsbogen aufgesuchter Hausarzt (EB2 mit FB3) N = 102
Nein	N	5 (2,8%)	45 (24,9%)	2 (2,5%)	52 (51%)
Ja	N	176 (97,2%)	136 (75,1%)	77 (97,5%)	50 (49%)

Anhangstabelle 6: Anzahl vorliegender, teilnehmerbezogener Instrumente

vorliegend	Fragebogen Angehörige/Betreuer N = 176	Fragebogen Beschäftigte N = 136
beide FB	133	
nur 1 FB	43	3

Anhangstabelle 7: Instrumente (Werkstatt / aufgesuchter Hausarzt und FB3)

	Erhebungsbogen Werkstattarzt N = 77	Erhebungsbogen und FB3 aufgesuchter Hausarzt N = 50
Fragebogen Angehörige/Betreuer + Fragebogen Beschäftigte	63	40
nur Fragebogen Angehörige/Betreuer	12	10
nur Fragebogen Beschäftigte	1	0
kein Fragebogen	1	0

Anhangstabelle 8: Vorliegende Fragebögen Angehörige/Betreuende (FB1)

	N	%
Oberhausen	52	29,5
Witten	68	38,6
Solingen	56	31,8
Gesamtsumme	176	100,0

Anhangstabelle 9: FB1-F45a: Grad der Schwerbehinderung

	N	%	%*
es liegt kein Schwerbehindertenausweis vor	3	1,7	1,7
unter 50%	1	0,6	0,6
50-70%	17	9,7	9,8
75-95%	32	18,2	18,5
100%	118	67,0	68,2
weiß ich nicht	2	1,1	1,2
keine Angabe	3	1,7	x
Gesamtsumme	176	100,0	100

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 10: FB1-F45b: Gesundheitliche Merkmale* (Schwerbehindertenausweis)

	N	%
G= Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich eingeschränkt	118	68,2
aG= Außergewöhnliche Gehbehinderung	24	13,9
H= Hilflos	104	60,1
Bl= Blind	6	3,5
Gl= Gehörlos	3	1,7
B= Die Notwendigkeit ständiger Begleitung ist nachgewiesen.	107	61,8
keine	14	8,1

*Erläuterung der Merkzeichen s. z. B. <https://www.myhandicap.de/recht-behinderung/schwerbehindertenausweis/merkzeichen/>

Anhangstabelle 11: FB1-F46: Vorhandene Pflegestufe

	N	%	%*
keine	59	33,5	34,5
0	14	8,0	8,2
I	35	19,9	20,5
II	35	19,9	20,5
III	20	11,4	11,7
III mit Schwere	3	1,7	1,8
weiß ich nicht	5	2,8	2,9
keine Angabe	5	2,8	x
Gesamtsumme	176	100,0	100

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 12: FB1-F75: Wohnform der Teilnehmenden

	N	%	%*
alleine	14	8,0	8,0
bei Angehörigen	73	41,5	41,7
stationär (Wohnstätte)	53	30,1	30,3
Betreutes Wohnen	26	14,8	14,9
in einer Wohngemeinschaft	5	2,8	2,9
mit Lebenspartner	4	2,3	2,3
keine Angabe	1	,6	x
Gesamtsumme	176	100,0	100

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 13: FBI-F74: Krankenversicherung des Beschäftigten

	N	%	%*
gesetzlich	172	97,7	99,4
privat	1	,6	0,6
keine Angabe	3	1,7	x

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 14: FBI-F77: Migrationshintergrund des Beschäftigten

	N	%	%*
kein Migrationshintergrund	135	76,7	77,1
nicht in Deutschland geboren	17	9,7	9,7
in Deutschland geboren, aber beide Eltern nicht	16	9,1	9,1
in Deutschland geboren, aber ein Elternteil nicht	7	4,0	4,0
keine Angabe	1	0,6	x
Gesamtsumme	176	100,0	100

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 15: Dichotome Einteilung des Migrationshintergrunds

	N	%
kein Migrationshintergrund	135	76,7
Migrationshintergrund	40	23
keine Angabe	1	0,6
Gesamt	176	100

Anhangstabelle 16: Gesetzlicher Betreuer vorhanden?

	N	%
Nein	44	25,0
Ja	132	75,0
Gesamtsumme	176	100,0

Anhangstabelle 17: FBI-F80: Erwerbssituation des Angehörigen/Betreuenden

	N	%	%*
vollzeiterwerbstätig	68	38,6	41,5
teilzeiterwerbstätig	50	28,4	30,5
Altersteilzeit	1	0,6	0,6
nicht erwerbstätig	35	19,9	21,3
sonstiges	10	5,7	6,1
keine Angabe	12	6,8	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 18: FB1-F81: Beziehung des Ausfüllenden zum Betreuten

	N	%
Mutter	70	41,40
Mitarbeiter der Wohnstätte	40	23,67
Gruppenbetreuer	18	10,65
Vater	15	8,88
Schwester	10	5,92
Bruder	6	3,55
Rechtliche Betreuerin	3	1,78
Sohn	2	1,18
Nichte	2	1,18
Eltern	1	0,59
Schwägerin	1	0,59
Oma	1	0,59
Gesamt	169	100

Anhangstabelle 19: FB1-F82: Alter des Angehörigen/Betreuenden

	N	%	%*
<30 Jahre	17	9,7	10,4
30-39 Jahre	16	9,1	9,8
40-49 Jahre	29	16,5	17,7
50-59 Jahre	57	32,4	34,8
60-69 Jahre	26	14,8	15,9
70-79 Jahre	17	9,7	10,4
>=80 Jahre	2	1,1	1,2
keine Angabe	12	6,8	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 20: FB1-F83: Geschlecht des Angehörigen/Betreuenden

	N	%	%*
männlich	41	23,3	24,3
weiblich	128	72,7	75,7
keine Angabe	7	4,0	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 21: FB1-F4: Zeitpunkt des letzten Arztbesuchs (Vergleich mit DEGS)

	Stichprobe			DEGS			Chi ² -Test (p-Value)
	N	%	%*	N	%	%*	
max. 4 Wochen	87	49,43	50,3	2716	34	34,5	0,000**
vor 1 - 3 Monaten	56	31,82	32,4	2202	27,57	28,0	
vor 4 bis 12 Monaten	22	12,5	12,7	2138	26,77	27,2	
vor 1 bis 5 Jahren	7	3,98	4,0	696	8,72	8,8	
vor mehr als 5 Jahren	1	0,57	0,6	115	1,44	1,5	
keine Angabe	3	1,7	x	120	1,5	x	
Gesamtsumme	176	100	100	7987	100	100	

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

** signifikant

Anhangstabelle 22: Zeitpunkt des letzten Arztbesuchs nach Geschlecht

	männlich	weiblich	Chi ² -Test
während der letzten 4 Wochen	44	43	
vor 1 Monat bis zu 3 Monaten	34	22	
vor 4 bis zu 12 Monaten	19	3	
vor mehr als 12 Monaten bis zu 5 Jahren	7	0	
vor mehr als 5 Jahren	0	1	
keine Angabe	3	0	

* signifikant

Anhangstabelle 23: FB1-F5: Hausarzt vorhanden? (Vergleich Stichprobe mit DEGS)

	Stichprobe			DEGS			Chi ² -Test (p-Value)
	N	%	%*	N	%	%*	
Nein	5	2,8	2,9	828	10,4	10,6	0,001**
Ja	170	96,6	97,1	6986	87,5	89,4	
keine Angabe	1	0,6	x	173	2,2	x	
Gesamtsumme	176	100	100,0	7987	100	100,0	

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

**signifikant

Anhangstabelle 24: FBI-F6: Arztbesuch in den letzten 12 Monaten

	Stichprobe			DEGS		
	N	%	Mittlere Anzahl	N	%	Mittlere Anzahl
Arzt für Allgemeinmedizin	159	90,3	3,6	6196	77,57	2,86
Internist	36	20,5	0,6	1238	15,5	0,38
Gynäkologe	47 (von 69)	68,1	0,6	3144 (von 4198)	74,9	0,89
Augenarzt	75	42,6	0,8	1885	23,6	0,36
Orthopäde	54	30,7	0,7	1625	20,34	0,53
Hals-Nasen-Ohrenarzt	79	44,9	0,9	1310	16,4	0,32
Nervenarzt, Psychiater, Neurologe	67	38,1	1,1	552	6,91	0,23
Psychotherapeut	3	1,7	0,9	329	4,12	0,45
Chirurg	11	6,3	0,2	815	10,2	0,21
Hautarzt	55	31,3	0,7	1624	20,33	0,41
Röntgenarzt, Radiologe	30	17,0	0,2	1313	16,44	0,29
Urologe	24	13,6	0,3	616	7,71	0,14
sonstiger Arzt	15	8,5	1,6	118	1,48	0,04
Zahnarzt	121	68,8	0,2	5763	72,16	1,61

Anhangstabelle 25: FBI-F7a: Inanspruchnahme von Ambulanzen (Vergleich mit DEGS)

	Stichprobe			DEGS			Chi ² -Test (p-Value)
	N	%	%*	N	%	%*	
Nein	129	73,3	75,4	6377	79,8	81,7	0,038**
Ja	42	23,9	24,6	1433	17,9	18,3	
keine Angabe	5	2,8	x	177	2,2	x	
Gesamtsumme	176	100	100	7987	100	100	

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

**signifikant

Anhangstabelle 26: FB1-7b: Häufigkeit der Inanspruchnahme von Ambulanzen

	Stichprobe (N=42)			DEGS (N=1433)		
	N	%	%*	N	%	%*
1 mal	18	42,9	46,2	964	67,2	70,8
2 mal	10	23,8	25,6	249	17,4	18,3
3 mal	5	11,9	12,8	61	4,2	4,5
4 mal	3	7,1	7,7	31	2,2	2,3
5 mal	1	2,4	2,6	6	0,4	0,5
6 mal	1	2,4	2,6	11	0,8	0,8
mehr als 6 mal	1	2,4	2,6	38	2,7	2,8
keine Angabe	3	7,1	x	72	5,0	5,3
Gesamtsumme	42	100,0	100	1433	100,0	100

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 27: FB1-F8a: Behandlung in Spezialambulanzen?

	N	%	%*
nein	100	56,8	78,7
ja	27	15,3	21,3
keine Angabe	49	27,8	x
Gesamtsumme	176	100,0	100

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 28: FB1-F8b: Art der Spezialambulanzen

	N	%
Spina bifida-Ambulanz	1	3,7
Heilpädagogische Ambulanz	1	3,7
Neurologische Ambulanz	10	37,0
Orthopädische Ambulanz	9	33,3
Sprachheilambulanz	1	3,7
andere	15	55,6

Anhangstabelle 29: FB1-F9a: Krankenhausaufenthalte (im Vergleich mit DEGS)

	Stichprobe			DEGS			Chi ² -Test (p-Value)
	N	%	%*	N	%	%*	
Nein	141	80,1	82,9	6855	85,8	87,7	0,062**
Ja	29	16,5	17,1	960	12,0	12,3	
keine Angabe	6	3,4	x	172	2,1	x	
Gesamtsumme	176	100,0	100,0	7987	100,0	100,0	

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

** signifikant

Anhangstabelle 30: FBI-F9b: Anzahl Krankenhausnächte

	Stichprobe (N=29)		DEGS (N=960)	
	N	%	N	%
2 bis 3 Tage	9	31,0	300	31,3
4 bis 5 Tage	6	20,7	203	21,1
6 bis 7 Tage	5	17,2	113	11,8
8 bis 9 Tage	1	3,4	73	7,6
10 bis 12 Tage	2	6,9	107	11,1
mehr als 12 Tage	6	20,7	164	17,1
Gesamtsumme	29	100,0	960	100,0

Anhangstabelle 31: FBI-F10a: Hat betreute Person eine Therapie besucht?

	N	%	%*
keine	62	35,2	37,3
ja	104	59,1	62,7
keine Angabe	10	5,7	x
Gesamtsumme	176	100,0	100

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 32: FBI-F10b: Art der besuchten Therapie

	N	%
Physiotherapie	32	30,8
Krankengymnastik	62	59,6
Ergotherapie	21	20,2
Logopädie	17	16,3
Massagen	7	6,7
Fango	1	1,0
Elektrotherapie	0	0,0
therapeutisches Reiten	4	3,8
Musiktherapie	5	4,8
Kunsttherapie	4	3,8
Bewegungsbad/Schwimmen	8	7,7
andere	25	24,0

Anhangstabelle 33: FBI-F11a: Werden Therapieverordnungen ausreichend ausgestellt?

	N	%	%*
nein	28	15,9	17,6
ja	61	34,7	38,4
zurzeit werden keine Rezepte benötigt	55	31,3	34,6
kann ich nicht beurteilen	15	8,5	9,4
keine Angabe	17	9,7	x
Gesamtsumme	176	100	100

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 34: FBI-F11b: Schwierigkeiten bei der Bewilligung?

	N	%	%*
keine	11	39,3	40,7
ja	16	57,1	59,3
keine Angabe	1	3,6	x
Gesamtsumme	28	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 35: FBI-F11c: Therapien, für die Verordnungen fehlen

	N	%
Physiotherapie	2	7,1
Krankengymnastik	6	21,4
Ergotherapie	2	7,1
Logopädie	1	3,6
Massagen	2	7,1
Fango	0	0,0
Elektrotherapie	0	0,0
therapeutisches Reiten	6	21,4
Musiktherapie	2	7,1
Kunsttherapie	1	3,6
Bewegungsbad/Schwimmen	5	17,9
andere	2	7,1

Anhangstabelle 36: FBI-F12a: Werden zusätzliche Therapien benötigt?

	N	%	%*
keine	61	34,7	43,9
ja	78	44,3	56,1
keine Angabe	37	21	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 37: FB1-F12b: Zusätzlich benötigte Therapien

	N	%
Physiotherapie	13	16,7
Krankengymnastik	23	29,5
Ergotherapie	13	16,7
Logopädie	9	11,5
Massagen	18	23,1
Fango	2	2,6
Elektrotherapie	0	0,0
therapeutisches Reiten	12	15,4
Musiktherapie	12	15,4
Kunsttherapie	3	3,8
Bewegungsbad/Schwimmen	37	47,4
andere	7	9,0

Anhangstabelle 38: FB1-F13: Besuch bei Augenarzt bzw. Optiker

	N	%	%*
Nein	39	22,2	22,5
ja, innerhalb der letzten 12 Monate	87	49,4	50,3
ja, innerhalb der letzten 2 Jahre	25	14,2	14,5
ja, innerhalb der letzten 5 Jahre	8	4,5	4,6
ja, vor mehr als 5 Jahren	10	5,7	5,8
weiß ich nicht	4	2,3	2,3
keine Angabe	3	1,7	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 39: FB1-F14: Sehhilfe vorhanden? (Vergleich mit DEGS)

	Stichprobe			DEGS			Chi ² -Test (p-Value)
	N	%	%*	N	%	%*	
Nein	78	44,3	44,6	3019	37,8	38,5	0,102
Ja	97	55,1	55,4	4824	60,4	61,5	
keine Angabe	1	0,6	x	144	1,8	x	
Gesamtsumme	176	100	100,0	7987	100,0	100,0	

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 40: FBI-F15a: Überprüfung der Sehfähigkeit stattgefunden?

	N	%	%*
Nein	34	19,3	19,4
ja, innerhalb der letzten 12 Monate	73	41,5	41,7
ja, innerhalb der letzten 2 Jahre	28	15,9	16,0
ja, innerhalb der letzten 5 Jahre	17	9,7	9,7
ja, vor mehr als 5 Jahren	15	8,5	8,6
weiß ich nicht	8	4,5	4,6
keine Angabe	1	0,6	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 41: FBI-F15b: Überprüfung Sehfähigkeit wurde durchgeführt von ...

	N	%	%*
Augenarzt	107	80,5	84,9
Optiker	15	11,3	11,9
Hausarzt	1	0,8	0,8
Sonstiger	2	1,5	1,6
weiß ich nicht	1	0,8	0,8
keine Angabe	7	5,3	x
Gesamtsumme	133	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 42: Besuch bei Hals-Nasen-Ohrenarzt

	N	%	%*
Nein	54	30,7	31,8
ja, innerhalb der letzten 12 Monate	75	42,6	44,1
ja, innerhalb der letzten 2 Jahre	16	9,1	9,4
ja, innerhalb der letzten 5 Jahre	11	6,3	6,5
ja, vor mehr als 5 Jahren	9	5,1	5,3
weiß ich nicht	5	2,8	2,9
keine Angabe	6	3,4	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 43: FB1-F17: Hörhilfe vorhanden? (Vergleich mit DEGS)

	Stichprobe			DEGS			Chi ² -Test (p-Value)
	N	%	%*	N	%	%*	
Nein	155	88,1	89,6	7691	96,3	98,2	0,000**
Ja	18	10,2	10,4	144	1,8	1,8	
keine Angabe	3	1,7	x	152	1,9	x	
Gesamtsumme	176	100	100,0	7987	100,0	100,0	

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

** signifikant

Anhangstabelle 44: FB1-F18a: Hat eine Überprüfung der Hörfähigkeit stattgefunden?

	N	%	%*
Nein	85	48,3	49,4
ja, innerhalb der letzten 12 Monate	27	15,3	15,7
ja, innerhalb der letzten 2 Jahre	15	8,5	8,7
ja, innerhalb der letzten 5 Jahre	5	2,8	2,9
ja, vor mehr als 5 Jahren	30	17	17,4
weiß ich nicht	10	5,7	5,8
keine Angabe	4	2,3	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 45: FB1-F18b: Überprüfung Hörfähigkeit wurde durchgeführt von...

	N	%
Hals-Nasen-Ohrenarzt	61	79,2
Akustiker	6	7,8
Hausarzt	2	2,6
Sonstiger	8	10,4
Gesamtsumme	77	100,0

Anhangstabelle 46: FB1-F19a: Werden verordnete medizinische Hilfsmittel benötigt?

	N	%	%*
Nein	75	42,6	43,1
Ja	97	55,1	55,7
weiß ich nicht	2	1,1	1,1
keine Angabe	2	1,1	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 47: FBI-F19b: Benötigte medizinische Hilfsmittel ausreichend verordnet?

	N	%
ja, immer	65	67
Meistens	23	23,7
Selten	1	1
Nie	3	3,1
nicht einschätzbar	5	5,2
Gesamtsumme	97	100

Anhangstabelle 48: FBI-F23: Empfehlungen zur Krebsvorsorge bekannt?

	N	%	%*
nein	32	18,2	18,5
ja	141	80,1	81,5
keine Angabe	3	1,7	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 49: FBI-F23: Bekanntheit der Krebsvorsorge und Migrationshintergrund

Empfehlungen zur Krebsvorsorge bekannt	kein Migrationshintergrund	Migrationshintergrund	keine Angabe	Chi ² -Test
nein	16 (12%)	16 (40%)	0	0,002*
ja	116 (86%)	24 (60%)	1	
keine Angabe	3 (2%)	0	0	

*signifikant

Anhangstabelle 50: FBI-23: Bekanntheit der Empfehlungen zur Krebsvorsorge

	Stichprobe			DEGS			Chi ² -Test (p-Value)
	N	%	%*	N	%	%*	
nein	32	18,2	18,5	1735	21,7	21,8	0,292
ja	141	80,1	81,5	6210	77,8	78,2	
keine Angabe	3	1,7	x	42	0,5	x	
Gesamtsumme	176	100	100,0	7987	100,0	100,0	

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 51: FB1-F24: Jemals Teilnahme an Ganzkörperuntersuchung der Haut

	Stichprobe			DEGS			Chi ² -Test (p-Value)
	N	%	%*	N	%	%*	
Nein	44	42,7	48,4	2813	60,3	63,4	0,003**
Ja	47	45,6	51,6	1624	34,8	36,6	
weiß nicht/keine Angabe	12	11,7	x	228	4,9	x	
Gesamtsumme	103	100	100,0	4665	100,0	100,0	

*ohne Berücksichtigung "weiß nicht"/"keine Angabe"

**signifikant

Anhangstabelle 52: Teilnahme Untersuchung der Haut und Wohnform

	alleine	bei Angehörigen	stationär (Wohnheim)
nein	7 (64%)	11 (55%)	18 (38%)
ja, innerhalb der letzten 2 Jahre	4 (36%)	4 (20%)	24 (50%)
ja, innerhalb der letzten 3 Jahre	0	4 (20%)	2 (4%)
ja, innerhalb der letzten 10 Jahre	0	0	0
vor mehr als 10 Jahren	0	1 (5%)	0
keine Angabe	0	0	2 (4%)
weiß nicht	0	0	2 (4%)

Anhangstabelle 53: FB1-F24: Teilnahme an Stuhluntersuchung des Enddarms

	Stichprobe			DEGS			Chi ² -Test (p-Value)
	N	%	%*	N	%	%*	
Nein	17	33,3	47,2	464	19,8	20,9	0,000**
Ja	19	37,3	52,8	1760	75,1	79,1	
weiß nicht/keine Angabe	15	29,4	x	119	5,1	x	
Gesamtsumme	51	100	100,0	2343	100,0	100,0	

*ohne Berücksichtigung "weiß nicht"/"keine Angabe"

**signifikant

Anhangstabelle 54: FBI-F24: Letzte Stuhluntersuchung (Vergleich mit DEGS)

	Stichprobe			DEGS		
	N	%	%*	N	%	%*
nein	17	33,3	47,2	464	19,8	20,9
ja, innerhalb der letzten 12 Monate	10	19,6	27,8	792	33,8	35,6
ja, innerhalb der letzten 2 Jahre	3	5,9	8,3	408	17,4	18,3
ja, innerhalb der letzten 3 Jahre	3	5,9	8,3	180	7,7	8,1
ja, innerhalb der letzten 10 Jahre	2	3,9	5,6	291	12,4	13,1
vor mehr als 10 Jahren	1	2	2,8	89	3,8	4,0
weiß nicht/keine Angabe	15	29,4	x	119	5,1	x
Gesamtsumme	51	100	100	2343	100,0	100

*ohne Berücksichtigung "weiß nicht"/"keine Angabe"

Anhangstabelle 55: FBI-F24: Teilnahme Darmspiegelung (Vergleich mit DEGS)

	Stichprobe			DEGS			Chi ² -Test (p-Value)
	N	%	%*	N	%	%*	
Nein	13	46,4	61,9	535	37,1	39,2	0,059
Ja	8	28,6	38,1	831	57,7	60,8	
weiß nicht/keine Angabe	7	25	x	76	5,3	x	
Gesamtsumme	28	100	100,0	1442	100,0	100,0	

*ohne Berücksichtigung "weiß nicht"/"keine Angabe"

Anhangstabelle 56: FBI-F24: Letzte Teilnahme an Darmspiegelung

	Stichprobe			DEGS		
	N	%	%*	N	%	%*
nein	13	46,4	61,9	535	37,1	39,2
ja, innerhalb der letzten 12 Monate	3	10,7	14,3	173	12,0	12,7
ja, innerhalb der letzten 2 Jahre	2	7,1	9,5	174	12,1	12,7
ja, innerhalb der letzten 3 Jahre	1	3,6	4,8	151	10,5	11,1
ja, innerhalb der letzten 10 Jahre	1	3,6	4,8	274	19,0	20,1
vor mehr als 10 Jahren	1	3,6	4,8	59	4,1	4,3
weiß nicht/keine Angabe	7	25	x	76	5,3	x
Gesamtsumme	28	100	100	1442	100,0	100

*ohne Berücksichtigung "weiß nicht"/"keine Angabe"

Anhangstabelle 57: FB1-F24: Teilnahme Krebsabstrich (Gebärmutterhals)

	Stichprobe			DEGS		
	N	%	%*	N	%	%*
Nein	26	37,7	43,3	436	10,4	11,3
Ja	34	49,3	56,7	3429	81,7	88,7
Weiß nicht/keine Angabe	9	13	x	332	7,9	x
Gesamtsumme	69	100	100,0	4197	100,0	100,0

*ohne Berücksichtigung "weiß nicht"/"keine Angabe"

Anhangstabelle 58: FB1-F24: Letzte Teilnahme Krebsabstrich (Gebärmutterhals)

	Stichprobe			DEGS		
	N	%	%*	N	%	%*
nein	26	37,7	43,3	436	10,4	11,3
ja, innerhalb der letzten 12 Monate	28	40,6	46,7	2447	58,3	63,3
ja, innerhalb der letzten 2 Jahre	4	5,8	6,7	550	13,1	14,2
ja, innerhalb der letzten 3 Jahre	2	2,9	3,3	151	3,6	3,9
ja, innerhalb der letzten 10 Jahre	0	0	0,0	189	4,5	4,9
vor mehr als 10 Jahren	0	0	0,0	92	2,2	2,4
weiß nicht/keine Angabe	9	13	x	332	7,9	x
Gesamtsumme	69	100	100	4197	100,0	100

*ohne Berücksichtigung "weiß nicht"/"keine Angabe"

Anhangstabelle 59: FB1-F24: Teilnahme Tastuntersuchung Brust (Vergleich mit DEGS)

	Stichprobe			DEGS			Chi ² -Test (p-Value)
	N	%	%*	N	%	%*	
Nein	5	10,9	12,5	71	2,3	2,5	0,001**
Ja	35	76,1	87,5	2752	89,9	97,5	
weiß nicht/keine Angabe	6	13,1	x	239	7,8	x	
Gesamtsumme	46	100	100,0	3062	100,0	100,0	

*ohne Berücksichtigung "weiß nicht"/"keine Angabe"

**signifikant

Anhangstabelle 60: FB1-F24: Letzte Teilnahme Tastuntersuchung Brust

	Stichprobe			DEGS		
	N	%	%*	N	%	%*
nein	5	10,9	12,5	71	2,3	2,5
ja, innerhalb der letzten 12 Monate	29	63	72,5	2016	65,8	71,4
ja, innerhalb der letzten 2 Jahre	1	2,2	2,5	420	13,7	14,9
ja, innerhalb der letzten 3 Jahre	5	10,9	12,5	126	4,1	4,5
ja, innerhalb der letzten 10 Jahre	0	0	0,0	144	4,7	5,1
vor mehr als 10 Jahren	0	0	0,0	46	1,5	1,6
weiß nicht/keine Angabe	6	13,1	x	239	7,8	x
Gesamtsumme	46	100	100	3062	100,0	100

*ohne Berücksichtigung "weiß nicht"/"keine Angabe"

Anhangstabelle 61: FB1-F24: Teilnahme Mammographie (Vergleich mit DEGS)

	Stichprobe			DEGS			Chi ² -Test (p-Value)
	N	%	%*	N	%	%*	
Nein	4	20	21,1	332	27,6	28,9	0,618
Ja	15	75	78,9	815	67,7	71,1	
weiß nicht/keine Angabe	1	5	x	56	4,7	x	
Gesamtsumme	20	100	100,0	1203	100,0	100,0	

*ohne Berücksichtigung "weiß nicht"/"keine Angabe"

Anhangstabelle 62: FB1-F24: Letzte Teilnahme an Mammographie

	Stichprobe			DEGS		
	N	%	%*	N	%	%*
nein	4	20	21,1	332	27,6	28,9
ja, innerhalb der letzten 12 Monate	10	50	52,6	336	27,9	29,3
ja, innerhalb der letzten 2 Jahre	5	25	26,3	206	17,1	18,0
ja, innerhalb der letzten 3 Jahre	0	0	0,0	75	6,2	6,5
ja, innerhalb der letzten 10 Jahre	0	0	0,0	141	11,7	12,3
vor mehr als 10 Jahren	0	0	0,0	57	4,8	5,0
weiß nicht/keine Angabe	1	5	x	56	4,7	x
Gesamtsumme	20	100	100	1203	100,0	100

*ohne Berücksichtigung "weiß nicht"/"keine Angabe"

Anhangstabelle 63: FBI-FB24: Teilnahme Abtasten der Prostata (Vergleich mit DEGS)

	Stichprobe			DEGS			Chi ² -Test (p-Value)
	N	%	%*	N	%	%*	
Nein	17	38,6	51,5	396	25,4	26,8	0,003**
Ja	16	36,4	48,5	1082	69,5	73,2	
weiß nicht/keine Angabe	11	25	x	80	5,1	x	
Gesamtsumme	44	100	100,0	1558	100,0	100,0	

*ohne Berücksichtigung "weiß nicht"/"keine Angabe"; **signifikant

Anhangstabelle 64: FBI- F25: Angebot der Zahnvorsorge bekannt?

	N	%	%*
nein	13	7,4	7,5
ja	160	90,9	92,5
keine Angabe	3	1,7	X
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 65: FBI-F26: Teilnahme an zahnärztlicher Kontrolluntersuchung

	Stichprobe			DEGS			Chi ² -Test (p-Value)
	N	%	%*	N	%	%*	
Nein	31	17,6	17,9	1621	20,3	20,6	0,396
Ja	142	80,7	82,1	6238	78,1	79,4	
keine Angabe	3	1,7	x	128	1,6	x	
Gesamtsumme	176	100	100,0	7987	100,0	100,0	

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 66: FBI-F27: Angebot Check-up bekannt?

	Stichprobe			DEGS			Chi ² -Test (p-Value)
	N	%	%*	N	%	%*	
nein	39	22,2	23,2	3562	44,6	45,4	0,000**
ja	129	73,3	76,8	4281	53,6	54,6	
keine Angabe	8	4,5	x	144	1,8	x	
Gesamtsumme	176	100	100,0	7987	100,0	100,0	

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe", **signifikant

Anhangstabelle 67: FBI-F28: Teilnahme am Check-up innerhalb der letzten 2 Jahre

	Stichprobe			DEGS		
	N	%	%*	N	%	%*
nein	28	27,2	32,2%	2097	55,6	60,1
ja	59	57,3	67,8%	1390	36,9	39,9
weiß ich nicht/keine Angabe	16	15,5	x	285	7,6	x
Gesamtsumme	103	100	100	3772	100	100

*ohne Berücksichtigung "weiß ich nicht" / "keine Angabe"

Anhangstabelle 68: FBI-F30a: Erinnerung an den Check-Up gewünscht?

	N	%	%*
nein	37	21	22,3
ja	124	70,5	74,7
weiß ich nicht	5	2,8	3,0
keine Angabe	10	5,7	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 69: FBI-F30b: Erinnerung gewünscht durch ... (Vergleich mit KBV)

	Stichprobe			KBV		
	N	%	%*	N	%	%*
gar nicht	37	21,0	23,9	1522	25,0	26,3
Erinnerung durch den Arzt	67	38,1	43,2	3227	53,0	55,8
Erinnerung durch die Krankenversicherung	42	23,9	27,1	1035	17,0	17,9
Erinnerung durch Arzt und Krankenversicherung	9	5,1	5,8	x	x	x
weiß nicht/keine Angabe	21	11,9	x	304	5	x
Gesamtsumme	176	100	100	6089	100	100

*ohne Berücksichtigung "weiß nicht"/"keine Angabe"

Anhangstabelle 70: FBI-F32: Sind die Impfeempfehlungen bekannt?

	N	%	%*
nein	37	21	21,5
ja	135	76,7	78,5
keine Angabe	4	2,3	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 71: FB1-F33a: Regelmäßige Überprüfung des Impfstatus?

	N	%	%*
nein	48	27,3	27,4
ja	93	52,8	53,1
nicht der Hausarzt, sondern ein anderer Arzt	1	0,6	0,6
weiß ich nicht	33	18,8	18,9
keine Angabe	1	0,6	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 72: FB1-F33b: Wurde von Impfungen abgeraten?

Epilepsie (3)	– frühe Impfungen wegen Epilepsie nicht durchgeführt (ärztlicher Ratschlag im Kindesalter) – Epilepsie (Rat seitens des Neurologen) – Epilepsie
Autismus (1)	– ja-Autismus
Impfreaktionen mit Nutzen abgewogen (1)	– Gripeschutzimpfung-zu starke Reaktion, Gebärmutterhals →Impffolge nicht kalkulierbar

Anhangstabelle 73: FB1-F22: Arztbesuch ohne Beschwerden

	N	%	%*
nein	80	45,5	45,7
ja	92	52,3	52,6
weiß ich nicht	3	1,7	1,7
keine Angabe	1	0,6	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 74: Arztbesuch ohne Beschwerden (Angehörige und Beschäftigte FB2-F3)

	Angehörige			Beschäftigte			T-Test
	N	%	%*	N	%	%*	
nein	61	45,9	47,3	32	24,1	27,1	0,009**
ja	68	51,1	52,7	86	64,7	72,9	
keine Angabe	4	3	x	15	11,3	x	

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

**unterschiedliche Einschätzung

Anhangstabelle 75: FB1-F34: Äußerung von Beschwerden

	N	%	%*
nie	26	14,8	15,0
selten	22	12,5	12,7
manchmal	19	10,8	11,0
meistens	35	19,9	20,2
immer	70	39,8	40,5
weiß ich nicht	1	0,6	0,6
keine Angabe	3	1,7	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 76: Äußerung von Beschwerden (Angehörige und Beschäftigte FB2-F4)

	Angehörige			Beschäftigte			T-Test
	N	%	%*	N	%	%*	
nie	9	6,8	6,9	1	0,8	0,8	0,022**
selten	11	8,3	8,4	6	4,5	4,8	
manchmal	14	10,5	10,7	16	12,0	12,9	
meistens	32	24,1	24,4	13	9,8	10,5	
immer	65	48,9	49,6	88	66,2	71,0	
keine Angabe	2	1,5	x	9	6,8	x	

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

**unterschiedliche Einschätzung

Anhangstabelle 77: FB1-F35: Arztbesuch aus eigenem Antrieb

	N	%	%*
nie	84	47,7	49,1
selten	14	8	8,2
manchmal	11	6,3	6,4
meistens	29	16,5	17,0
immer	30	17	17,5
weiß ich nicht	3	1,7	1,8
keine Angabe	5	2,8	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 78: Arztbesuch eigener Antrieb (Angehörige und Beschäftigte FB2-F5)

	Angehörige			Beschäftigte			T-Test
	N	%	%*	N	%	%*	
nie	50	37,6	39,1	67	50,4	53,2	0,621**
selten	12	9,0	9,4	6	4,5	4,8	
manchmal	11	8,3	8,6	5	3,8	4,0	
meistens	27	20,3	21,1	13	9,8	10,3	
immer	28	21,1	21,9	35	26,3	27,8	
keine Angabe	5	3,8	x	7	5,3	x	

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

**gleiche Einschätzung

Anhangstabelle 79: FBI-F1: Form der Unterstützung

	N	%
ich vereinbare üblicherweise die Arzttermine	112	63,6
ich vereinbare manchmal die Arzttermine	30	17,0
ich begleite die von mir betreute Person üblicherweise zu den Arztbesuchen	107	60,8
ich begleite die von mir betreute Person manchmal zu den Arztbesuchen	36	20,5
ich bin als gesetzlicher Betreuer für die gesundheitlichen Belange eingesetzt	81	46,0

Anhangstabelle 80: FBI-F2a: Begleitung zu Arztbesuchen

	N	%	%*
selbstständig ohne Begleitperson	30	17,0	17,3
mit Begleitperson	128	72,7	74,0
mal mit und mal ohne Begleitperson	13	7,4	7,5
der Arzt kommt zu ihr	2	1,1	1,2
keine Angabe	3	1,7	x
Gesamtsumme	176	100,0	100

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 81: Begleitung zu Arztbesuchen (Angehörige und Beschäftigte FB2-F1a)

	Angehörige			Beschäftigte			T-Test
	N	%	%*	N	%	%*	
selbstständig	29	21,8	22,0	34	25,6	26,0	0,485**
mit Begleitperson	89	66,92	67,4	87	65,4	66,4	
manchmal mit Begleitperson	13	9,77	9,8	9	6,8	6,9	
der Arzt kommt zur ihr	1	0,75	0,8	1	0,8	0,8	
weiß ich nicht/keine Angabe	1	0,75	x	2	1,6	x	

*ohne Berücksichtigung "weiß nicht"/"keine Angabe"

**gleiche Einschätzung

Anhangstabelle 82: FBI-F20: Mobilität des Beschäftigten

	N	%	%*
freies Laufen problemlos	121	68,8	74,2
freies Laufen mit Mühe	19	10,8	11,7
Gehstock	2	1,1	1,2
Rollator	6	3,4	3,7
Rollstuhl	11	6,3	6,7
sonstiges	4	2,3	2,5
keine Angabe	13	7,4	X
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 83: FBI-F36: Wie teilt sich der Beschäftigte mit?

	N	%
mit Worten	126	71,6
mit Worten und Gesten	43	24,4
mit Gesten und Blicken	25	14,2
mit Gebärdensprache	2	1,1
durch Lautieren	12	6,8
durch Körperreaktionen	26	14,8
mit Hilfe von Tafeln	1	0,6
mit Hilfe eines Computers	3	1,7
handschriftlich	1	0,6
sonstiges	9	5,1

Anhangstabelle 84: FB1-F3: Besonderheiten bei der Organisation von Arztbesuchen

	N	%
die von mir betreute Person akzeptiert keine Wartezeit in der Praxis	21	11,9
es wird eine zweite Begleitperson benötigt	9	5,1
Arzttermine überschneiden sich mit der Arbeitszeit	87	49,4
Sonstiges	17	9,7
keine Besonderheiten	78	44,3

Anhangstabelle 85: FB1-37a: Hat Beschäftigter Angst vor Arztbesuchen?

	N	%
nie	75	42,6
selten	37	21
manchmal	48	27,3
meistens	9	5,1
immer	5	2,8
weiß ich nicht	2	1,1
Gesamtsumme	176	100

Anhangstabelle 86: Angst vor Arztbesuchen (Angehörige und Beschäftigte FB2-F6)

	Angehörige			Beschäftigte			T-Test
	N	%	%*	N	%	%*	
nie	61	45,9	45,9	83	62,4	62,9	0,553**
selten	29	21,8	21,8	20	15,0	15,2	
manchmal	34	25,6	25,6	20	15,0	15,2	
meistens	6	4,5	4,5	8	6,0	6,1	
immer	3	2,3	2,3	1	0,8	0,8	
keine Angabe	0	0,0	x	1	0,8	x	

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

**gleiche Einschätzung

Anhangstabelle 87: FB1-F48a: Dauer zwischen Terminvereinbarung und Arztbesuch

	Angehörige		
	N	%	%*
hat sofort einen Termin bekommen	57	32,4	34,5
ein Tag	12	6,8	7,3
2-6 Tage	27	15,3	16,4
1 Woche bis 1 Monat	33	18,8	20,0
über 1 Monat	7	4	4,2
ist ohne Terminvereinbarung zum Arzt	13	7,4	7,9
in dieser Praxis gibt es keine Termine	0	0	0
Termin bei diesem Anliegen nicht notwendig	7	4	4,2
kann mich nicht mehr erinnern/zu lange her	1	0,6	0,6
weiß ich nicht	8	4,5	4,8
keine Angabe	11	6,3	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 88: Dauer zwischen Terminvereinbarung und Arztbesuch (KBV-F9)

	KBV	
	N	%
hat sofort einen Termin bekommen	1563	30
ein Tag	313	6
2-3 Tage	469	9
bis eine Woche	626	12
bis 3 Wochen	678	13
über 3 Wochen	626	12
ist ohne Terminvereinbarung zum Arzt	678	13
in dieser Praxis gibt es keine Termine	104	2
Termin bei diesem Anliegen nicht notwendig	104	2
kann mich nicht mehr erinnern/zu lange her	52	1
weiß ich nicht	0	0
keine Angabe	0	0
Gesamtsumme	5213	100

Anhangstabelle 89: Dauer zwischen Terminvereinbarung und Arztbesuch zu lang?

	Stichprobe			KBV		Chi ² -Test (p-Value)
	N	%	%*	N	%*	
nein	130	73,9	82,3	2189	80,8	0,091
ja	20	11,4	12,7	521	19,2	
weiß ich nicht	8	4,5	5,1	0	0	
keine Angabe	18	10,2	x	0	0	
Gesamtsumme	176	100	100,0	2711	100	

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 90: Wartezeit in der Praxis (Vergleich Stichprobe FB1-F49a und KBV)

	Stichprobe			KBV			Chi ² -Test (p-Value)
	N	%	%*	N	%	%*	
keine Wartezeit	5	2,8	3,2	573	11	11,2	0,013**
bis 15 Min.	57	32,4	36,1	1668	32	32,7	
bis 30 Min.	60	34,1	38,0	1564	30	30,6	
bis 60 Min.	28	15,9	17,7	834	16	16,3	
bis 2 h.	8	4,5	5,1	365	7	7,1	
über 2h	0	0	0,0	104	2	2,0	
keine Angabe	18	10,2	X	104	2	x	
Gesamtsumme	176	100	100,0	5213	100	100,0	

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

** signifikant

Anhangstabelle 91: Wartezeit in der Praxis (Angehörige und Beschäftigte FB2-19a)

	Angehörige			Beschäftigte			T-Test
	N	%	%*	N	%	%*	
keine Wartezeit	2	1,5	1,7	31	23,3	34,1	0,000**
bis 15 Min.	40	30,1	33,6	33	24,8	36,3	
bis 30 Min.	48	36,1	40,3	18	13,5	19,8	
bis 60 Min.	21	15,8	17,6	5	3,8	5,5	
bis 2 h.	8	6,0	6,7	4	3,0	4,4	
keine Angabe	14	10,5	x	42	31,6	x	

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

**unterschiedliche Einschätzung „keine Angabe“

Anhangstabelle 92: FB1-F49b: Wartezeit für Beschäftigten zu lang?

	N	%	%*
nein	123	69,9	72,4
ja	37	21	21,8
weiß ich nicht	10	5,7	5,9
keine Angabe	6	3,4	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 93: Wartezeit f. Beschäftigte zu lang (Beschäftigte FB2-F19b)

	Angehörige			Beschäftigte			T-Test
	N	%	%*	N	%	%*	
nein	96	72,2	78,0	65	48,9	70,7	0,000**
ja	27	20,3	22,0	27	20,3	29,3	
keine Angabe/weiß nicht	10	7,5	x	41	30,8	x	

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe/weiß nicht"

**unterschiedliche Einschätzung „keine Angabe/weiß nicht“

Anhangstabelle 94: Absage eines Arzttermins (Angehörige FB1-F50a und Beschäftigte)

	Angehörige			Beschäftigte			T-Test
	N	%	%*	N	%	%*	
nein	105	78,9	82,7	69	51,9	71,9	0,000**
ja	22	16,5	17,3	27	20,3	28,1	
keine Angabe	6	4,5	x	37	27,8	x	

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe/weiß ich nicht"

**unterschiedliche Einschätzung „keine Angabe/weiß ich nicht“

Anhangstabelle 95: Absage eines Arzttermins (Vergleich KBV)

	Stichprobe			KBV		Chi ² -Test (p-Value)
	N	%	%*	N	%	
nein	136	77,3	78,2	4201	80,2	0,658
ja	30	17	17,2	1035	19,8	
weiß ich nicht	8	4,5	4,6	0	0,0	
keine Angabe	2	1,1	x	0	0,0	
Gesamtsumme	176	100	100,0	5237	100	

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 96: Gründe für Absage eines Arzttermins (Angehörige und Beschäftigte)

	Angehörige (N=22)		Beschäftigte (N=27)		T-Test
	N	%	N	%	
keine Zeit/ andere Termine	10	45,5	8	29,6	0,161
nicht mit der Arbeit vereinbar	4	18,2	0	0,0	x
familiäre Gründe	1	4,5	0	0,0	x
es war keine Begleitperson vorhanden	6	27,3	5	18,5	0,083
gesundheitsbedingt	7	31,8	3	11,1	0,185
Arzt musste nach Hause kommen	1	4,5	1	3,7	0,574*
nicht mehr für notwendig erachtet	2	9,1	1	3,7	0,327
vergessen	5	22,7	4	14,8	0,327
Angst vor Behandlung	1	4,5	0	0,0	0,327
zu einem anderen Arzt gegangen	2	9,1	0	0,0	0,022
kein Vertrauen zum Arzt	1	4,5	1	3,7	0,327
sonstiges	2	9,1	2	7,4	1,000
weiß ich nicht	2	9,1	5	18,5	0,022

*gleiche Einschätzung

Anhangstabelle 97: FBI-F56: Ärzten steht genügend Zeit zur Verfügung

	N	%	%*
trifft zu	35	19,9	20,8
trifft eher zu	45	25,6	26,8
trifft eher nicht zu	69	39,2	41,1
trifft nicht zu	18	10,2	10,7
weiß ich nicht	1	0,6	0,6
keine Angabe	8	4,5	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 98: FBI-F57: Schwierigkeiten spezialisierte Ärzte zu finden

	N	%	%*
trifft zu	45	25,6	27,4
trifft eher zu	70	39,8	42,7
trifft eher nicht zu	34	19,3	20,7
trifft nicht zu	15	8,5	9,1
keine Angabe	12	6,8	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 99: FB1-F58: Beurteilung der medizinischen Versorgung

	N	%	%*
sehr gut	20	11,4	11,8
völlig ausreichend	77	43,8	45,6
mittelmäßig	68	38,6	40,2
schlecht	4	2,3	2,4
keine Angabe	7	4	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 100: FB1-F59: Als gut beurteilte Bereiche der medizinischen Versorgung

	N	%
gute Terminabsprache	93	52,8
wenig Wartezeit	43	24,4
Offenheit im Umgang mit dem behinderten Menschen und dessen Bezugspersonen	90	51,1
gute Information/Beratung	58	33,0
Arzt nimmt sich viel Zeit	52	29,5
gute Diagnostik	46	26,1
andere Aspekte	2	1,1
nichts ist besonders gut	11	6,3

Anhangstabelle 101: Unzufrieden mit Ärzten (Vergleich Stichprobe FB1-F60a mit KBV)

	Stichprobe			KBV		Chi ² -Test (p-Value)
	N	%	%*	N	%	
nein	143	81,3	83,6	4384	79,1	0,181
ja	28	15,9	16,4	1157	20,9	
keine Angabe	5	2,8	x	0	0,0	
Gesamtsumme	176	100	100,0	5541	100,0	

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 102: Haben Sie sich beschwert? (Stichprobe FB1-F60b mit KBV)

	Stichprobe			KBV		Chi ² -Test (p-Value)
	N	%	%*	N	%	
nein	20	71,4	74,1	487	61,5	0,264
ja	7	25	25,9	304	38,4	
keine Angabe	1	3,6	x	0	0,0	
Gesamtsumme	28	100	100,0	792	100,0	

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 103: FBI-F60c: Hauptgründe in % für Unzufriedenheit (Vergleich KBV)

	Stich- probe (N=176)	Stichprobe unzufrieden* (N=28)	KBV unzufrieden* (N=834)
Wartezeit für Termin	10,2	21,4	12,5
Wartezeit beim Arzt/im Wartezimmer	15,9	35,7	12,5
Praxismitarbeiter unhöflich/respektlos	10,8	42,9	6,3
Arzt unhöflich/respektlos	6,3	28,6	12,5
zu wenig Zeit beim Arzt/im Arztzimmer/für Besprechung	13,1	28,6	6,3
Arzt macht keinen Hausbesuch	4,5	10,7	0,0
Behandlung/Behandlungsvorschläge entsprachen nicht Erwartung	5,7	17,9	18,8
von mir gewünschte Behandlung wurde vom Arzt verweigert	1,7	3,6	6,3
falsche Behandlung/falsche Diagnose/Inkompetenz	2,3	7,1	31,3
wurde nicht ernst genommen/Ignoranz	10,8	42,9	18,8
Abrechnung/Honorar/finanzielle Angelegenheiten	0,6	0,0	6,3
Wegstrecke zur Praxis/keine Praxis in der Nähe	1,7	0,0	0,0
Sonstiges	2,8	10,7	6,3

*Befragte gaben an, dass sie sich innerhalb der letzten 12 Monate wegen Ärztinnen/Ärzten beschweren wollten (Frage 60a)

Anhangstabelle 104: FBI-F38a: Schwierigkeiten bei diagnostischen Maßnahmen

	Praktischer Arzt		Neurologe		Frauenarzt		Augenarzt		Orthopäde		Zahnarzt		anderer Facharzt	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
nie	93	58,5	53	58,9	30	50,0	64	52,9	55	64,7	78	52,7	21	48,8
selten	28	17,6	15	16,7	8	13,3	16	13,2	11	12,9	19	12,8	7	16,3
manchmal	26	16,4	12	13,3	8	13,3	15	12,4	10	11,8	21	14,2	10	23,3
meistens	5	3,1	1	1,1	4	6,7	9	7,4	3	3,5	7	4,7	2	4,7
immer	6	3,8	6	6,7	9	15,0	13	10,7	5	5,9	21	14,2	3	7,0
weiß ich nicht	1	0,6	3	3,3	1	1,7	4	3,3	1	1,2	2	1,4	0	0,0
keine Angabe	17	x	86	x	116	x	55	x	91	x	28	x	133	x
Gesamtsumme	176	100	176	100	176	100	176	100	176	100	176	100	176	100

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 105: FBI-F38b: Art der Schwierigkeiten

	Praktischer Arzt	Neurologe	Frauenarzt	Augenarzt	Orthopäde	Zahnarzt	anderer Facharzt
Ängste	17	5	12	9	3	29	7
Kommunikationsschwierigkeiten	42	22	12	24	12	26	10
fehlendes Vertrauen	6	1	5	4	2	9	2
mangelnde Einsichtsfähigkeit des Betroffenen	11	7	2	7	4	12	7
Schmerzen	7	0	4	0	3	8	2
Unruhe	21	16	8	15	8	21	8
Weigerung des Betroffenen	9	2	7	10	1	12	5
andere Schwierigkeiten	6	3	4	9	4	5	2

Anhangstabelle 106: FBI-F38c: Finden Untersuchungen trotz Schwierigkeiten statt?

	Praktischer Arzt		Neurologe		Frauenarzt		Augenarzt		Orthopäde		Zahnarzt		anderer Facharzt	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
nein	4	5,5	3	7,3	2	6,5	6	9,8	3	8,8	6	8,5	2	8,3
selten	1	1,4	0	0,0	0	0,0	1	1,6	1	2,9	0	0,0	0	0,0
ab und zu	2	2,7	2	4,9	2	6,5	3	4,9	2	5,9	5	7,0	0	0,0
meistens	9	12,3	4	9,8	2	6,5	7	11,5	5	14,7	9	12,7	3	12,5
ja, aber unter veränderten Voraussetzungen	21	28,8	10	24,4	14	45,2	16	26,2	10	29,4	18	25,4	8	33,3
ja, immer	36	49,3	21	51,2	11	35,5	28	45,9	13	38,2	33	46,5	11	45,8
weiß ich nicht	0	0,0	1	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
keine Angabe	103	x	135	x	145	x	115	x	142	x	105	x	152	x
Gesamtsumme	176	100	176	100	176	100	176	100	176	100	176	100	176	100

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 107: FBI-F39: Ausführliche Beratung der betreuten Person durch Arzt?

	Praktischer Arzt		Neurologe		Frauenarzt		Augenarzt		Orthopäde		Zahnarzt		anderer Facharzt	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
gar nicht	3	1,9	2	2,8	1	1,8	2	1,8	2	2,9	2	1,4	1	2,7
nicht ausreichend	4	2,6	2	2,8	0	0,0	3	2,7	1	1,4	0	0,0	3	8,1
ja, kurz und knapp	16	10,3	8	11,1	9	16,1	18	16,2	14	20,3	17	12,1	4	10,8
ja, ausführlich	61	39,1	24	33,3	23	41,1	40	36,0	22	31,9	54	38,6	9	24,3
ja, sehr ausführlich	57	36,5	24	33,3	14	25,0	29	26,1	18	26,1	49	35,0	14	37,8
Beratung ausführlich, aber auch einfache Erklärungen versteht die betreute Person nicht	13	8,3	10	13,9	7	12,5	13	11,7	9	13,0	15	10,7	5	13,5
weiß ich nicht	2	1,3	2	2,8	2	3,6	6	5,4	3	4,3	3	2,1	1	2,7
keine Angabe	20	x	104	x	120	x	65	x	107	x	36	x	139	x
Gesamtsumme	176	100	176	100	176	100	176	100	176	100	176	100	176	100

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 108: FB2-F8: Verstehen Sie Ihre Ärztinnen/Ärzte?

	N	%
nein	9	6,6
ja	70	51,5
teilweise	48	35,3
weiß ich nicht	9	6,6
Gesamtsumme	136	100,0

Anhangstabelle 109: FB1-F40: Ausführliche Beratung der Begleitperson durch den Arzt?

	Praktischer Arzt		Neurologe		Frauenarzt		Augenarzt		Orthopäde		Zahnarzt		anderer Facharzt	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
gar nicht	1	0,7	2	2,7	1	2,0	2	2,0	2	2,9	2	1,6	1	2,6
nicht ausreichend	3	2,0	1	1,4	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	7,9
ja, kurz und knapp	16	10,9	15	20,5	8	15,7	19	19,0	17	24,3	21	16,4	2	5,3
ja, ausführlich	53	36,1	22	30,1	23	45,1	36	36,0	25	35,7	44	34,4	12	31,6
ja, sehr ausführlich	73	49,7	33	45,2	16	31,4	40	40,0	24	34,3	60	46,9	20	52,6
weiß ich nicht	1	0,7	0	0,0	2	3,9	3	3,0	2	2,9	1	0,8	0	0,0
keine Angabe	29	x	103	x	125	x	76	x	106	x	48	x	138	x
Gesamtsumme	176	100	176	100	176	100	176	100	176	100	176	100	176	100

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 110: FB1-F51: Probleme beim Aufsuchen der Ärztin/des Arztes

	N	%	%*
überhaupt keine	104	59,1	60,8
wenige	43	24,4	25,1
einige	14	8	8,2
ziemlich viele	4	2,3	2,3
sehr viele	4	2,3	2,3
weiß ich nicht	2	1,1	1,2
keine Angabe	5	2,8	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 111: FBI-F52: Es ist schwierig einen Transportdienst zu organisieren

	N	%	%*
trifft zu	2	1,1	1,2
trifft eher zu	9	5,1	5,4
trifft eher nicht zu	16	9,1	9,5
trifft nicht zu	20	11,4	11,9
diese Situation kam bisher nicht vor	89	50,6	53,0
weiß ich nicht	32	18,2	19,0
keine Angabe	8	4,5	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 112: FBI-F53: Begleitung zum Arzt ist zeitlich schwer

	N	%	%*
trifft zu	8	4,5	4,8
trifft eher zu	17	9,7	10,2
trifft eher nicht zu	59	33,5	35,5
trifft nicht zu	82	46,6	49,4
keine Angabe	10	5,7	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 113: FBI-F54a: Anzahl aufgesuchter Arztpraxen

	N	%	%*
keine Praxis	6	3,4	3,4
eine Praxis	26	14,8	14,9
zwei Praxen	27	15,3	15,5
drei Praxen	50	26,7	28,7
vier Praxen	31	17,6	17,8
fünf Praxen	18	9,7	10,3
sechs Praxen	10	5,7	5,7
sieben Praxen	6	3,4	3,4
keine Angabe	2	1,1	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 114: FBI-F54b: Praxen mit Zugangsproblemen

	N	%	%*
keine Praxis	104	59,1	68,9
eine Praxis	31	17,6	20,5
zwei Praxen	10	5,7	6,6
drei Praxen	5	2,9	3,3
vier Praxen	1	0,6	0,7
keine Angabe	25	14,2	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 115: FBI-F55a: Erreichbarkeit der Hausarztpraxis für Rollstuhlfahrer

	N	%	%*
nein	34	19,3	20,4
ja	111	63,1	66,5
weiß ich nicht	22	12,5	13,2
keine Angabe	9	5,1	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 116: FBI-F55b: Barrieren innerhalb der Hausarztpraxis

	N	%	%*
nein	114	64,8	68,3
ja	29	16,5	17,4
weiß ich nicht	24	13,6	14,4
keine Angabe	9	5,1	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 117: FBI-F55c: Untersuchungsraum für Rollstuhlfahrer zu erreichen?

	N	%	%*
nein	20	11,4	12,0
ja	106	60,2	63,9
weiß ich nicht	40	22,7	24,1
keine Angabe	10	5,7	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 118: FBI-F55d: Sind die Untersuchungsinstrumente höhenverstellbar?

	N	%	%*
nein	13	7,4	8,0
ja	35	19,9	21,5
weiß ich nicht	115	65,3	70,6
keine Angabe	13	7,4	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 119: FBI-F55e: Sanitärbereich für Rollstuhlfahrer ausreichend Platz?

	N	%	%*
nein	43	24,4	26,4
ja	31	17,6	19,0
weiß ich nicht	89	50,6	54,6
keine Angabe	13	7,4	x
Gesamtsumme	176	100	163,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 120: FBI-F55f: Lesbarkeit der Schilder in der Arztpraxis

	N	%	%*
nein	17	9,7	10,2
ja	106	60,2	63,5
weiß ich nicht	44	25	26,3
keine Angabe	9	5,1	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 121: FBI-F55g: Informationsmaterial in Leichter Sprache vorhanden

	N	%	%*
nie	33	18,8	20,0
selten	18	10,2	10,9
manchmal	16	9,1	9,7
meistens	11	6,3	6,7
immer	9	5,1	5,5
weiß ich nicht	78	44,3	47,3
keine Angabe	11	6,3	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 122: FB2-F7: Beschäftigte zufrieden mit den Ärztinnen und Ärzten?

	N	%	%*
nein	1	0,7	0,7
ja	107	78,7	79,3
teilweise	20	14,7	14,8
weiß ich nicht	7	5,1	5,2
keine Angabe	1	0,7	x
Gesamtsumme	136	100,0	100

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 123: FB2-F9: Fühlen sich Beschäftigte von ihren Ärzten verstanden?

	N	%
nein	1	0,7
ja	99	72,8
teilweise	17	12,5
weiß ich nicht	19	14,0
Gesamtsumme	136	100,0

Anhangstabelle 124: FB2-F10: Verbesserung nach Arztterminen

	N	%
nein	2	1,5
ja	97	71,3
teilweise	16	11,8
weiß ich nicht	21	15,4
Gesamtsumme	136	100,0

Anhangstabelle 125: FB2-F11: Werden Vereinbarungen mit den Ärzten eingehalten?

	N	%	%*
nein	1	0,7	0,7
ja	97	71,3	71,9
teilweise	19	14,0	14,1
weiß ich nicht	18	13,2	13,3
keine Angabe	1	0,7	x
Gesamtsumme	136	100,0	100

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 126: FBI-F61: Bekanntheit der Gesundheitsangebote

	N	%	%*
nein	68	38,6	39,8
ja	103	58,5	60,2
keine Angabe	5	2,8	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 127: FBI-F62a: Teilnahme an Maßnahmen (Stichprobe mit DEGS)

	Stichprobe			DEGS			Chi ² -Test (p-Value)
	N	%	%*	N	%	%*	
nein	138	78,4	82,1	6520	81,6	83,4	0,738
ja	30	17,0	17,9	1296	16,2	16,6	
keine Angabe	8	4,5	x	171	2,1	x	
Gesamtsumme	176	100	100,0	7987	100,0	100,0	

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 128: FBI-F62b: Besuchte Maßnahmen und Finanzierung

	Anzahl		Finanzierung		
	N	%	selbst finanziert	fremd finanziert	keine Angabe
Gewichtsreduktion	3	10,0	2	1	0
gesunde Ernährung	7	23,3	2	3	2
Gymnastik	14	46,7	1	11	2
Entspannung oder Stressbewältigung	5	16,7	1	3	1
Fitness/Ausgleichssport	11	36,7	3	6	2
Raucherentwöhnung	0	0,0	0	0	0
Alkoholentwöhnung	0	0,0	0	0	0
Medikamentenentwöhnung	0	0,0	0	0	0
Sonstiges	8	26,7	1	5	2

Anhangstabelle 129: Besuchte Maßnahmen (Angehörige und Beschäftigte FB2-21b)

	Angehörige (N=26)		Beschäftigte (N=73)	
	N	%	N	%
Bewegung im Alltag	18	69,2	66	90,4
gesunde Ernährung	6	23,1	11	15,1
Stress und Entspannung	5	19,2	13	17,8
Rauchen aufhören	0	0,0	0	0,0
Sonstiges	11	42,3	4	5,5

Anhangstabelle 130: Verbesserung Gesundheitszustand (Stichprobe FB1-F62c mit DEGS)

	Stichprobe			DEGS			Chi ² -Test (p-Value)
	N	%	%*	N	%	%*	
nein	8	26,7	26,7	192	14,8	17,9	0,319
ja	22	73,3	73,3	883	68,1	82,1	
keine Angabe	0	0,0	0,0	221	17,1	0,0	
Gesamtsumme	30	100	100,0	1296	100,0	100,0	

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 131: FB2-F21c: Verbesserung des Gesundheitszustandes

	N	%	%*
nein	5	6,8	7,0
ja	49	66,2	69,0
weiß ich nicht	17	23,0	23,9
keine Angabe	3	4,1	x
Gesamtsumme	74	100,0	100

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 132: FB1-F63: Kenntnis über Kostenübernahme für Gesundheitskurse

	N	%	%*
nein	41	23,3	26,8
ja	93	52,8	60,8
weiß ich nicht	19	10,8	12,4
keine Angabe	23	13,1	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 133: FB1-F67: Geeignete Maßnahmen für die betreute Person

	N	%
Gewichtsreduktion	49	27,8
gesunde Ernährung	59	33,5
Gymnastik	69	39,2
Entspannung oder Stressbewältigung	74	42,0
Fitness/Ausgleichssport	74	42,0
Raucherentwöhnung	9	5,1
Alkoholentwöhnung	0	0,0
Medikamentenentwöhnung	0	0,0
sonstiges	7	4,0

Anhangstabelle 134: Interesse an Kursen (Angehörige & Beschäftigte FB2-F24)

	Angehörige		Beschäftigte		T-Test	
	N	%	N	%		
Gewicht abnehmen	40	30,1	34	25,6	0,335	Gleiche Einschätzung
Gesund Essen und Trinken	53	39,8	40	30,1	0,080	Gleiche Einschätzung
Gymnastik	52	39,1	24	18,0	0,000	Unterschiedliche Einschätzung
Entspannung oder Stressbewältigung	56	42,1	29	21,8	0,000	Unterschiedliche Einschätzung
Fitness/Ausgleichsport	62	46,6	32	24,1	0,000	Unterschiedliche Einschätzung
Mit dem Rauchen aufhören	8	6,0	8	6,0	1,000	Gleiche Einschätzung
Weniger oder keinen Alkohol zu trinken	0	0,0	1	0,8	1,000	Gleiche Einschätzung
weniger unnötige Medikamente einnehmen	0	0,0	1	0,8	1,000	Gleiche Einschätzung
Sonstiges	5	3,8	20	15,0	0,001	Unterschiedliche Einschätzung

Anhangstabelle 135: FBI-F66 Wunschteilnehmer für Kurse (Sicht der Angehörigen)

	N	%	%*
Menschen mit Behinderung	35	19,9	21,1
Menschen ohne Behinderung	9	5,1	5,4
Menschen mit und ohne Behinderung	87	49,4	52,4
weiß ich nicht	35	19,9	21,1
keine Angabe	10	5,7	x
Gesamtsumme	176	100,0	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 136: FBI-F66 & FB2-F23: Wunschteilnehmer des Kurses

	Angehörige			Beschäftigte			T-Test
	N	%	%*	N	%	%*	
überwiegend anderen Menschen mit Behinderung	25	18,8	23,6	15	11,3	17,2	0,004
überwiegend anderen Menschen ohne Behinderung	9	6,8	8,5	14	10,5	16,1	
Menschen mit Behinderung und Menschen ohne Behinderung	72	54,1	67,9	58	43,6	66,7	
keine Angabe	27	20,3	x	46	34,6	x	

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 137: FB1-F65: Wunschort für Präventionskurse (Sicht der Angehörigen)

	N	%	%*
in der Werkstatt	103	58,5	62,8
außerhalb der Werkstatt	30	17,0	18,3
egal	22	12,5	13,4
weiß ich nicht	9	5,1	5,5
keine Angabe	12	6,8	x
Gesamtsumme	176	100,0	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 138: FB1-F65: Wunschort für Präventionskurse (Beschäftigte FB2-F22)

	Angehörige			Beschäftigte			T-Test
	N	%	%*	N	%	%*	
in der Werkstatt	74	55,6	64,3	53	39,8	51,0	0,099
außerhalb der Werkstatt	25	18,8	21,7	36	27,1	34,6	
egal	16	12,0	13,9	15	11,3	14,4	
keine Angabe	18	13,5	x	29	21,8	x	

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 139: FB1-F41: Gesundheitszustand (Sicht der Angehörigen)

	N	%	%*
schlecht	4	2,3	2,4
weniger gut	24	13,6	14,4
gut	105	59,7	62,9
sehr gut	28	15,9	16,8
ausgezeichnet	6	3,4	3,6
keine Angabe	9	5,1	x
Gesamtsumme	176	100,0	100

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 140: Gesundheitszustand Fremd- und Selbsteinschätzung (FB2-F12)

	Angehörige			Beschäftigte			T-Test
	N	%	%*	N	%	%*	
schlecht	2	1,5	1,6	6	4,5	4,6	0,164**
weniger gut	19	14,3	15,0	18	13,5	13,7	
gut	79	59,4	62,2	73	54,9	55,7	
sehr gut	21	15,8	16,5	23	17,3	17,6	
ausgezeichnet	6	4,5	4,7	11	8,3	8,4	
keine Angabe	6	4,5	x	2	1,5	x	
Gesamtsumme	133	100	100	133	100	100	

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe" ; **gleiche Einschätzung

Anhangstabelle 141: FB2-F13: Zufrieden mit der Gesundheit

	N	%	%*
nein	9	6,6	6,7
ja	77	56,6	57,0
neutral	40	29,4	29,6
weiß ich nicht	9	6,6	6,7
keine Angabe	1	0,7	x
Gesamtsumme	136	100,0	100

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 142: FB2-F14: Häufig krank?

	N	%	%*
nein	96	70,6	71,1
ja	25	18,4	18,5
weiß ich nicht	14	10,3	10,4
keine Angabe	1	0,7	x
Gesamtsumme	136	100,0	100

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 143: FB1-F42b: Anzahl der Krankheiten

	N	%
keine	28	15,9
eine Krankheit	35	19,9
zwei Krankheiten	35	19,9
drei Krankheiten	30	17,0
vier Krankheiten	21	11,9
mehr als vier Krankheiten	27	15,3
Gesamtsumme	176	100,0

Anhangstabelle 144: FB1-F44a: Lebensbedrohliche Situation durch (zu) späte Diagnose

	N	%	%*
nein	149	84,7	87,6
ja	14	8	8,2
nicht einschätzbar	7	4	4,1
keine Angabe	6	2,8	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 145: FBI-F44c: Eintritt einer dauerhaften Schädigung?

	N	%
nein	7	50
ja	6	42,9
nicht einschätzbar	1	7,1
Gesamtsumme	14	100

Anhangstabelle 146: FBI-F47a: Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten

	N	%	%*
nein, an keinem Tag	46	26,1	27,2
ja	108	61,4	63,9
weiß ich nicht	15	8,5	8,9
keine Angabe	7	4	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 147: FBI-F47b: Anzahl der „Krankheitstage“

	N
1-2 Tage	6
3-4 Tage	7
5-6 Tage	21
7-9 Tage	12
10-14 Tage	19
15-20 Tage	21
mehr als 20 Tage	22

Anhangstabelle 148: FBI-F21: Häufigkeit körperlicher Aktivität (z.B. spazieren gehen)

	N	%	%*
keine Körperliche Betätigung	20	11,4	11,6
an 1-3 Tagen in der Woche weniger als 30 Minuten	42	23,9	24,3
an 1-3 Tagen in der Woche mehr als 30 Minuten	46	26,1	26,6
an 4-7 Tagen in der Woche weniger als 30 Minuten	20	11,4	11,6
an 4-7 Tagen in der Woche mehr als 30 Minuten	40	22,7	23,1
weiß ich nicht	5	2,8	2,9
keine Angabe	3	1,7	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 149: FB2-F15a: Sind Sie körperlich aktiv?

	N	%
nein	55	40,4
ja	76	55,9
weiß ich nicht	5	3,7
Gesamtsumme	136	100,0

Anhangstabelle 150: FB2-F15b: Anzahl der sportlich aktiven Tage

	N	%
1 Tag	24	31,6
1,5 Tage	2	2,6
2 Tage	31	40,8
2,5 Tage	1	1,3
3 Tage	10	13,2
4 Tage	8	10,5

Anhangstabelle 151: FB2-F15c: Dauer der körperlichen Aktivität

	N	%	%*
10 bis unter 30 Minuten	12	15,8	16,0
30 bis unter 60 Minuten	43	56,6	57,3
mehr als 60 Minuten	18	23,7	24,0
weiß ich nicht	2	2,6	2,7
keine Angabe	1	1,3	x
Gesamtsumme	76	100,0	100

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 152: FB2-F16: Häufigkeit sportlicher Betätigung

	N	%	%*
keine sportliche Betätigung	50	36,8	37,6
weniger als 1 Stunde in der Woche	20	14,7	15,0
regelmäßig, 1-2 Stunden in der Woche	43	31,6	32,3
regelmäßig, 2-4 Stunden in der Woche	12	8,8	9,0
regelmäßig, mehr als 4 Stunden in der Woche	6	4,4	4,5
weiß ich nicht	2	1,5	1,5
keine Angabe	3	2,2	x
Gesamtsumme	136	100,0	100

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 153: FB2-F17a: Rauchverhalten

	N	%
nein, ich habe noch nie geraucht	105	77,2
nicht mehr, ich habe aufgehört zu rauchen	17	12,5
ja, gelegentlich	4	2,9
ja, täglich	10	7,4
Gesamtsumme	136	100,0

Anhangstabelle 154: FB2-F17b: Anzahl der Zigaretten

	N	%
1-10 Zigaretten	8	57,1
11-20 Zigaretten	3	21,4
mehr als 20 Zigaretten	2	14,3
Pfeife	1	7,1
Gesamtsumme	14	100,0

Anhangstabelle 155: FB2-F17c: Anzahl der Jahre, die Beschäftigter raucht

	N	%
1-10 Jahre	3	21,4
10-20 Jahre	4	28,6
mehr als 20 Jahre	7	50,0
Gesamtsumme	14	100,0

Anhangstabelle 156: FB2-F17d: Absicht mit dem Rauchen aufzuhören?

	N	%
nein, ich habe nicht vor mit dem Rauchen aufzuhören	5	35,7
ja, ich denke darüber nach mit dem Rauchen aufzuhören	6	42,9
ja, ich habe die feste Absicht mit dem Rauchen aufzuhören	2	14,3
weiß ich nicht	1	7,1
Gesamtsumme	14	100,0

Anhangstabelle 157: FB2-F18: Konsum alkoholischer Getränke

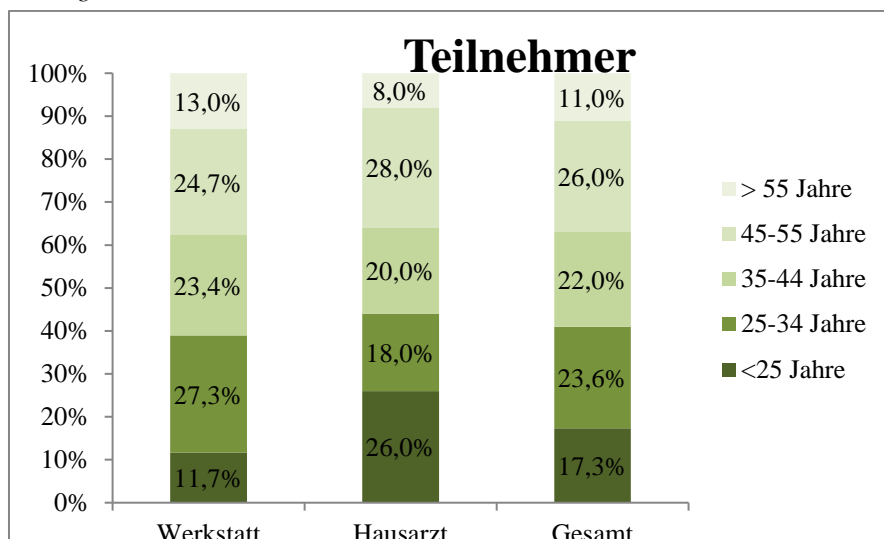
	N	%	%*
nie	59	43,4	44,0
1 mal pro Monat oder seltener	31	22,8	23,1
2-4 mal im Monat	28	20,6	20,9
2-3 mal pro Woche	11	8,1	8,2
4 mal pro Woche oder öfter	2	1,5	1,5
weiß ich nicht	3	2,2	2,2
keine Angabe	2	1,5	x
Gesamtsumme	136	100,0	100

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 158: Untersuchte nach Geschlecht

Ort	Teilnahme?		Geschlecht		Gesamt	Chi ² -Test (p-Wert)
			männlich	weiblich		
Werkstatt	Nein	N	1	1	2	1,000
		%	50,0%	50,0%	100,0%	
	Ja	N	46	31	77	
		%	59,7%	40,3%	100,0%	
	Gesamt	N	47	32	79	
		%	59,5%	40,5%	100,0%	
Hausarzt	Nein	N	36	16	52	0,219
		%	69,2%	30,8%	100,0%	
	Ja	N	28	22	50	
		%	56,0%	44,0%	100,0%	
	Gesamt	N	64	38	102	
		%	62,7%	37,3%	100,0%	
Gesamt	Nein	N	37	17	54	0,243
		%	68,5%	31,5%	100,0%	
	Ja	N	74	53	127	
		%	58,3%	41,7%	100,0%	
	Gesamt	N	111	70	181	
		%	61,3%	38,7%	100,0%	

Anhangstabelle 159: Alter der Untersuchten



Anhangstabelle 160: Alter der Untersuchten und "Nicht-Untersuchten"

Ort	Teilnahme?		Alter					Gesamt	Chi ² -Test (p-Wert)
			<25 Jahre	25-34 Jahre	35-44 Jahre	45-55 Jahre	> 55 Jahre		
Werkstatt	Nein	N	0	0	0	1	1	2	0,549
		%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%	
	Ja	N	9	21	18	19	10	77	
		%	11,7%	27,3%	23,4%	24,7%	13,0%	100,0%	
	Gesamt	N	9	21	18	20	11	79	
		%	11,4%	26,6%	22,8%	25,3%	13,9%	100,0%	
Hausarzt	Nein	N	10	11	7	10	14	52	0,119
		%	19,2%	21,2%	13,5%	19,2%	26,9%	100,0%	
	Ja	N	13	9	10	14	4	50	
		%	26,0%	18,0%	20,0%	28,0%	8,0%	100,0%	
	Gesamt	N	23	20	17	24	18	102	
		%	22,5%	19,6%	16,7%	23,5%	17,6%	100,0%	
Gesamt	Nein	N	10	11	7	11	15	54	0,077
		%	18,5%	20,4%	13,0%	20,4%	27,8%	100,0%	
	Ja	N	22	30	28	33	14	127	
		%	17,3%	23,6%	22,0%	26,0%	11,0%	100,0%	
	Gesamt	N	32	41	35	44	29	181	
		%	17,7%	22,7%	19,3%	24,3%	16,0%	100,0%	

Anhangstabelle 161: Zeit zwischen Aufforderung und Hausarztbesuch

	N	%	%*
1-2 Wochen	9	18,0	20,9
3-4 Wochen	7	14,0	16,3
5-6 Wochen	14	28,0	32,6
> 6 Wochen	13	26,0	30,2
keine Angabe	7	14,0	x
Gesamt	50	100,0	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 162: Rauchverhalten (Werkstattgruppe / Hausarztgruppe)

		nein, noch nie	nicht mehr, hab aufgehört	ja, gelegentlich	ja, täglich	keine Angabe	Chi ² -Test
Werkstatt	N	53	5	2	4	13	0,099
	%	68,8	6,5	2,6	5,2	16,9	
Hausarzt	N	33	9	3	4	1	
	%	66,0	18,0	6,0	8,0	2,0	
Gesamt	N	86	14	5	8	14	
	%	67,7	11,0	3,9	6,3	11,0	

Anhangstabelle 163: Alkoholkonsum (Werkstattgruppe / Hausarztgruppe)

		Nie	1 mal pro Monat oder seltener	2-4 mal im Monat	2-3 mal im Mona	4 mal pro Woche oder öfter	keine Angabe	Chi ² -Test
Werkstatt	N	27	17	15	3	1	14	0,76
	%	35,1	22,1	19,5	3,9	1,3	18,2	
Hausarzt	N	30	9	8	2	0	1	
	%	60,0	18,0	16,0	4,0	0,0	2,0	
Gesamt	N	57	26	23	5	1	15	
	%	44,9	20,5	18,1	3,9	0,8	11,8	

Anhangstabelle 164: Sportliche Betätigung (Werkstattgruppe / Hausarztgruppe)

		keine sportliche Betätigung	weniger als 1 Stunde in der Woche	regelmäßig, 1-2 Stunden in der Woche	regelmäßig, 2-4 Stunden in der Woche	regelmäßig, mehr als 4 Stunden in der Woche	keine Angabe	Chi ² -Test
Werkstatt	N	17	9	28	6	2	15	0,462
	%	22,1	11,7	36,4	7,8	2,6	19,5	
Hausarzt	N	21	8	14	2	2	3	
	%	42,0	16,0	28,0	4,0	4,0	6,0	
Gesamt	N	38	17	42	8	4	18	
	%	29,9	13,4	33,1	6,3	3,1	14,2	

Anhangstabelle 165: Bestehender Impfschutz Tetanus nach Vorgaben der STIKO

		Tetanus			Chi ² -Test
		Nein	Ja	unklar	
Werkstatt	N	10	38	1	0,397
	%	20,4%	77,6%	2,0%	
Hausarzt	N	5	37	0	
	%	11,9%	88,1%	0,0%	
Gesamt	N	15	75	1	
	%	16,5%	82,4%	1,1%	

Anhangstabelle 166: Bestehender Impfschutz Diphtherie

		Diphtherie			Chi ² -Test
		Nein	Ja	unklar	
Werkstatt	N	10	36	3	0,342
	%	20,4%	73,5%	6,1%	
Hausarzt	N	5	36	1	
	%	11,9%	85,7%	2,4%	
Gesamt	N	15	72	4	
	%	16,5%	79,1%	4,4%	

Anhangstabelle 167: Bestehender Impfschutz Keuchhusten

		Keuchhusten			Chi ² -Test
		Nein	Ja	unklar	
Werkstatt	N	19	28	2	0,289
	%	38,8%	57,1%	4,1%	
Hausarzt	N	10	30	2	
	%	23,8%	71,4%	4,8%	
Gesamt	N	29	58	4	
	%	31,9%	63,7%	4,4%	

Anhangstabelle 168: Bestehender Impfschutz Masern

		Masern			Chi ² -Test
		Nein	Ja	unklar	
Werkstatt	N	21	20	8	0,432
	%	42,9%	40,8%	16,3%	
Hausarzt	N	13	23	6	
	%	31,0%	54,8%	14,3%	
Gesamt	N	34	43	14	
	%	37,4%	47,3%	15,4%	

Anhangstabelle 169: Körpergewicht der Teilnehmenden (Vergleich mit DEGS)

	BMI	Beschäftigte		DEGS (gewichtet)		Chi ² -Test (p-Wert)
		N	%	N	%	
Untergewicht	< 18,5	4	3,1	156	2,0	0,000
Normalgewicht	18,5 – 24,9	39	30,7	3403	42,6	
Präadipositas	25-29,9	31	24,4	2269	28,4	
Adipositas Grad 1	30-34,9	21	16,5	939	11,8	
Adipositas Grad 2	35-39,9	12	9,4	249	3,1	
Adipositas Grad 3	≥ 40	11	8,7	115	1,4	
keine Angabe		9	7,1	856	10,7	

Anhangstabelle 170: Verfügt der Teilnehmende über eine Brille?

		Nein	Ja	keine Angabe	Chi ² -Test
Werkstatt	N	29	46	2	0,004
	%	37,7%	59,7%	2,6%	
Hausarzt	N	21	20	9	
	%	42,0%	40,0%	18,0%	
Gesamt	N	50	66	11	
	%	39,4%	52,0%	8,7%	

Anhangstabelle 171: Ergebnis des Sehtests

		ohne Probleme	mit Problemen	Test ist nicht durchführbar	wurde nicht durchgeführt	Chi ² -Test (p-Wert)
Werkstatt	N	45	11	19	2	0,197
	%	58,4%	14,3%	24,7%	2,6%	
Hausarzt	N	29	2	16	3	
	%	58,0%	4,0%	32,0%	6,0%	
Gesamt	N	74	13	35	5	
	%	58,3%	10,2%	27,6%	3,9%	

Anhangstabelle 172: Verdacht auf eine Katarakt

		nein	ja	nicht einschätzbar	keine Angabe	Chi ² -Test
Werkstatt	N	21	2	8	46	0,995
	%	27,3%	2,6%	10,4%	59,7%	
Hausarzt	N	40	3	3	4	
	%	80,0%	6,0%	6,0%	8,0%	
Gesamt	N	61	5	11	50	
	%	48,0%	3,9%	8,7%	39,4%	

Anhangstabelle 173: Abklärung der Sehfähigkeit empfohlen

		nein	ja	nicht einschätzbar	keine Angabe	Chi ² -Test
Werkstatt	N	52	10	11	4	0,548
	%	67,5%	13,0%	14,3%	5,2%	
Hausarzt	N	38	6	3	3	
	%	76,0%	12,0%	6,0%	6,0%	
Gesamt	N	90	16	14	7	
	%	70,9%	12,6%	11,0%	5,5%	

Anhangstabelle 174: Verfügt der Teilnehmende über ein Hörgerät?

		Nein	Ja	keine Angabe	Chi ² -Test
Werkstatt	N	61	14	2	0,01
	%	79,2%	18,2%	2,6%	
Hausarzt	N	48	2	0	
	%	96,0%	4,0%	0,0%	
Gesamt	N	109	16	2	
	%	85,8%	12,6%	1,6%	

Anhangstabelle 175: Hörtest

		ohne Probleme	mit Problemen	Test ist nicht durchführbar	wurde nicht durchgeführt	Chi ² -Test (p-Wert)
Werkstatt	N	42	21	9	5	0,001
	%	54,5%	27,3%	11,7%	6,5%	
Hausarzt	N	40	1	7	2	
	%	80,0%	2,0%	14,0%	4,0%	
Gesamt	N	82	22	16	7	
	%	64,6%	17,3%	12,6%	5,5%	

Anhangstabelle 176: Abklärung Hörfähigkeit empfohlen

		nein	ja	nicht einschätzbar	keine Angabe	Chi ² -Test
Werkstatt	N	42	13	20	2	0,003
	%	54,5%	16,9%	26,0%	2,6%	
Hausarzt	N	44	1	4	1	
	%	88,0%	2,0%	8,0%	2,0%	
Gesamt	N	86	14	24	3	
	%	67,7%	11,0%	18,9%	2,4%	

Anhangstabelle 177: Passform der Schuhe

		zu klein	zu groß	passend	keine Angabe	Chi ² -Test
Werkstatt	N	5	6	63	3	0,003
	%	6,5%	7,8%	81,8%	3,9%	
Hausarzt	N	0	0	44	6	
	%	0,0%	0,0%	88,0%	12,0%	
Gesamt	N	5	6	107	9	
	%	3,9%	4,7%	84,3%	7,1%	

Anhangstabelle 178: Überprüfung der Passform empfohlen

	N	%
Nein	50	64,9
Ja	12	15,6
keine Angabe	8	10,4

Anhangstabelle 179: Druckstelle an den Füßen vorhanden

		Druckstelle			Chi ² -Test
		Nein	Ja	keine Angabe	
Werkstatt	N	57	15	5	0,000
	%	74,0%	19,5%	6,5%	
Hausarzt	N	34	2	14	
	%	68,0%	4,0%	28,0%	
Gesamt	N	91	17	19	
	%	71,7%	13,4%	15,0%	

Anhangstabelle 180: Offene Wunde an den Füßen

		offene Wunde			Chi ² -Test
		Nein	Ja	keine Angabe	
Werkstatt	N	70	4	3	0,000
	%	90,9%	5,2%	3,9%	
Hausarzt	N	37	0	13	
	%	74,0%	0,0%	26,0%	
Gesamt	N	107	4	16	
	%	84,3%	3,1%	12,6%	

Anhangstabelle 181: Eingewachsener Zehennagel

		eingewachsener Zehennagel			Chi ² -Test
		Nein	Ja	keine Angabe	
Werkstatt	N	65	9	3	0,001
	%	84,4%	11,7%	3,9%	
Hausarzt	N	35	2	13	
	%	70,0%	4,0%	26,0%	
Gesamt	N	100	11	16	
	%	78,7%	8,7%	12,6%	

Anhangstabelle 182: Hallux valgus

		Hallux valgus			Chi ² -Test
		Nein	Ja	keine Angabe	
Werkstatt	N	64	10	3	0,001
	%	83,1%	13,0%	3,9%	
Hausarzt	N	33	3	13	
	%	67,3%	6,1%	26,5%	
Gesamt	N	97	13	16	
	%	77,0%	10,3%	12,7%	

Anhangstabelle 183: Fuß-/Nagelpilz

		Fuß-/ Nagelpilz			Chi ² -Test
		Nein	Ja	keine Angabe	
Werkstatt	N	51	21	5	0,003
	%	66,2%	27,3%	6,5%	
Hausarzt	N	31	6	13	
	%	62,0%	12,0%	26,0%	
Gesamt	N	82	27	18	
	%	64,6%	21,3%	14,2%	

Anhangstabelle 184: sonstiger Fußbefund

		Sonstiges			Chi ² -Test
		Nein	Ja	Keine Angabe	
Werkstatt	N	60	14	3	0,002
	%	77,9%	18,2%	3,9%	
Hausarzt	N	33	5	12	
	%	66,0%	10,0%	24,0%	
Gesamt	N	93	19	15	
	%	73,2%	15,0%	11,8%	

Anhangstabelle 185: Weiterbehandlung der FüÙe empfohlen

		Nein	Ja	keine Angabe	Chi ² -Test
Werkstatt	N	42	31	3	0,002
	%	55,3%	40,8%	3,9%	
Hausarzt	N	39	6	5	
	%	78,0%	12,0%	10,0%	
Gesamt	N	81	37	8	
	%	64,3%	29,4%	6,3%	

Anhangstabelle 186: Persönliche Risikofaktoren des Beschäftigten
nicht standardisiert erhoben

	Nein	Ja	keine Angabe
Nikotinabusus	115	10	2
Adipositas	79	45	3
emotionale Belastungsstörung	119	6	2
Alkoholabusus	121	4	2
Bewegungsmangel	101	24	2

Anhangstabelle 187: Befunde (krankhafte Veränderungen) der körperl. Untersuchung

	Nein	Ja	kA
Brustkorb	124	2	1
Herzauskultation	121	5	1
Lungenauskultation	117	9	1
Abdomenpalpation (einschl. Nierenlager)	121	5	1
Fußpulse	124	2	1
Karotisauskultation	126	0	1
Bewegungsapparat	94	32	1
Haut	99	27	1
Sinnesorgane	106	20	1
Nervensystem	109	17	1
Psyche	99	25	3

Anhangstabelle 188: Befund Brustkorb

		Nein	Ja	keine Angabe	Chi ² -Test
Werkstatt	N	76	1	0	0,707
	%	98,7%	1,3%	0,0%	
Hausarzt	N	48	1	1	
	%	96,0%	2,0%	2,0%	
Gesamt	N	124	2	1	
	%	97,6%	1,6%	0,8%	

Anhangstabelle 189: Befund Herzauskultation

		Nein	Ja	keine Angabe	Chi ² -Test
Werkstatt	N	72	5	0	0,066
	%	93,5%	6,5%	0,0%	
Hausarzt	N	49	0	1	
	%	98,0%	0,0%	2,0%	
Gesamt	N	121	5	1	
	%	95,3%	3,9%	0,8%	

Anhangstabelle 190: Befund Lungenauskultation

		Nein	Ja	keine Angabe	Chi ² -Test
Werkstatt	N	69	8	0	0,077
	%	89,6%	10,4%	0,0%	
Hausarzt	N	48	1	1	
	%	96,0%	2,0%	2,0%	
Gesamt	N	117	9	1	
	%	92,1%	7,1%	0,8%	

Anhangstabelle 191: Befund Abdomenpalpation (einschließlich Nierenlager)

		Nein	Ja	keine Angabe	Chi ² -Test
Werkstatt	N	72	5	0	0,066
	%	93,5%	6,5%	0,0%	
Hausarzt	N	49	0	1	
	%	98,0%	0,0%	2,0%	
Gesamt	N	121	5	1	
	%	95,3%	3,9%	0,8%	

Anhangstabelle 192: Befund Fußpulse

		Nein	Ja	keine Angabe	Chi ² -Test
Werkstatt	N	76	1	0	0,707
	%	98,7%	1,3%	0,0%	
Hausarzt	N	48	1	1	
	%	96,0%	2,0%	2,0%	
Gesamt	N	124	2	1	
	%	97,6%	1,6%	0,8%	

Anhangstabelle 193: Befund Karotisauskultation

		Nein	Ja	keine Angabe	Chi ² -Test
Werkstatt	N	77	0	0	0,952
	%	100,0%	0,0%	0,0%	
Hausarzt	N	49	0	1	
	%	98,0%	0,0%	2,0%	
Gesamt	N	126	0	1	
	%	99,2%	0,0%	0,8%	

Anhangstabelle 194: Befund Bewegungsapparat

		Nein	Ja	keine Angabe	Chi ² -Test
Werkstatt	N	59	18	0	0,338
	%	76,6%	23,4%	0,0%	
Hausarzt	N	35	14	1	
	%	70,0%	28,0%	2,0%	
Gesamt	N	94	32	1	
	%	74,0%	25,2%	0,8%	

Anhangstabelle 195: Befund Haut

		Nein	Ja	keine Angabe	Chi ² -Test
Werkstatt	N	53	24	0	0,001
	%	68,8%	31,2%	0,0%	
Hausarzt	N	46	3	1	
	%	92,0%	6,0%	2,0%	
Gesamt	N	99	27	1	
	%	78,0%	21,3%	0,8%	

Anhangstabelle 196: Befund Sinnesorgane

		Nein	Ja	keine Angabe	Chi ² -Test
Werkstatt	N	59	18	0	0,002
	%	76,6%	23,4%	0,0%	
Hausarzt	N	47	2	1	
	%	94,0%	4,0%	2,0%	
Gesamt	N	106	20	1	
	%	83,5%	15,7%	0,8%	

Anhangstabelle 197: Befund Nervensystem

		Nein	Ja	keine Angabe	Chi ² -Test
Werkstatt	N	69	8	0	0,179
	%	89,6%	10,4%	0,0%	
Hausarzt	N	40	9	1	
	%	80,0%	18,0%	2,0%	
Gesamt	N	109	17	1	
	%	85,8%	13,4%	0,8%	

Anhangstabelle 198: Befund Psyche

		Nein	Ja	keine Angabe	Chi ² -Test
Werkstatt	N	65	11	1	0,97
	%	84,4%	14,3%	1,3%	
Hausarzt	N	34	14	2	
	%	68,0%	28,0%	4,0%	
Gesamt	N	99	25	3	
	%	78,0%	19,7%	2,4%	

Anhangstabelle 199: Blutdruckwerte der Teilnehmenden

		bis 140/90	bis 160/95	bis 180/105	keine Angabe	Chi ² -Test
Werkstatt	N	61	13	1	2	0,001
	%	79,2%	16,9%	1,3%	2,6%	
Hausarzt	N	35	4	0	11	
	%	70,0%	8,0%	0,0%	22,0%	
Gesamt	N	96	17	1	13	
	%	75,6%	13,4%	0,8%	10,2%	

Anhangstabelle 200: Blutwerte im Referenzbereich?

		TSH im Referenzbereich?				Glucose im Referenzbereich?				HbA1c im Referenzbereich?									
		Nein	Ja	kA	Chi ² -Test	Nein	Ja	kA	Chi ² -Test	Nein	Ja	kA	Chi ² -Test						
Werkstatt	N	3	67	7	0,584	19	47	11	0,395	12	52	13	0,148						
	%	3,9%	87,0%	9,1%		24,7%	61,0%	14,3%		15,6%	67,5%	16,9%							
Hausarzt	N	3	45	2		0,584	13	34		3	0,395	6		41	3	0,148			
	%	6,0%	90,0%	4,0%			26,0%	68,0%		6,0%		12,0%		82,0%	6,0%				
Gesamt	N	6	112	9			0,584	32		81		14		0,395	18		93	16	0,148
	%	4,7%	88,2%	7,1%				25,2%		63,8%		11,0%			14,2%		73,2%	12,6%	

Anhangstabelle 201: Blutwerte im Referenzbereich? Teil 2

		HDL im Referenzbereich?				LDL im Referenzbereich?				Gesamtcholesterin im Referenzbereich?									
		Nein	Ja	kA	Chi ² -Test	Nein	Ja	kA	Chi ² -Test	Nein	Ja	kA	Chi ² -Test						
Werkstatt	N	23	47	7	0,884	17	41	19	0,33	29	42	6	0,335						
	%	29,9%	61,0%	9,1%		22,1%	53,2%	24,7%		37,7%	54,5%	7,8%							
Hausarzt	N	13	33	4		0,884	11	31		8	0,33	18		31	1	0,335			
	%	26,0%	66,0%	8,0%			22,0%	62,0%		16,0%		36,0%		62,0%	2,0%				
Gesamt	N	36	80	11			0,884	28		72		27		0,33	47		73	7	0,335
	%	28,3%	63,0%	8,7%				22,0%		56,7%		21,3%			37,0%		57,5%	5,5%	

Anhangstabelle 202: Auffälliger Befund bei der Urinuntersuchung?

		Befund					
		Nein	Ja	keine Angabe	Chi ² -Test		
Werkstatt	N	36	20	21	0,006		
	%	46,8%	26,0%	27,3%			
Hausarzt	N	33	3	14		0,006	
	%	66,0%	6,0%	28,0%			
Gesamt	N	69	23	35			0,006
	%	54,3%	18,1%	27,6%			

Anhangstabelle 203: Eiweiß positiv?

		Eiweiß positiv			Chi ² -Test
		Nein	Ja	keine Angabe	
Werkstatt	N	49	7	21	0,315
	%	63,6%	9,1%	27,3%	
Hausarzt	N	34	2	14	
	%	68,0%	4,0%	28,0%	
Gesamt	N	83	9	35	
	%	65,4%	7,1%	27,6%	

Anhangstabelle 204: Ery/Hb positiv?

		Ery/Hb positiv			Chi ² -Test
		Nein	Ja	keine Angabe	
Werkstatt	N	49	7	21	0,315
	%	63,6%	9,1%	27,3%	
Hausarzt	N	34	2	14	
	%	68,0%	4,0%	28,0%	
Gesamt	N	83	9	35	
	%	65,4%	7,1%	27,6%	

Anhangstabelle 205: Leukozyten positiv?

		Leukozyten positiv			Chi ² -Test
		Nein	Ja	keine Angabe	
Werkstatt	N	49	7	21	0,143
	%	63,6%	9,1%	27,3%	
Hausarzt	N	35	1	14	
	%	70,0%	2,0%	28,0%	
Gesamt	N	84	8	35	
	%	66,1%	6,3%	27,6%	

Anhangstabelle 206: Glukose positiv?

		Glukose positiv			
		Nein	Ja	keine Angabe	Chi ² -Test
Werkstatt	N	53	3	21	0,287
	%	68,8%	3,9%	27,3%	
Hausarzt	N	36	0	14	
	%	72,0%	0,0%	28,0%	
Gesamt	N	89	3	35	
	%	70,1%	2,4%	27,6%	

Anhangstabelle 207: Nitrit positiv?

		Nitrit positiv			
		Nein	Ja	keine Angabe	Chi ² -Test
Werkstatt	N	56	0	21	1
	%	72,7%	0,0%	27,3%	
Hausarzt	N	36	0	14	
	%	72,0%	0,0%	28,0%	
Gesamt	N	92	0	35	
	%	72,4%	0,0%	27,6%	

Anhangstabelle 208: Neue Diagnosen

		keine	eine Diagnose	zwei Diagnosen	drei Diagnosen	Chi ² -Test
Werkstatt	N	20	26	20	11	0,000
	%	26,0%	33,8%	26,0%	14,3%	
Hausarzt	N	40	8	2	0	
	%	80,0%	16,0%	4,0%	0,0%	
Gesamt	N	60	34	22	11	
	%	47,2%	26,8%	17,3%	8,7%	

Anhangstabelle 209: Neu diagnostizierte Erkrankungen

	Nein	Ja
Hypertonie	119	8
koronare Herzkrankheit	126	1
arterielle Verschlusskrankheit	126	1
Diabetes mellitus	123	4
Hyperlipidämie	120	7
Nierenerkrankung	127	0
Lungenerkrankung	123	4
orthopädische Erkrankung	105	22
Hauterkrankung	88	39
Erkrankung des Nervensystems	127	1
Erkrankung der Psyche	127	1
andere Krankheit	104	23

Anhangstabelle 210: Neue Diagnose (Untersuchung in der Werkstatt)

	Nein	Ja
Hypertonie	69	8
koronare Herzkrankheit	76	1
arterielle Verschlusskrankheit	77	0
Diabetes mellitus	75	2
Hyperlipidämie	73	4
Nierenerkrankung	77	0
Lungenerkrankung	73	4
orthopädische Erkrankung	56	21
Hauterkrankung	43	34
Erkrankung des Nervensystems	76	1
Erkrankung der Psyche	76	1
andere Krankheit	54	23

Anhangstabelle 211: Neue Diagnose (Untersuchung aufgesuchter Hausarzt)

	Nein	Ja
Hypertonie	50	0
koronare Herzkrankheit	50	0
arterielle Verschlusskrankheit	49	1
Diabetes mellitus	48	2
Hyperlipidämie	47	3
Nierenerkrankung	50	0
Lungenerkrankung	50	0
orthopädische Erkrankung	49	1
Hauterkrankung	45	5
Erkrankung des Nervensystems	50	0
Erkrankung der Psyche	50	0
andere Krankheit	50	0

Anhangstabelle 212: Geschlecht (Anzahl neuer Diagnosen)

	männlich		weiblich	
	N	%	N	%
keine	32	43,2%	28	52,8%
eine Diagnose	16	21,6%	18	34,0%
zwei Diagnosen	16	21,6%	6	11,3%
drei Diagnosen	10	13,5%	1	1,9%
Chi ² -Test	0,022			

Anhangstabelle 213: Wohnformen (Auszug)

	alleine		bei Angehörigen		stationär (Wohnstätte)		Betreutes Wohnen	
	N	%	N	%	N	%	N	%
keine	2	16,7%	29	52,7%	12	36,4%	13	72,2%
eine Diagnose	7	58,3%	10	18,2%	13	39,4%	2	11,1%
zwei Diagnosen	1	8,3%	12	21,8%	6	18,2%	2	11,1%
drei Diagnosen	2	16,7%	4	7,3%	2	6,1%	1	5,6%

Anhangstabelle 214: Anzahl verordneter Maßnahmen (Hausarztgruppe)

	keine Maßnahme	eine Maßnahme	zwei Maßnahmen	drei Maßnahmen
N	38	8	3	1
%	76,0%	16,0%	6,0%	2,0%

Anhangstabelle 215: Verordnete Maßnahmen Teil I

	Ernährungsumstellung		Nikotinentwöhnung		Bewegungstraining	
	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja
N	39	10	48	1	41	8
%	79,6%	20,4%	98,0%	2,0%	83,7%	16,3%

Anhangstabelle 216: Verordnete Maßnahmen II

	Entspannungstechniken		neu verordnete medikamentöse Therapie		sonstiges	
	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja
N	47	2	48	1	44	5
%	95,9%	4,1%	98,0%	2,0%	89,8%	10,2%

Anhangstabelle 217: Fehlende Zähne der Teilnehmenden

Fehlende Zähne	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	13	14	15	17	20	23	25	28
Anzahl der TN	18	5	4	7	1	2	2	3	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2	3

Anhangstabelle 218: Gefüllte Zähne

Gefüllte Zähne	0	1	2	3	4	5	6	7	10	11	12	13	14	15	16	17
Anzahl der TN	12	5	8	5	7	3	4	2	4	4	2	1	1	1	1	1

Anhangstabelle 219: DMFT-Status der zahnärztlich untersuchten Beschäftigten

DMF(T)	Anzahl der TN
0	5
1	2
2	3
3	2
4	4
5	2
6	2
7	2
8	2

DMF(T)	Anzahl der TN
9	1
10	1
11	1
12	2
13	3
14	4
15	2
16	2
17	1

DMF(T)	Anzahl der TN
18	1
20	2
21	4
22	4
23	1
24	1
25	1
26	2
28	4

Anhangstabelle 220: DMFT-Wert (Zahnarzt und Hausarzt)

	DMFT-Wert			
	Zahnarzt		Hausarzt	
	N	%	N	%
0	5	7,0%	5	8,9%
1-5	13	18,3%	7	12,5%
6-10	8	11,3%	7	12,5%
11-15	12	16,9%	2	3,6%
16-20	6	8,5%	2	3,6%
21-25	11	15,5%	0	0,0%
26-28	6	8,5%	1	1,8%
Keine Angabe	10	14,1%	32	57,1%

Anhangstabelle 221: Beurteilung der Sanierungsbedürftigkeit durch Hausarzt

		Ist das Gebiss sanierungsbedürftig?	
		Nein	Ja
Kariöse Läsionen	0	19	0
	1	1	1
	2	1	3
	8	0	1

Anhangstabelle 222: Fehlende Zähne (Vergleich Zahnarzt & Hausarzt)

	Fehlende Zähne			
	Zahnarzt		Hausarzt	
	N	%	N	%
Nein	18	25,4%	15	26,8%
Ja	43	60,6%	15	26,8%
keine Angabe	10*	14,1%	26	46,4%

*die zahnärztliche Untersuchung konnte aus organisatorischen Gründen nicht durchgeführt werden

Anhangstabelle 223: Gefüllte Zähne (Vergleich Zahnarzt & Hausarzt)

	gefüllte Zähne			
	Zahnarzt		Hausarzt	
	N	%	N	%
Nein	12	16,9%	9	16,1%
Ja	49	69,0%	21	37,5%
keine Angabe	10*	14,1%	26	46,4%

*die zahnärztliche Untersuchung konnte aus organisatorischen Gründen nicht durchgeführt werden

Anhangstabelle 224: Teilnahme an zahnärztlichen Kontrollen und DMFT-Wert

		Nimmt die von Ihnen betreute Person regelmäßig, also mindestens einmal pro Jahr, an einer solchen zahnärztlichen Kontrolluntersuchung teil?			
		Nein	Ja	Keine Angabe	Gesamtsumme
DMFT - Wert	0-3	0	12	0	12
	4-7	2	8	0	10
	8-11	1	4	0	5
	12-15	1	10	0	11
	16-19	1	2	0	3
	20-23	4	7	0	11
	24-28	2	5	1	8
Gesamtsumme		11	48	1	60*
mittlerer DMFT-Wert		17,45	11,31	25	12,72
mittleres Alter		42,09	40,33	64	41,26

*Stichprobe sind die zahnärztlich untersuchten Teilnehmenden

Anhangstabelle 225: Kariöse Läsionen nach Ort der Werkstatt

		Ort			Gesamtsumme
		Oberhausen	Witten	Solingen	
DT (D=decayed) kariöse Läsion (Anzahl)	0	8	19	12	39
	1	2	4	3	9
	2	0	1	3	4
	3	1	1	0	2
	4	2	0	0	2
	5	1	2	0	3
	10	0	1	0	1
	13	0	1	0	1
Gesamtsumme		14	29	18	61*
durchschnittliche Anzahl kariöser Läsionen pro Teilnehmenden		1,29	1,45	0,5	1,13
mittleres Alter in Jahren		38,86	44,48	37,94	41,26

*Stichprobe sind die zahnärztlich untersuchten Teilnehmenden

Anhangstabelle 226: DMFT-Wert nach Ort der Werkstatt

		Ort			Gesamtsumme
		Oberhausen	Witten	Solingen	
DMFT - Wert	0-3	3	5	4	12
	4-7	4	4	2	10
	8-11	2	1	2	5
	12-15	0	7	4	11
	16-19	2	2	0	4
	20-23	2	5	4	11
	24-28	1	5	2	8
Gesamtsumme		14	29	18	61*
mittlerer DMFT-Wert		10,79	13,52	12,94	12,72
mittleres Alter		38,86	44,48	37,94	41,26

*Stichprobe sind die zahnärztlich untersuchten Teilnehmenden

Anhangstabelle 227: DMFT-Wert und Alter

		Alter in Jahren*				
		<25 Jahre	25-34 Jahre	35-44 Jahre	45-55 Jahre	>55 Jahre
DMFT - Wert	0-3	3	6	3	0	0
	4-7	2	6	2	0	0
	8-11	0	3	1	1	0
	12-15	0	2	3	5	1
	16-19	0	0	1	2	1
	20-23	0	1	2	6	2
	24-28	0	0	0	6	2

*Stichprobe sind die zahnärztlich untersuchten Teilnehmenden

Anhangstabelle 228: FBI-F29: Halten Sie die Gesundheitsuntersuchung für sinnvoll?

	N	%	%*
nein	2	1,1	1,2
ja	152	86,4	91,6
weiß ich nicht	12	6,8	7,2
keine Angabe	10	5,7	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 229: FBI-F31: (Wunsch)-Ort für die Gesundheitsuntersuchung

	N	%	%*
in der Werkstatt	35	19,9	20,5
in der Praxis	104	59,1	60,8
Egal	30	17	17,5
weiß ich nicht	2	1,1	1,2
keine Angabe	5	2,8	x
Gesamtsumme	176	100	100,0

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 230: Aufgesuchte Hausärzte nach Ort

	Oberhausen	Witten	Solingen
aufgesuchte Hausärztinnen/Hausärzte	14	13	15

Anhangstabelle 231: FB3-F2: Berufl. Kontakt zu Menschen mit geistiger Behinderung

	N	%	%*
seltener	4	9,5	9,8
monatlich	9	21,4	22,0
wöchentlich	15	35,7	36,6
täglich	13	31,0	31,7
keine Angabe	1	2,4	x
Gesamtsumme	42	100,0	100

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

Anhangstabelle 232: Behandlungsmehraufwand bei Menschen mit geistiger Behinderung

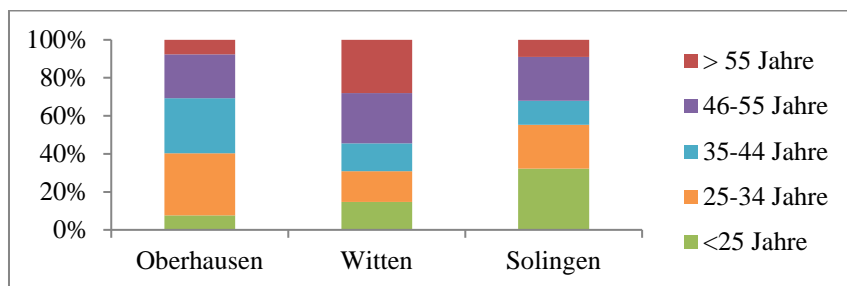
	N	%	%*
bis 25%	20	47,6	52,6
26-50%	11	26,2	28,9
51-75%	1	2,4	2,6
76-100%	4	9,5	10,5
mehr als 100%	2	4,8	5,3
keine Angabe	4	9,5	x
Gesamtsumme	42	100,0	100

*ohne Berücksichtigung "keine Angabe"

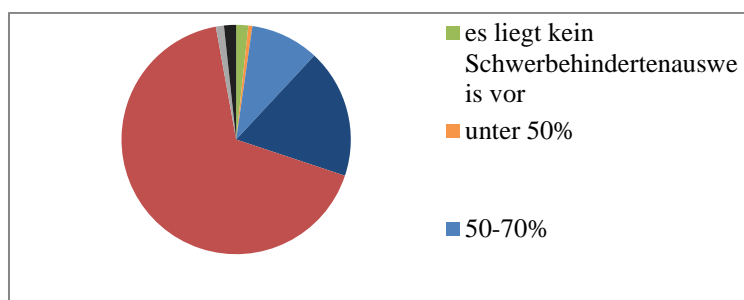
Anhangstabelle 233: FB3-F7: Bewertung verschiedener Aussagen

		trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	keine Angabe
Meine Praxis/mein Arbeitsplatz ist "barrierefrei" im Hinblick auf die räumlichen Gegebenheiten.	N	24	5	6	6	1
	%	57,1%	11,9%	14,3%	14,3%	2,4%
Bei der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung fühle ich mich sicher.	N	18	19	4	0	1
	%	42,9%	45,2%	9,5%	0,0%	2,4%
Ich verstehe die Äußerungen bzw. das Anliegen eines Patienten mit geistiger Behinderung immer.	N	9	17	11	3	2
	%	21,4%	40,5%	26,2%	7,1%	4,8%
Die Untersuchung von Menschen mit geistiger Behinderung empfinde ich als eine große zeitliche Belastung / stellt eine zeitliche Belastung im Praxisablauf dar.	N	5	18	14	3	2
	%	11,9%	42,9%	33,3%	7,1%	4,8%
Ich habe das Gefühl, dass meine Arzthelfer/innen (MFA) sich gut mit dem Umgang von Menschen mit geistiger Behinderung auskennen.	N	12	26	1	1	2
	%	28,6%	61,9%	2,4%	2,4%	4,8%
Ich biete Menschen mit geistiger Behinderung Hausbesuche an.	N	17	9	11	4	1
	%	40,5%	21,4%	26,2%	9,5%	2,4%
Ich befürworte eine Sprechstunde in der Werkstatt für Menschen mit geistiger Behinderung.	N	5	9	22	4	2
	%	11,9%	21,4%	52,4%	9,5%	4,8%
Die Gesundheitsuntersuchung für Menschen mit geistiger Behinderung halte ich für sinnvoll.	N	27	11	3	0	1
	%	64,3%	26,2%	7,1%	0,0%	2,4%
Ich informiere meine Patienten mit geistiger Behinderung über Präventionskurse, die von den Krankenkassen angeboten werden.	N	5	15	13	8	1
	%	11,9%	35,7%	31,0%	19,0%	2,4%
Ich glaube, dass Präventionskurse für Menschen mit geistiger Behinderung von Nutzen sind.	N	17	12	10	1	2
	%	40,5%	28,6%	23,8%	2,4%	4,8%
Ich interessiere mich für Fort- und Weiterbildungsangebote zum Thema "gesundheitliche Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung"	N	12	10	12	6	2
	%	28,6%	23,8%	28,6%	14,3%	4,8%
Die Gebührenordnung / der EBM ermögliche keine adäquate Abrechnung des bei der Behandlung von Patienten mit geistiger Behinderung entstehenden Mehraufwands.	N	26	12	1	1	2
	%	61,9%	28,6%	2,4%	2,4%	4,8%
In meiner Praxis / an meinem Arbeitsplatz gibt es verständliches medizinisches Informationsmaterial für Patienten mit geistiger Behinderung.	N	0	3	23	15	1
	%	0,0%	7,1%	54,8%	35,7%	2,4%
Das Weiterbildungsangebot zum Thema "gesundheitliche Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung" ist ausreichend.	N	1	11	18	10	2
	%	2,4%	26,2%	42,9%	23,8%	4,8%
Meine Praxis / mein Arbeitsplatz ist technisch auf die besonderen Anforderungen in der Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung eingerichtet.	N	6	16	14	5	1
	%	14,3%	38,1%	33,3%	11,9%	2,4%

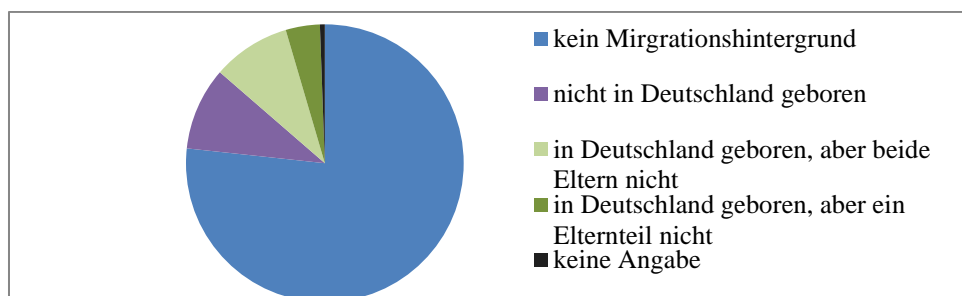
9.2 Ergebnisabbildungen



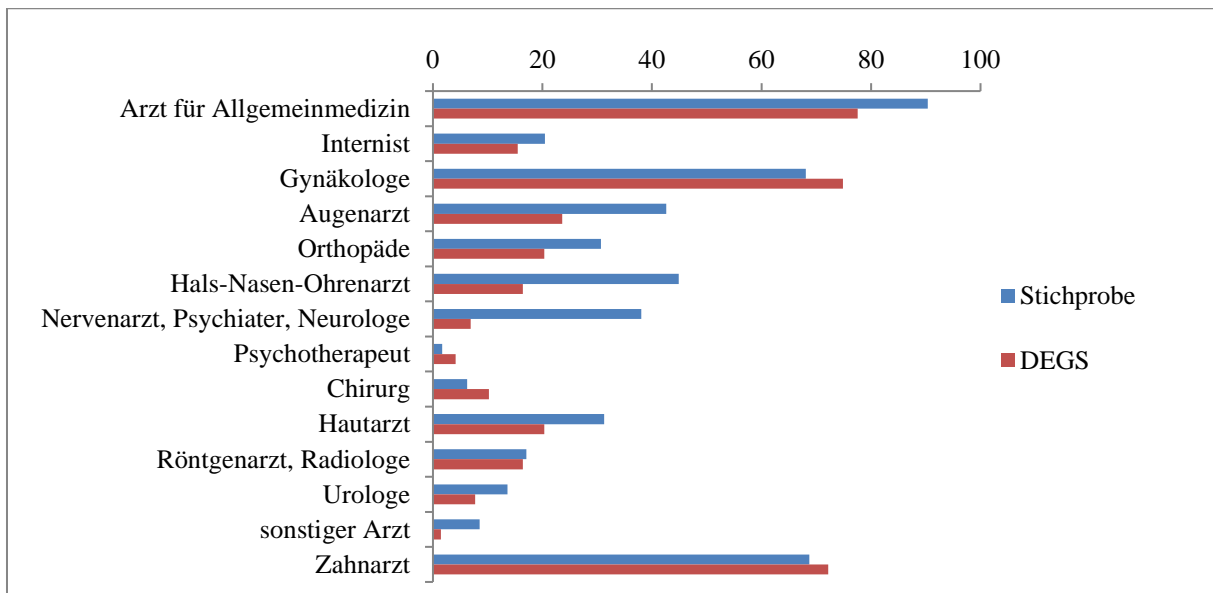
Anhangsabbildung 1: Darstellung der Alterszusammensetzung (Grafik)



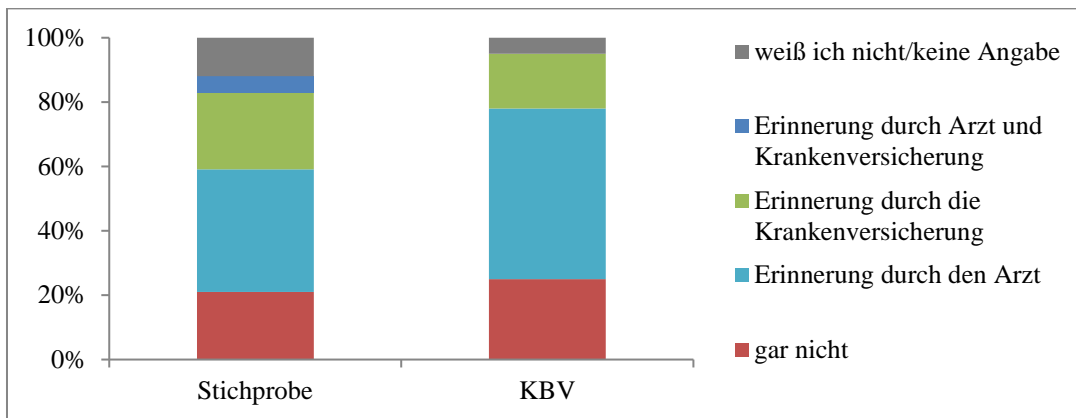
Anhangsabbildung 2: Grad der Behinderung (Grafik)



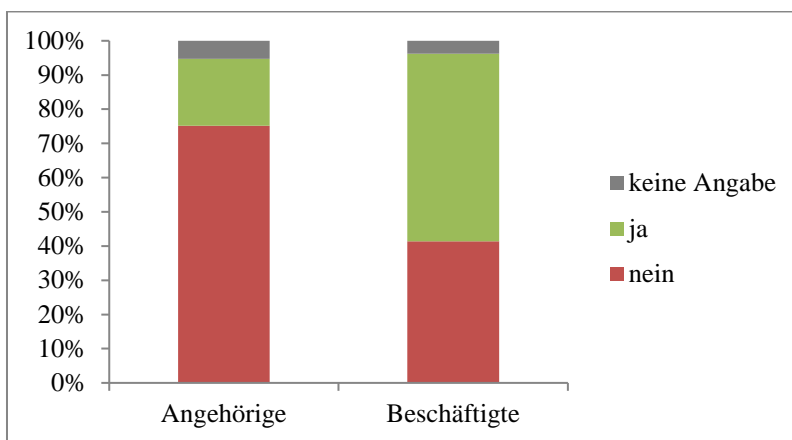
Anhangsabbildung 3: Migrationshintergrund (Grafik)



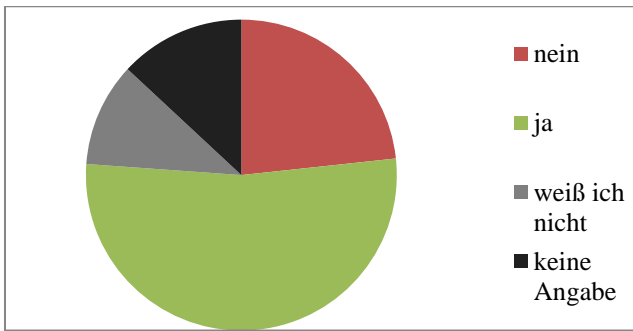
Anhangsabbildung 4: Letzter Arztbesuch im Vergleich mit DEGS (Grafik)



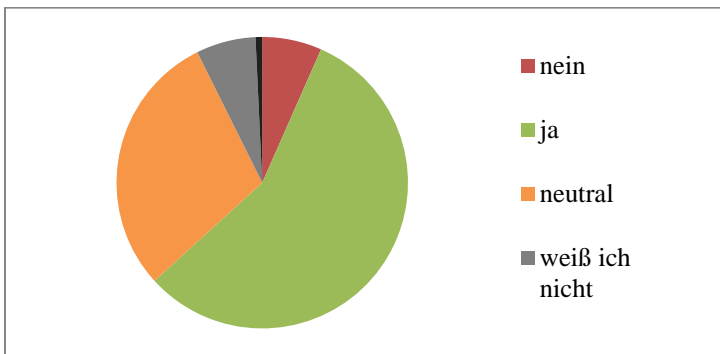
Anhangsabbildung 5: Erinnerung gewünscht durch ... (Grafik)



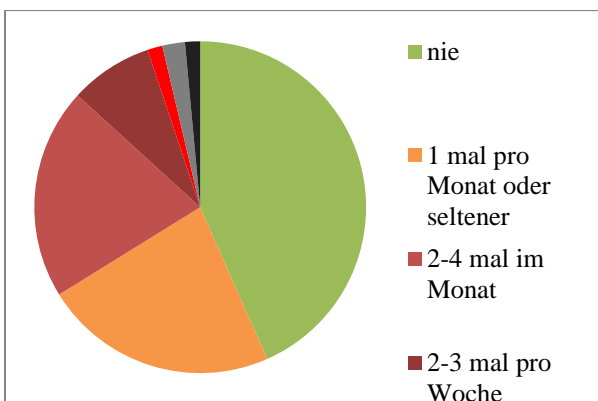
Anhangsabbildung 6: Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen (Grafik)



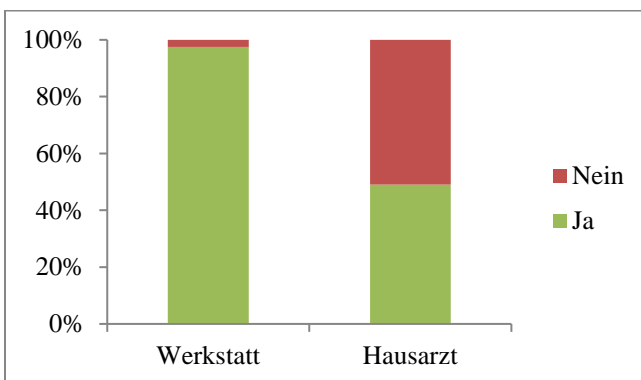
Anhangsabbildung 7: Kenntnis über Kostenübernahme für Gesundheitskurse (Grafik)



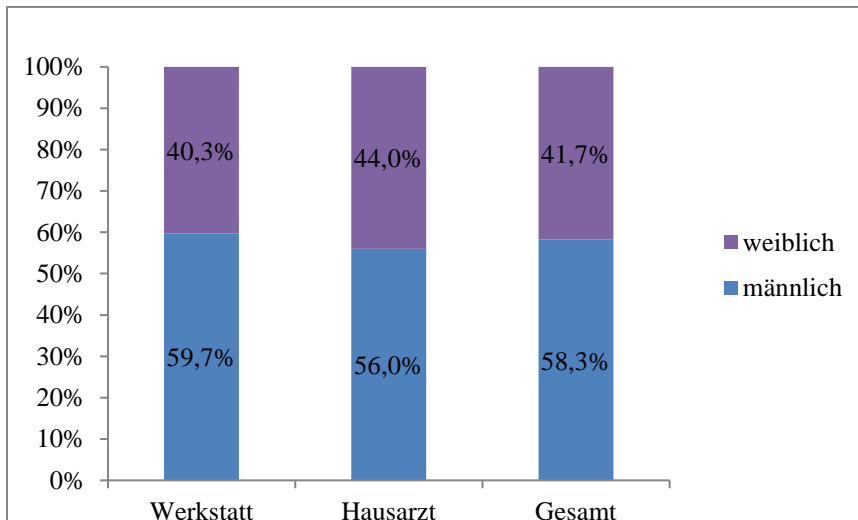
Anhangsabbildung 8: Zufrieden mit eigener Gesundheit (Grafik)



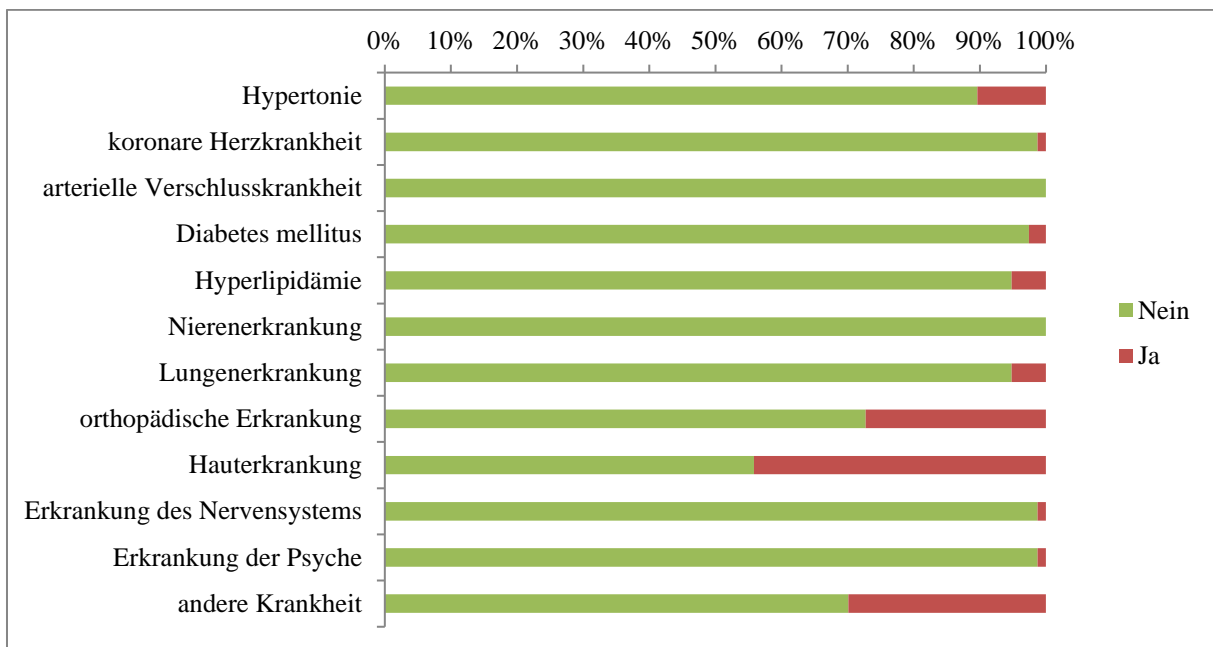
Anhangsabbildung 9: Konsum alkoholischer Getränke (Grafik)



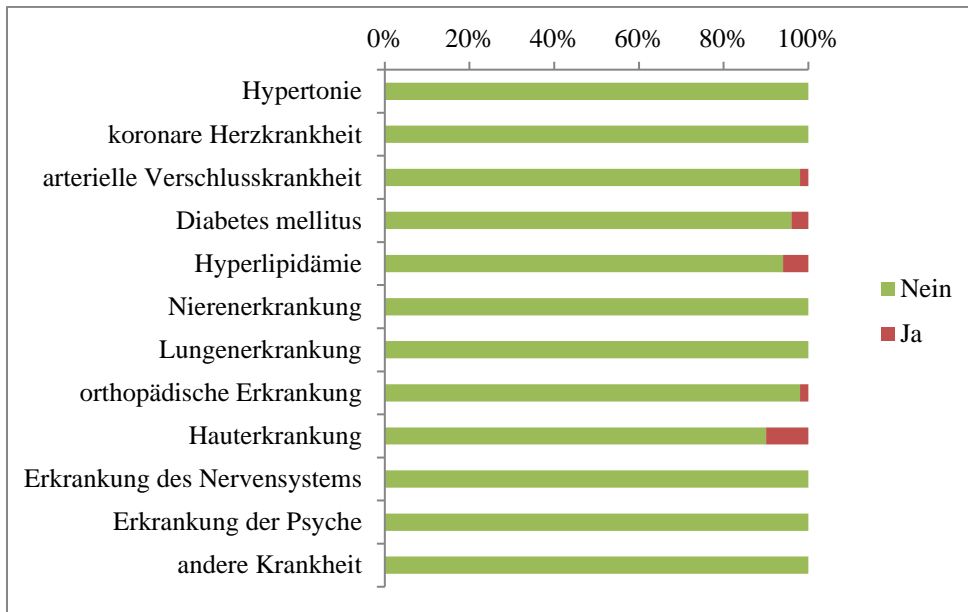
Anhangsabbildung 10: Durchgeführte Untersuchungen nach Untersuchungsort (Grafik)



Anhangsabbildung 11: Geschlecht der Untersuchten (Grafik)

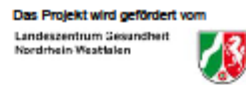


Anhangsabbildung 12: Neue Diagnose (Grafik - Untersuchung in der Werkstatt)



Anhangsabbildung 13: Neue Diagnose (Grafik - Untersuchung aufgesuchter Hausarzt)

9.3 Informationsschreiben



Für Ihre Unterlagen

**Informationsschreiben über das Modellprojekt
„Gesundheitsuntersuchung für Menschen
mit geistiger Behinderung“
an die Mitarbeiter, deren Betreuer/innen
und Angehörige**

Universität Witten/Herdecke
Fakultät für Gesundheit
Department für Humanmedizin
Lehrstuhl und Institut für
Gesundheitssystemforschung
Prof. Dr. Max Geraedts
Alfred-Hierhausen-Str. 50
D-58448 Witten
Telefon 02302/920-770
Fax 02302/920-783
E-Mail max.geraedts@uni-wh.de

Ärztammer Nordrhein
Prof. Dr. Susanne Schwalen
E-Mail susanne.schwalen@eekno.de
Tel. 0211/4302-2200

Projektsprechpartnerin:
Randi Leibner
Telefon 02302/920-050
E-Mail randi.leibner@uni-wh.de
06.10.2016

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit möchten wir Sie über das Projekt „Gesundheitsuntersuchung für Menschen mit geistiger Behinderung“ informieren. Dieses Modellprojekt hat die Landesgesundheitskonferenz unter dem Vorsitz des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW empfohlen. Gefördert wird das Projekt vom Landeszentrum Gesundheit NRW und den Krankenkassen in NRW. Es findet in den Städten Witten, Oberhausen und Solingen statt. Die Universität Witten/Herdecke (Prof. Geraedts) und die Ärztekammer Nordrhein (Prof. Schwalen) begleiten es wissenschaftlich und organisatorisch.

Wieso ein Projekt zur „Gesundheitsuntersuchung für Menschen mit geistiger Behinderung“?

Ergebnisse internationaler Studien belegen, dass Menschen mit geistiger Behinderung gesundheitlich oftmals unterversorgt sind. Sie versterben dreimal häufiger durch vermeidbare Krankheitsursachen als die allgemeine Bevölkerung. In Deutschland haben sie eine um etwa 6 Jahre verringerte Lebenserwartung. Im Jahr 2013 hat sich die Landesgesundheitskonferenz NRW zum Ziel gesetzt, diese Situation zu verbessern.

Was ist das Ziel dieses Projekts?

Zunächst erhebt das Projekt, welche medizinischen und präventiven Versorgungsangebote Menschen mit geistiger Behinderung nutzen und ob es dabei Schwierigkeiten gibt. Anschließend wird untersucht, ob Krankheiten bei Menschen mit geistiger Behinderung ausreichend erkannt werden. Zuletzt möchte das Projekt herausfinden, ob regelmäßige Gesundheitsuntersuchungen helfen könnten, die Versorgung zu verbessern und von Betroffenen und ihren Betreuern bzw. Angehörigen angenommen werden.

Nutzen des Projekts für Menschen mit geistiger Behinderung

Wenn die Projektergebnisse auf eine Verbesserung der Versorgung durch regelmäßige Gesundheitsuntersuchungen hinweisen, könnte eine solche Untersuchung für alle Menschen mit geistiger Behinderung regelmäßig angeboten werden.

Private Universität Witten/Herdecke gGmbH
Geschäftsführung: Prof. Dr. med. Martin Bützlaff (Präsident), Dipl. oec. Jan Peter Nonnenkamp (Kanzler)
Sitz der Gesellschaft: Witten - Amtsgericht Bochum HRB 8671 - Steuer-Nr.: 348 / 5866 / 0314 Ust-IdNr.: DE 126 880 235 -
GLS Gemeinschaftsbank eG Bochum, Konto 353 500, BLZ 430 609 67, IBAN: DE76 4306 0967 0000 3535 00, BIC: GENODEM3GLS -
Deutsche Bank AG Witten, Konto 8 327 777, BLZ 430 700 61, IBAN: DE94 4307 0061 0832 7777 00, BIC: DEUTDE33 -
Sparkasse Witten, Konto 10 900, BLZ 452 500 35, IBAN: DE55 4525 0035 0000 0109 00, BIC: WELADED1WITN

Wer nimmt am Projekt teil?

Das Modellprojekt wird in den Werkstätten der Lebenshilfe in Witten, Oberhausen und Solingen durchgeführt. Alle Menschen mit geistiger Behinderung aus diesen Einrichtungen und deren Betreuer können nach Aufklärung und Einwilligung teilnehmen. Wenn es einen gesetzlichen Betreuer gibt, muss dieser die Einwilligung geben.

Was möchten wir von den Projektteilnehmern?

1. Ausfüllen eines Fragebogens: Wir möchten von allen teilnehmenden Menschen mit geistiger Behinderung Angaben mit Hilfe eines Fragebogens erhalten. Der Fragebogen erhebt Angaben zur Gesundheit, medizinischen Versorgung und Lebenssituation. Die gleichen Fragen möchten wir auch der Person stellen, die den Teilnehmer bei der Gesundheitsversorgung unterstützt. Damit ist die Person gemeint, die den Teilnehmer üblicherweise zu Arztbesuchen begleitet. Das kann der gesetzliche Betreuer sein oder aber auch ein Angehöriger, Personal der Lebenshilfe oder eine andere Person, die den Teilnehmer bei seinen Arztbesuchen unterstützt.

2. Gesundheitsuntersuchung („Check-up“): Wir möchten alle teilnehmenden Menschen mit geistiger Behinderung von einem Hausarzt untersuchen lassen. Eine Hälfte soll den eigenen Hausarzt aufsuchen, der die Untersuchung durchführt und uns darüber informiert. Die andere Hälfte soll durch einen Hausarzt/Allgemeinarzt in einem Untersuchungsraum der Werkstatt untersucht werden. Wer in welcher Gruppe ist, wird nach dem Zufallsprinzip, ohne den Teilnehmernamen zu kennen, von einem unabhängigen Statistiker der Universität Witten/Herdecke festgelegt. Diese Art der zufälligen Gruppenverteilung macht die Untersuchungsergebnisse sicherer.

Welche Untersuchungen führt der Arzt durch?

Die Gesundheitsuntersuchung („Check-up“) ist vergleichbar mit der gesetzlichen Vorsorgeuntersuchung für über 35-Jährige. Hierbei stellen Ärzte mit einfachen und wenig belastenden Untersuchungen fest, welche Risikofaktoren erkennbar sind oder sich bereits zu einer Krankheit verdichtet haben. Ziel dieser Untersuchung ist es, häufig auftretende Krankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Nierenerkrankungen möglichst frühzeitig zu erkennen. Über diese Untersuchung hinausgehend wird die Hör- und Sehfähigkeit, der Zahnstatus und die Fuß- und Schuhgröße sowie ein Schilddrüsen-Blutwert (TSH) überprüft. Dazu erfolgt eine Blutabnahme.

Wann findet das Projekt statt?

Ab Oktober 2016 werden in der Werkstatt Fragebögen für die gesetzlichen Betreuer und Angehörige verteilt. Ab November 2016 werden wir die Hälfte der Projektteilnehmer auffordern, innerhalb der nächsten zwei Monate eine Gesundheitsuntersuchung bei ihrem Hausarzt durchführen zu lassen. Die andere Hälfte der Teilnehmer wird ab November 2016 direkt vor Ort - in einem separaten Raum in der Werkstatt - von einem Facharzt für Allgemeinmedizin untersucht. Eine Studienassistentin begleitet die Untersuchung. Sollte eine weitere Abklärung nötig sein, wird der Teilnehmer an seinen Hausarzt verwiesen.

Welche wissenschaftlichen und ethischen Voraussetzungen sind erfüllt?

Diese Untersuchung wird entsprechend den ethischen Normen durchgeführt, wie sie in der Deklaration von Helsinki festgelegt wurden. Wir möchten noch einmal ausdrücklich darauf hinweisen, dass die Teilnahme an der geplanten Untersuchung freiwillig ist! Die Auswertung der Daten erfolgt selbstverständlich anonym. Die Einhaltung des Datenschutzes wird gewährleistet. Den Mitarbeitern der Universität sind bislang keine personenbezogenen Daten der Menschen mit geistiger Behinderung oder der betreuenden Personen zugänglich. Dieses Anschreiben wurde durch die zuständige Werkstatt verteilt.

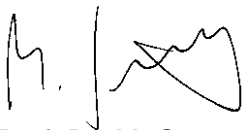
Wird die Teilnahme an dem Projekt honoriert?

Unter allen Teilnehmern findet eine Verlosung von 10 Gutscheinen im Wert von je 30 € statt. Diese Gutscheine sind in vielen Geschäften (wie zum Beispiel Karstadt, Kaufhof, Rossmann und Amazon, ...) einlösbar. Diese Gutscheine sind eine kleine Anerkennung für die Teilnahme an dem Modellprojekt.

Abschließend möchten wir Ihnen für Ihre Mitarbeit sehr herzlich danken!

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. M. Geraedts
stuhlinhaber
Institut für Gesundheitssystemforschung



Prof. Dr. S. Schwalen
Geschäftsführende Ärztin
der Ärztekammer Nordrhein



Randi Leibner Lehr-
Wissenschaftliche
Mitarbeiterin

Zusammenfassung

- 1. Lesen Sie sich bitte die Unterlagen durch**
 - 2. Unterschreiben der Einverständniserklärung**
Wer unterschreibt die Einverständniserklärung? Wenn ein gesetzlicher Betreuer vorhanden ist unterschreibt dieser die Einverständniserklärung. Ist kein gesetzlicher Betreuer vorhanden, unterschreibt der Mitarbeiter die Einverständniserklärung.
 - 3. Ausfüllen des Fragebogens**
Wer füllt den Fragebogen aus? Die Person, die den Mitarbeiter zu den Arztterminen begleitet, füllt den Fragebogen aus.
 - 4. Umschlag an die Universität Witten/Herdecke schicken**
*Welche Unterlagen werden an die Universität geschickt? Die **unterschiedene Einverständniserklärung** und der **ausgefüllte Fragebogen** werden in dem beiliegenden Umschlag an die Universität zurückgeschickt. Der Umschlag ist frankiert und adressiert. Sie brauchen kein Porto bezahlen.*
- Wie geht es weiter?** Ab November 2016 wird mit den Teilnehmern des Projekts ein Fragebogen in der Werkstatt ausgefüllt.

9.4 Informationsschreiben in Leichter Sprache



Für Ihre Unterlagen

Informations-Blatt in Leichter Sprache

Name des Modellprojekts: Gesundheits-Untersuchung für Menschen mit geistiger Behinderung

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir führen ein Projekt durch.

Das ist eine Untersuchung zu einer bestimmten Frage.

Uns interessiert: Sind Sie gesundheitlich gut versorgt?

Ist es eine große Anstrengung für Sie zum Arzt zu gehen?

Gibt es Hindernisse, die Sie von einem Arzt-Besuch abhalten?

Was wollen wir von Ihnen?

→ Wir wollen Ihnen **Fragen** stellen:

- Wie oft gehen Sie zum Arzt?
- Gehen Sie alleine oder in Begleitung zum Arzt?
- Haben Sie Beschwerden?
- Haben Sie bekannte Krankheiten?

→ Wir wollen auch wissen:

- Haben Sie Vertrauen zu Ihrem Arzt?
- Haben Sie Angst vor Arzt-Besuchen?
- Wer begleitet Sie zu den Arzt-Besuchen? → Dieser Person möchten wir auch Fragen stellen.

→ Wir wollen Sie **untersuchen**:

- Wir untersuchen, wie gut Sie sehen können.
- Wir untersuchen, wie gut Sie hören können.
- Wir schauen uns Ihre Füße an.
- Wir messen Ihre Größe und Ihr Gewicht.
- Wir kontrollieren, ob Sie ausreichend geimpft sind.
- Wir untersuchen Ihr Blut.

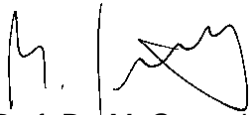
Haben Sie noch Fragen?

Personal aus der Werkstatt kann Ihre Fragen beantworten.

Mitarbeiter aus der Universität können Ihre Fragen beantworten.

Die Teilnahme an dem Projekt ist freiwillig.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. M. Geraedts
stuhlinhaber
Institut für Gesundheitssystemforschung

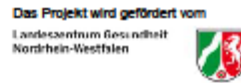


Prof. Dr. S. Schwalen
Geschäftsführende Ärztin
der Ärztekammer Nordrhein



Randi Leibner Lehr-
Wissenschaftliche
Mitarbeiterin

9.5 Einverständniserklärung



Bitte an die Universität
Witten/Herdecke zurücksenden

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Modellprojekt: Gesundheitsuntersuchung für Menschen mit geistiger Behinderung

Ich habe die vorliegende Information gelesen. Den Inhalt dieser Aufklärung habe ich verstanden und habe im Moment keine weiteren Fragen. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, weitere Einzelheiten zu der Befragung zu erfragen und konnte meine Entscheidung unbeeinflusst treffen.

Die Teilnahme umfasst:

- Befragung des Teilnehmers zur Inanspruchnahme von Gesundheitsuntersuchungen.
- Befragung der Person, die sich um die Gesundheitsversorgung kümmert.
- Strukturierte Gesundheitsuntersuchung vergleichbar zur gesetzlichen Vorsorgeuntersuchung für über 35-Jährige. Über diese Untersuchung hinausgehend wird die Hör- und Sehfähigkeit, der Zahnstatus und die Fuß- und Schuhgröße sowie ein Schilddrüsen-Blutwert (TSH) überprüft. Dazu erfolgt eine Blutabnahme.
- Einholung und Dokumentation von Gesundheitsangaben sowie Einsicht in Impfpass und in die aktuelle Medikation.

Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen der geplanten Untersuchung erhobenen Daten in verschlüsselter Form, also ohne Namensnennung, gesammelt und am Institut für Gesundheitssystemforschung der Universität Witten/Herdecke zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet werden. Die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen wird gewährleistet. Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung und zur Hintergrundinformation habe ich erhalten. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne nachteilige Folgen für mich.

Name des Teilnehmers: _____

(Bitte deutlich in Blockbuchstaben schreiben)

Geburtsdatum:

--	--	--	--	--	--

 1 9

Tag Monat Jahr

Geschlecht: weiblich männlich

Ich habe KEINEN gesetzlichen Betreuer

Ich habe einen gesetzlichen Betreuer. Name des Betreuers: _____

(Ort), den (Datum)

.....
(Unterschrift des gesetzlichen Betreuers)

.....
(Unterschrift des Teilnehmers)

Bitte senden sie dieses Dokument unterschrieben im beiliegenden Umschlag an die Universität Witten/Herdecke zurück.

Ich möchte an diesem Projekt nicht teilnehmen.

Die von mir betreute Person soll an diesem Projekt nicht teilnehmen. (Die Angabe des Namens ist im Falle einer Nichtteilnahme selbstverständlich freiwillig)

Universität Witten/Herdecke
Fakultät für Gesundheit
Institut für Gesundheitssystemforschung
Prof. Dr. Max Oersedts
Alfred-Herhausen-Str. 50
D-58448 Witten
Telefon 02302/926-770
E-Mail max.oersedts@uni-wh.de

Ärztekammer Nordrhein
Prof. Dr. Susanne Schwalen
E-Mail susanne.schwalen@sekno.de
Tel. 0211/4302-2200

Projektsprechpartnerin:
Randi Leibner
Telefon 02302/926-856
E-Mail randi.leibner@uni-wh.de

06.10.2016

9.6 FB1 - Fragebogen Inanspruchnahme Angehörige/Betreuer



Bitte an die Universität
Witten/Herdecke zurücksenden

Fragebogen für Betreuer und Angehörige

Modellprojekt Gesundheitsuntersuchung für Menschen mit
geistiger Behinderung

Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst einmal möchten wir Ihnen danken, dass Sie sich die Zeit nehmen, uns bei dem Modellprojekt „Gesundheitsuntersuchung für Menschen mit geistiger Behinderung“ zu unterstützen. Im Folgenden finden Sie einige Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens.

Wer soll den Fragebogen ausfüllen?

Die Person, die den Teilnehmer bei der Gesundheitsversorgung unterstützt. Damit ist die Person gemeint, die den Teilnehmer üblicherweise zu Arztbesuchen begleitet. Das kann der gesetzliche Betreuer sein oder aber auch ein Angehöriger oder eine andere Person, die den Teilnehmer bei seinen Arztbesuchen unterstützt. Sollten mehrere Personen diese Aufgabe übernehmen, reicht es, wenn eine Person den Fragebogen ausfüllt. Bitte leiten Sie den Fragebogen mit dem Informationsschreiben und der Einverständniserklärung an diese Person weiter.

Wird die von mir betreute Person auch befragt?

Wenn eine Einverständniserklärung vorliegt, wird die von Ihnen betreute Person ab Mai 2016 in der Werkstatt mit einem angepassten Fragebogen befragt.

Wie ist der Fragebogen auszufüllen?

In diesem Fragebogen sind die Fragen fett gedruckt. Bei manchen Fragen befinden sich Hinweise zum Ausfüllen. *Diese Hinweise sind kursiv gedruckt.* Die meisten Fragen können Sie durch Ankreuzen der am ehesten zutreffenden vorgegebenen Antwort beantworten. Kreuzen Sie jeweils die Antwort an, die Ihre Meinung und Erfahrung am ehesten wiedergibt.

Wer unterschreibt die Einverständniserklärung?

Wenn es einen gesetzlichen Betreuer gibt, unterschreibt dieser die Einverständniserklärung. Wenn es keinen gesetzlichen Betreuer gibt, so unterschreibt der Projektteilnehmer die Einverständniserklärung. Bitte schreiben Sie auf jeden Fall deutlich den Namen des Teilnehmers auf die Einverständniserklärung.

Welche Unterlagen sollen an die Universität Witten/Herdecke zurückgeschickt werden?

Bitte schicken Sie die **unterschriebene Einverständniserklärung** und den **ausgefüllten Fragebogen** per Post an die Universität Witten/Herdecke. Ein frankierter und adressierter Rückumschlag liegt diesem Schreiben bei.

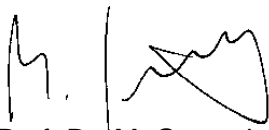
Welche Unterlagen behalte ich?

Das Informationsschreiben mit der angehängten Einverständniserklärung und das Informations-Blatt in Leichter Sprache dürfen Sie behalten.

An wen kann ich mich bei Fragen wenden?

Sie können sich an die Mitarbeiter der Werkstatt oder an Frau Leibner (wissenschaftliche Mitarbeiterin der Universität Witten/Herdecke) wenden. Frau Leibner erreichen Sie telefonisch unter 02302 – 926 856 (in der Zeit von 13.00 – 16.30 Uhr). Sie können auch eine Mail schreiben an: randi.leibner@uni-wh.de

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. M. Geraedts
Lehrstuhlinhaber
Institut für Gesundheitssystemforschung



Prof. Dr. S. Schwalen
Geschäftsführende Ärztin
der Ärztekammer Nordrhein



Randi Leibner
Wissenschaftliche
Mitarbeiterin

1. In welcher Form unterstützen Sie die von Ihnen betreute Person bei der Gesundheitsversorgung?

Mehrfachantworten sind möglich.

- ich vereinbare üblicherweise die Arzttermine
- ich vereinbare manchmal die Arzttermine
- ich begleite die von mir betreute Person üblicherweise zu den Arztbesuchen
- ich begleite die von mir betreute Person manchmal zu den Arztbesuchen
- ich bin als gesetzlicher Betreuer für die gesundheitlichen Belange eingesetzt

2a. Wie kommt die von Ihnen betreute Person normalerweise (bei einem nicht dringlichen Anlass) zum Arzt?

- selbstständig ohne Begleitperson
- mit Begleitperson
- der Arzt kommt zu ihr
- weiß ich nicht

2b. Wenn Sie „mit Begleitperson“ angekreuzt haben, welche Person ist bei Arztbesuchen üblicherweise diese Begleitperson?

Mehrfachantworten sind möglich.

- Angehöriger, welche Beziehung zum Betreuten? _____
- gesetzlicher Betreuer
- Mitarbeiter der Wohnstätte
- andere Person, und zwar _____

3. Welche Besonderheiten müssen bei der Organisation von Arztbesuchen bei der von Ihnen betreuten Person beachtet werden?

Mehrfachantworten sind möglich

- die von mir betreute Person akzeptiert keine Wartezeit in der Praxis
- es wird eine zweite Begleitperson benötigt
- Arzttermine überschneiden sich mit der Arbeitszeit
- Sonstiges und zwar _____
- keine Besonderheiten

4. Wann hat die von Ihnen betreute Person das letzte Mal für sich die Hilfe einer Ärztin/eines Arztes (ausgenommen Zahnärztin/Zahnarzt) bzw. dessen Personal in Anspruch genommen?

- während der letzten 4 Wochen
- vor 1 Monat bis zu 3 Monaten
- vor 4 bis zu 12 Monaten
- vor mehr als 12 Monaten bis zu 5 Jahren
- vor mehr als 5 Jahren

5. **Hat die von Ihnen betreute Person einen Hausarzt, den sie zuerst bei gesundheitlichen Problemen aufsucht?**

ja nein

6. **Wie oft hat die von Ihnen betreute Person Ärztinnen/Ärzte der folgenden Fachrichtungen in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen.**

Bitte zählen Sie die Hausbesuche mit.

	ja, in Anspruch genommen	Anzahl Arztkontakte
Praktischer Arzt, Arzt für Allgemeinmedizin	<input type="radio"/>	____-mal
Internist (z.B. Kardiologe, Pneumologe, Diabetologe)	<input type="radio"/>	____-mal
Frauenarzt/Gynäkologe	<input type="radio"/>	____-mal
Augenarzt	<input type="radio"/>	____-mal
Orthopäde	<input type="radio"/>	____-mal
Hals-Nasen-Ohrenarzt	<input type="radio"/>	____-mal
Nervenarzt, Psychiater, Neurologe	<input type="radio"/>	____-mal
Ärztl. Psychotherapeut, psychologischer Psychotherapeut	<input type="radio"/>	____-mal
Chirurg	<input type="radio"/>	____-mal
Hautarzt	<input type="radio"/>	____-mal
Röntgenarzt, Radiologe	<input type="radio"/>	____-mal
Urologe	<input type="radio"/>	____-mal
sonstiger Arzt und zwar (bitte hier keine Therapeuten eintragen): _____	<input type="radio"/>	____-mal
Zahnarzt, Kieferorthopäde	<input type="radio"/>	____-mal
die von mir betreute Person war in den letzten 12 Monaten nicht bei einem niedergelassenen Arzt/ einer niedergelassenen Ärztin	<input type="radio"/>	

7a. **Hat die von Ihnen betreute Person in den letzten 12 Monaten Ambulanzen, Erste-Hilfe-Stationen oder medizinische Behandlungszentren in Krankenhäusern ambulant in Anspruch genommen?**

Hier sind nur Behandlungen ohne Übernachtung im Krankenhaus gemeint.

ja nein

7b. **Wenn ja, wie häufig?**

_____-mal

8. **In welchen Spezialambulanzen wurde die von Ihnen betreute Person in den letzten 12 Monaten behandelt?**

Mehrfachantworten sind möglich.

- Spina bifida-Ambulanz
- Heilpädagogische Ambulanz
- Neurologische Ambulanz
- Orthopädische Ambulanz
- Sprachheilambulanz
- andere (bitte eintragen) _____
- keine
- keine Angabe

9. Wie viele Nächte war die von Ihnen betreute Person in den letzten 12 Monaten zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus aufgenommen?

ungefähr _____ Nächte

keine Nacht

10. Welche Therapieformen hat die von Ihnen betreute Person innerhalb der letzten 24 Monate genutzt?

Mehrfachantworten sind möglich

Physiotherapie

Krankengymnastik

Ergotherapie

Logopädie

Massagen

Fango

Elektrotherapie

therapeutisches Reiten

Musiktherapie

Kunsttherapie

Bewegungsbad/Schwimmen

andere (bitte eintragen) _____

keine

keine Angabe

11a. Stehen Therapieverordnungen (Rezepte) ausreichend zur Verfügung?

ja

nein

zurzeit werden keine Rezepte benötigt

kann ich nicht beurteilen

11b. Wenn nein, welche Therapievereinordnungen (Rezepte) stehen nicht ausreichend zur Verfügung bzw. bei welchen Therapien gibt es Schwierigkeiten mit der Bewilligung (Ausstellung)?

Mehrfachantworten sind möglich

- Physiotherapie
- Krankengymnastik
- Ergotherapie
- Logopädie
- Massagen
- Fango
- Elektrotherapie
- therapeutisches Reiten
- Musiktherapie
- Kunsttherapie
- Bewegungsbad/Schwimmen
- andere (bitte eintragen) _____
- keine
- keine Angabe

12a. Welche Therapien würden Ihrer Einschätzung nach von der von Ihnen betreuten Person zusätzlich benötigt?

Mehrfachantworten sind möglich

- Physiotherapie
- Krankengymnastik
- Ergotherapie
- Logopädie
- Massagen
- Fango
- Elektrotherapie
- therapeutisches Reiten
- Musiktherapie
- Kunsttherapie
- Bewegungsbad/Schwimmen
- andere (bitte eintragen) _____
- keine
- keine Angabe

12b. Warum konnten Therapieangebote, die Ihrer Einschätzung nach notwendig waren, nicht wahrgenommen werden?

Mehrfachantworten sind möglich.

- Mangel an Einrichtungen
- gewünschte Kurse sind belegt
- betreute Person hat kein Interesse
- fehlende Kostenübernahme
- wurde noch nicht in die Wege geleitet
- fehlende Begleitperson
- kein Überblick über das bestehende Angebot
- andere Gründe und zwar _____
- keine Angabe

13. Hat die von Ihnen betreute Person in der Vergangenheit einen Augenarzt bzw. Optiker aufgesucht?

- nein
- ja, innerhalb der letzten 12 Monate
- ja, innerhalb der letzten 2 Jahre
- ja, innerhalb der letzten 5 Jahre
- ja, vor mehr als 5 Jahren
- weiß ich nicht

14. Hat die von Ihnen betreute Person eine Sehhilfe?

- ja
- nein
- weiß ich nicht

15a. Wurde bei der von Ihnen betreuten Person in der Vergangenheit eine Überprüfung der Sehstärke durchgeführt?

- nein
- ja, innerhalb der letzten 12 Monate
- ja, innerhalb der letzten 2 Jahre
- ja, innerhalb der letzten 5 Jahre
- ja, vor mehr als 5 Jahren
- weiß ich nicht

15b. Wenn ja, von wem wurde die Überprüfung durchgeführt?

- Augenarzt
- Optiker
- Hausarzt
- sonstiger, und zwar _____
- weiß ich nicht

16. Hat die von Ihnen betreute Person in der Vergangenheit einen Hals-Nasen-Ohrenarzt bzw. einen Akustiker aufgesucht?

- nein
- ja, innerhalb der letzten 12 Monate
- ja, innerhalb der letzten 2 Jahre
- ja, innerhalb der letzten 5 Jahre
- ja, vor mehr als 5 Jahren
- weiß ich nicht

17. Hat die von Ihnen betreute Person eine Hörhilfe?

- ja
- nein
- weiß ich nicht

18a. Wurde bei der von Ihnen betreuten Person in der Vergangenheit eine Überprüfung der Hörfähigkeit durchgeführt?

- nein
- ja, innerhalb der letzten 12 Monate
- ja, innerhalb der letzten 2 Jahre
- ja, innerhalb der letzten 5 Jahre
- ja, vor mehr als 5 Jahren
- weiß ich nicht

18b. Wenn ja, vom wem wurde die Überprüfung der Hörfähigkeit durchgeführt?

- Hals-Nasen-Ohrenarzt
- Akustiker
- Hausarzt
- sonstiger, und zwar _____
- weiß ich nicht

19a. Werden verordnete medizinische Hilfsmittel (z.B. Brille, Hörgerät, Rollator, Lifter) benötigt?

- ja
- nein
- weiß ich nicht

19b. Wenn ja, werden diese Hilfsmittel in ausreichendem Maße verordnet?

- ja, immer
- meistens
- ab und zu
- selten
- nie
- nicht einschätzbar

20. Wie mobil ist die von Ihnen betreute Person?

- freies Laufen problemlos
- freies Laufen mit Mühe
- Gehstock
- Rollator
- Rollstuhl
- sonstiges und zwar _____

21. Wie oft ist die von Ihnen betreute Person körperlich aktiv (z.B. spazieren gehen)?

- keine körperliche Betätigung
- an 1-3 Tagen in der Woche weniger als 30 Minuten
- an 1-3 Tagen in der Woche mehr als 30 Minuten
- an 4-7 Tagen in der Woche weniger als 30 Minuten
- an 4-7 Tagen in der Woche mehr als 30 Minuten
- weiß ich nicht

22. Geht die von Ihnen betreute Person auch zum Arzt, wenn sie keine Beschwerden hat, nur um nachsehen zu lassen, ob alles gut ist?

- ja nein weiß ich nicht

Die Krankenkassen empfehlen die Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (Krebsvorsorge).

23. Sind Ihnen diese Empfehlungen bekannt?

- ja nein

24. Wurden bei der von Ihnen betreuten Person die folgenden Untersuchungen zur Vorsorge jemals durchgeführt?

Ab 35 Jahren: Ganzkörperuntersuchung der Haut

- nein
- ja, innerhalb der letzten 12 Monate
- ja, innerhalb der letzten 2 Jahre
- ja, innerhalb der letzten 3 Jahre
- ja, innerhalb der letzten 10 Jahre
- vor mehr als 10 Jahren
- weiß nicht

Ab 50 Jahren: Teststreifen zur Stuhluntersuchung des Enddarms

- nein
- ja, innerhalb der letzten 12 Monate
- ja, innerhalb der letzten 2 Jahre
- ja, innerhalb der letzten 3 Jahre
- ja, innerhalb der letzten 10 Jahre
- vor mehr als 10 Jahren
- weiß nicht

Ab 55 Jahren: Darmspiegelung

- nein
- ja, innerhalb der letzten 12 Monate
- ja, innerhalb der letzten 2 Jahre
- ja, innerhalb der letzten 3 Jahre
- ja, innerhalb der letzten 10 Jahre
- vor mehr als 10 Jahren
- weiß nicht

Nur Frauen: ab 20 Jahren: Krebsabstrich (Gebärmutterhals)

- nein
- ja, innerhalb der letzten 12 Monate
- ja, innerhalb der letzten 2 Jahre
- ja, innerhalb der letzten 3 Jahre
- ja, innerhalb der letzten 10 Jahre
- vor mehr als 10 Jahren
- weiß nicht

Nur Frauen: ab 30 Jahren: Tastuntersuchung der Brust

- nein
- ja, innerhalb der letzten 12 Monate
- ja, innerhalb der letzten 2 Jahre
- ja, innerhalb der letzten 3 Jahre
- ja, innerhalb der letzten 10 Jahre
- vor mehr als 10 Jahren
- weiß nicht

Nur Frauen: ab 50 Jahren: Mammographie

- nein
- ja, innerhalb der letzten 12 Monate
- ja, innerhalb der letzten 2 Jahre
- ja, innerhalb der letzten 3 Jahre
- ja, innerhalb der letzten 10 Jahre
- vor mehr als 10 Jahren
- weiß nicht

Nur Männer: ab 45 Jahren: Abtasten der Prostata

- nein
- ja, innerhalb der letzten 12 Monate
- ja, innerhalb der letzten 2 Jahre
- ja, innerhalb der letzten 3 Jahre
- ja, innerhalb der letzten 10 Jahre
- vor mehr als 10 Jahren
- weiß nicht

Teilnahme an Zahnvorsorgeuntersuchungen

In Deutschland werden zahnärztliche Kontrolluntersuchungen auch für Erwachsene empfohlen. Ein Anspruch auf kostenlose Kontrolluntersuchungen besteht für zwei Untersuchungen im Jahr.

25. Ist Ihnen dieses Angebot der Krankenversicherung zur Zahnvorsorge bekannt?

- ja
- nein

26. Nimmt die von Ihnen betreute Person regelmäßig, also mindestens einmal pro Jahr, an einer solchen zahnärztlichen Kontrolluntersuchung teil?

- ja
- nein

Die Teilnahme an einem sogenannten Gesundheits-Check-Up, das heißt an einer Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-, Zucker- und Nieren-Krankheiten wird von den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen ab dem Alter von 35 Jahren empfohlen und angeboten.

27. Ist Ihnen dieses Angebot der Krankenversicherung bekannt?

- ja
- nein

28a. Hat die von Ihnen betreute Person schon einmal an einem Gesundheits-Check-Up teilgenommen?

- ja nein weiß ich nicht

28b. Wenn ja, hat die von Ihnen betreute Person auch in den letzten 2 Jahren an einem Gesundheits-Check-Up teilgenommen?

- ja nein weiß ich nicht

29. Halten Sie diese Gesundheitsuntersuchung für sinnvoll?

- ja nein weiß ich nicht

30a. Möchten Sie als Begleitperson an die Gesundheitsuntersuchung der von Ihnen betreuten Person erinnert werden?

- ja
 nein
 weiß ich nicht

30b. Wenn ja, von wem möchten Sie an die Gesundheitsuntersuchung erinnert werden?

- Erinnerung durch den Arzt
 Erinnerung durch die Krankenversicherung
 weiß ich nicht

31. Angenommen Sie dürften entscheiden: Wo sollte die Gesundheitsuntersuchung der von Ihnen betreuten Person durchgeführt werden?

- die Gesundheitsuntersuchung sollte durch einen Arzt in der Werkstatt durchgeführt werden
 die Gesundheitsuntersuchung sollte bei einem Arzt in der Praxis durchgeführt werden
 egal
 weiß ich nicht

Die Ständige Impfkommission des Robert Koch-Instituts veröffentlicht jährlich Empfehlungen für Impfungen. Die Empfehlungen beinhalten u.a. den Impfkalender (Standardimpfungen) für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene und die Tabelle der Indikations- und Auffrischimpfungen mit Erläuterungen. Die Krankenversicherungen empfehlen die Impfungen gemäß ständiger Impfkommission durchführen zu lassen.

32. Sind Ihnen diese Empfehlungen bekannt?

- ja nein

33a. Überprüft der Hausarzt regelmäßig, ob bei der von Ihnen betreuten Person eine Impfung nötig ist?

ja

nein

weiß ich nicht

nicht der Hausarzt, sondern ein anderer Arzt überprüft regelmäßig den Impfschutz

33b. Wurde der von Ihnen betreuten Person von Impfungen abgeraten? Welchen Grund gibt es dafür?

34. Sagt die von Ihnen betreute Person Anderen Bescheid, wenn sie sich krank fühlt?

immer meistens manchmal selten nie weiß ich nicht

35. Geht die von Ihnen betreute Person bei Beschwerden aus eigenem Antrieb zu einem Arzt?

immer meistens manchmal selten nie weiß ich nicht

36. Wie teilt sich die von Ihnen betreute Person im Allgemeinen mit? Mehrfachantworten sind möglich.

mit Worten

mit Worten und Gesten

mit Gesten und Blicken

mit Gebärdensprache

durch Lautieren

durch Körperreaktionen

mit Hilfe von Tafeln

mit Hilfe eines Computers

handschriftlich

sonstiges und zwar (bitte eintragen) _____

keine Angabe

37a. Hat die von Ihnen betreute Person Angst vor Arztbesuchen?

immer meistens manchmal selten nie weiß ich nicht

37b. Wenn ja, was sind die Gründe für diese Angst?

38a. Gibt es aufgrund der bestehenden Behinderung Schwierigkeiten bei der Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen?

Bitte kreuzen Sie die Häufigkeit der Schwierigkeiten (immer, meistens, manchmal, selten, nie) bei den in den letzten 12 Monaten aufgesuchten Ärzten an.

	Praktischer Arzt	Neurologe	Frauenarzt	Augenarzt	Orthopäde	Zahnarzt	anderer Facharzt (bitte eintragen) _____
immer							
meistens							
manchmal							
selten							
nie							
weiß ich nicht							

38b. Wenn es Schwierigkeiten bei der Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen gibt (ansonsten weiter mit Frage 39): Um welche Schwierigkeiten handelt es sich?

Bitte kreuzen Sie die Art der Schwierigkeiten (z.B. Ängste, Kommunikationsschwierigkeiten, ...) bei den in den letzten 12 Monaten aufgesuchten Ärzten an.

	Praktischer Arzt	Neurologe	Frauenarzt	Augenarzt	Orthopäde	Zahnarzt	anderer Facharzt (bitte eintragen) _____
Ängste							
Kommunikationsschwierigkeiten (z.B. Unvermögen Schmerzen zu äußern)							
fehlendes Vertrauen							
mangelnde Einsichtsfähigkeit des Betroffenen							
Schmerzen							
Unruhe							
Weigerung des Betroffenen							
andere Schwierigkeiten und zwar _____							

38c. Wenn es Schwierigkeiten gibt: Finden die Untersuchungen trotzdem statt?

Bitte kreuzen Sie die Antwort (ja, immer; ja, aber unter veränderten Voraussetzungen, meistens,...) bei den in den letzten 12 Monaten aufgesuchten Ärzten an.

	Praktischer Arzt	Neurologe	Frauenarzt	Augenarzt	Orthopäde	Zahnarzt	anderer Facharzt (bitte eintragen) _____
ja, immer							
ja, aber unter veränderten Voraussetzungen							
meistens							
ab und zu							
selten							
nein							
weiß ich nicht							

39. Berät der Arzt die von Ihnen betreute Person ausführlich?

Bitte kreuzen Sie die Antwort (ja, sehr ausführlich; ja, ausführlich; ja, kurz und knapp, .) bei den in den letzten 12 Monaten aufgesuchten Ärzten an.

	Praktischer Arzt	Neurologe	Frauenarzt	Augenarzt	Orthopäde	Zahnarzt	anderer Facharzt (bitte eintragen) _____
ja, sehr ausführlich							
ja, ausführlich							
ja, kurz und knapp							
nicht ausreichend							
gar nicht							
Beratung ausführlich, aber auch einfache Erklärungen versteht die betreute Person nicht							
weiß ich nicht							

40. Werden Sie als Begleitperson ausreichend durch den Arzt beraten?

Bitte kreuzen Sie die Antwort (ja, sehr ausführlich; ja, ausführlich; ja, kurz und knapp, ...) bei den in den letzten 12 Monaten aufgesuchten Ärzten an.

	Praktischer Arzt	Neurologe	Frauenarzt	Augenarzt	Orthopäde	Zahnarzt	anderer Facharzt (bitte eintragen) _____ _____
ja, sehr ausführlich							
ja, ausführlich							
ja, kurz und knapp							
nicht ausreichend							
gar nicht							
weiß ich nicht							

41. Wie würden Sie den Gesundheitszustand der von Ihnen betreuten Person im Allgemeinen beschreiben?

- ausgezeichnet
 sehr gut
 gut
 weniger gut
 schlecht

42. Besteht bei der von Ihnen betreuten Person eine der folgenden Krankheiten?

Bitte kreuzen Sie die bestehenden Krankheiten an. Mehrfachantworten sind möglich.

- Hypertonie (Bluthochdruck)
- koronare Herzkrankheit
- sonstige arterielle Verschlusskrankheit
- Diabetes mellitus (Zucker)
- Hyperlipidämie (erhöhter Cholesterinwert)
- Nierenkrankheiten
- Lungenerkrankung
- Gelenk-/Knochenerkrankungen/Bandscheiben/Rückenleiden/Rheuma
- Atemwegserkrankung/Asthma/Atemnot
- Krebserkrankung
- Allergie
- psychische Erkrankung
- Hauterkrankung
- Gallen-/Leberleiden
- Magen-/Darmerkrankung
- Nierenleiden/Blasenstörung
- Augenleiden/Sehstörung
- Schilddrüse
- neurologische Erkrankung / Parkinson/ MS, Epilepsie
- sonstige _____ (bitte notieren)

43a. Nimmt die von Ihnen betreute Person Medikamente ein?

- ja nein weiß ich nicht

43b. Wenn ja, um welche Medikamente handelt es sich?

(Bitte Medikamentennamen und Dosierung eintragen)

44a. Hat es bei der von Ihnen betreuten Person schon einmal Ereignisse gegeben, in denen eine Erkrankung von ärztlicher Seite so spät festgestellt wurde, dass es dadurch zu lebensbedrohlichen Situationen kam?

Wenn nein, weiter mit Frage 45.

- ja nein nicht einschätzbar

44b. Wenn ja, um welche Erkrankung handelte es sich dabei?

Mehrfachantworten sind möglich.

- Diabetes
- Erkrankungen der Atemwege
- Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
- Herzerkrankungen
- Asthma
- Rheuma
- Schluckstörungen
- Übergewicht
- andere ernährungsbedingte Störungen
- Zahnerkrankungen
- Hauterkrankungen
- Erkrankungen des Uro-Genitaltraktes
- Hypertonie (Bluthochdruck)
- Endokrine Erkrankungen (Drüsenerkrankungen)
- andere, und zwar _____
- es liegt keine chronische Erkrankung oder die Gefahr der Entstehung vor
- keine Angabe

44c. Wenn ja, hat die von Ihnen betreute Person von der späten Feststellung eine dauerhafte Schädigung erlitten?

- ja nein nicht einschätzbar

44d. Wenn ja, um welche dauerhaften Schäden handelt es sich?

Mehrfachantworten sind möglich.

- Kontrakturen
- Lähmungen
- Amputationen
- Chronifizierung einer Erkrankung
- Blindheit
- Gehörlosigkeit
- andere, und zwar _____
- keine

45a. Wie hoch ist der Grad der Behinderung laut Schwerbehindertenausweis der von Ihnen betreuten Person?

- es liegt kein Schwerbehindertenausweis vor
- unter 50%
- 50-70%
- 75-95%
- 100%
- weiß ich nicht

45b. Wenn ein Schwerbehindertenausweis vorliegt, welche gesundheitlichen Merkmale sind darin vermerkt?

Bitte ankreuzen.

<input type="checkbox"/>	G= Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich eingeschränkt
<input type="checkbox"/>	aG= Außergewöhnliche Gehbehinderung
<input type="checkbox"/>	H= Hilflos
<input type="checkbox"/>	Bl= Blind
<input type="checkbox"/>	Gl= Gehörlos
<input type="checkbox"/>	B= Die Notwendigkeit ständiger Begleitung ist nachgewiesen. Das Kennzeichen berechtigt somit zur Mitnahme einer Begleitperson bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel
<input type="checkbox"/>	keine

46. Welche Pflegestufe liegt bei der von Ihnen betreuten Person vor?

- es liegt keine Pflegestufe vor
- 0
- I
- II
- III
- III mit besonderem Schweregrad
- weiß ich nicht

47. An wie vielen Arbeitstagen in den letzten 12 Monaten war die von Ihnen betreute Person durch einen Arzt arbeitsunfähig geschrieben?

Bitte auch die Tage berücksichtigen, die die von Ihnen betreute Person im Krankenhaus gelegen hat.

ungefähr _____ Arbeitstage

an keinem Tag

weiß ich nicht

48a. Erinnern Sie sich bitte an den letzten Arztbesuch: Wie viel Zeit war zwischen Terminvereinbarung und diesem Arztbesuch?

hat sofort Termin bekommen

ein Tag

2-6 Tage

1 Woche bis 1 Monat

über 1 Monat

ist ohne Terminvereinbarung zum Arzt

in dieser Praxis gibt es keine Termine

Termin bei diesem Anliegen nicht notwendig

kann mich nicht mehr erinnern/zu lange her

weiß ich nicht

48b. War Ihnen die Dauer zwischen Terminvereinbarung und Arztbesuch zu lang?

ja

nein

weiß ich nicht

49a. Und wie lange musste die von Ihnen betreute Person bei ihrem letzten Besuch in der Praxis warten, bis sie in der Sprechstunde an der Reihe war?

keine Wartezeit

bis 15 Min.

bis 30 Min.

bis 60 Min.

bis 2 h.

über 2 h.

49b. War die Wartezeit für die von Ihnen betreute Person zu lang?

ja

nein

weiß ich nicht

50a. Hatte die von Ihnen betreute Person in den letzten 12 Monaten einmal einen Arzttermin, den sie kurzfristig nicht einhalten konnte?

ja

nein

weiß ich nicht

50b. Wenn ja, warum konnte die von Ihnen betreute Person diesen Termin nicht einhalten?

Mehrfachantworten sind möglich.

- keine Zeit/andere Termine
- nicht mit der Arbeit vereinbar
- familiäre Gründe
- es war keine Begleitperson vorhanden
- gesundheitsbedingt/ihr ging es zu schlecht
- Arzt musste nach Hause kommen
- nicht mehr für notwendig erachtet/Problem gelöst/wieder gesund
- vergessen
- Angst vor Behandlung
- ist zu anderem Arzt gegangen
- kein Vertrauen zum Arzt
- sonstiges (bitte notieren) _____
- weiß ich nicht

51. Gibt es aufgrund der Behinderung Probleme zum Arzt zu gelangen?

- überhaupt keine
- wenige
- einige
- ziemlich viele
- sehr viele
- weiß ich nicht

52. Inwieweit stimmen Sie folgender Aussage zu? Wenn mal ein Transport in Begleitung (durch einen speziellen Krankentransportdienst) nötig ist, ist es schwierig, einen solchen Transportdienst zu organisieren.

- trifft zu
- trifft eher zu
- trifft eher nicht zu
- trifft nicht zu
- diese Situation kam bisher nicht vor
- weiß ich nicht

53. Inwieweit stimmen Sie folgender Aussage zu? Es ist zeitlich schwer, die von mir betreute Person zum Arzt zu begleiten.

- trifft zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft nicht zu

54a. Wie viele verschiedene Arztpraxen besucht die von Ihnen betreute Person regelmäßig?

Bitte die Anzahl der Arztpraxen eintragen.

_____ Arztpraxen

54b. Bei wie vielen dieser Arztpraxen gibt es Zugangsprobleme (Barrieren wie z.B. kein Fahrstuhl vorhanden)?

Bitte die Anzahl der Arztpraxen eintragen.

_____ Arztpraxen

55a. Ist die Hausarztpraxis für Rollstuhlfahrer zu erreichen?

ja nein weiß ich nicht

55b. Gibt es innerhalb der Hausarztpraxis Barrieren?

ja nein weiß ich nicht

55c. Ist der Untersuchungsraum für Rollstuhlfahrer zu erreichen?

ja nein weiß ich nicht

55d. Sind die Untersuchungsinstrumente höhenverstellbar?

ja nein weiß ich nicht

55e. Bietet der Sanitärbereich für Rollstuhlfahrer ausreichend Platz?

ja nein weiß ich nicht

55f. Sind die Schilder in der Arztpraxis in gut lesbarer Schrift vorhanden?

ja nein weiß ich nicht

55g. Gibt es in der Arztpraxis Informationsmaterial in Leichter Sprache?

immer meistens manchmal selten nie weiß ich nicht

56. Inwieweit stimmen Sie folgender Aussage zu? Ärzten steht genügend Zeit für die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung zur Verfügung.

trifft zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft nicht zu

57. Inwieweit stimmen Sie folgender Aussage zu? Es ist schwierig, Ärzte zu finden, die auf die Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung eingestellt sind?

trifft zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft nicht zu

58. Wie beurteilen Sie die ambulante medizinische Versorgung insgesamt?

- sehr gut
- völlig ausreichend
- mittelmäßig
- schlecht
- völlig unzureichend

59. Welche Bereiche der aktuellen ambulanten medizinischen Versorgung beurteilen Sie als besonders gut?

Mehrfachantworten sind möglich.

- gute Terminabsprache
- wenig Wartezeit
- Offenheit im Umgang mit dem behinderten Menschen und dessen Bezugspersonen
- gute Information/Beratung
- Arzt nimmt sich viel Zeit
- gute Diagnostik
- andere Aspekte _____
- nichts ist besonders gut
- keine Angabe

60a. Abgesehen von Krankenhäusern oder dem Zahnarzt – wenn Sie einmal an die Erfahrung Ihrer betreuten Person mit Ärzten in den letzten zwölf Monaten denken, waren Sie da einmal so unzufrieden, dass Sie sich beschweren wollten?

- ja
- nein

60b. Wenn ja, haben Sie sich dann auch tatsächlich beschwert?

- ja
- nein

60c. Wenn Sie unzufrieden waren, was waren die Hauptgründe für Ihre Unzufriedenheit?

Mehrfachnennung möglich (maximal 5).

- Wartezeit für Termin
- Wartezeit beim Arzt / im Wartezimmer
- Praxismitarbeiter unhöflich / respektlos
- Arzt unhöflich / respektlos
- zu wenig Zeit beim Arzt/im Arztzimmer / für Besprechung
- Arzt macht keinen Hausbesuch
- Behandlung / Behandlungsvorschläge entsprachen nicht Erwartung
- von mir gewünschte Behandlung wurde vom Arzt verweigert
- falsche Behandlung / falsche Diagnose / Inkompetenz
- wurde nicht ernst genommen / Ignoranz
- Abrechnung / Honorar / finanzielle Angelegenheiten
- Wegstrecke zur Praxis / keine Praxis in der Nähe
- sonstiges _____

Es gibt eine Reihe von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, die von verschiedenen Anbietern durchgeführt werden und die sich beispielsweise mit Ernährung, Bewegung, Entspannung und Sport oder Fitness befassen. Teilweise werden solche Maßnahmen von den Krankenversicherungen finanziert.

61. Ist Ihnen dieses Angebot der Krankenversicherung bekannt?

ja nein

62a. Hat die von Ihnen betreute Person an solchen Maßnahmen (Kurse, Übungen, Beratungen) in den letzten 12 Monaten teilgenommen?

ja nein

62b. Wenn ja, bitte geben Sie an, welche Maßnahmen die von Ihnen betreute Person in den letzten 12 Monaten besucht hat und wie diese finanziert waren.
Mehrfachantworten möglich.

	ja, in den vergangenen 12 Monaten	Art der Finanzierung	
		vollständig / teilweise selbst finanziert	fremd finanziert (z.B. Krankenkasse, Lebenshilfe)
Gewichtsreduktion			
gesunde Ernährung			
Gymnastik			
Entspannung oder Stressbewältigung			
Fitness/Ausgleichssport			
Raucherentwöhnung			
Alkoholentwöhnung			
Medikamentenentwöhnung			
Sonstiges und zwar _____			

62c. Wenn ja, hat sich durch die Teilnahme an einer oder mehreren dieser Maßnahmen der Gesundheitszustand / das Befinden der von Ihnen betreuten Person verbessert?

ja nein

63. Wussten Sie, dass die Krankenkasse einen Teil der Kosten für solche Maßnahmen übernimmt?

ja nein weiß ich nicht

64. Wenn die von Ihnen betreute Person noch keine solche Maßnahme besucht hat, lag es daran:

Mehrfachantworten sind möglich

- ich wusste nicht, dass solche Kurse angeboten werden
- die aufwändige Organisation (Transport zu den Kursen, Begleitung während des Kurses) muss durch die Angehörigen/Betreuer geleistet werden
- ich konnte keinen Transport zum Kurs organisieren
- Kursinhalte sind nicht für Menschen mit einer geistigen Behinderung geeignet
- ich konnte keine Betreuung/Begleitung für die Kursdauer organisieren
- die von mir betreute Person wollte nicht teilnehmen
- die von mir betreute Person hat keinen Bedarf an diesen Kursen
- die Kosten für den Präventionskurs sind zu hoch
- anderer Grund _____
- weiß ich nicht

65. An welchem Ort sollten die Präventionskurse nach Möglichkeit angeboten werden?

- in der Werkstatt
- außerhalb der Werkstatt
- egal
- weiß ich nicht

66. Wenn die von Ihnen betreute Person Lust hat an einem Kurs teilzunehmen, würde sie den Kurs gerne besuchen mit...

- überwiegend anderen Menschen mit Behinderung
- überwiegend anderen Menschen ohne Behinderung
- Menschen mit Behinderung und Menschen ohne Behinderung
- weiß ich nicht

67. An welcher Maßnahme sollte die von Ihnen betreute Person Ihrer Meinung nach teilnehmen?

Bitte ankreuzen, Mehrfachantworten möglich

<input type="checkbox"/>	Gewichtsreduktion
<input type="checkbox"/>	gesunde Ernährung
<input type="checkbox"/>	Gymnastik
<input type="checkbox"/>	Entspannung oder Stressbewältigung
<input type="checkbox"/>	Fitness/Ausgleichssport
<input type="checkbox"/>	Raucherentwöhnung
<input type="checkbox"/>	Alkoholentwöhnung
<input type="checkbox"/>	Medikamentenentwöhnung
<input type="checkbox"/>	sonstiges und zwar _____

68. Gibt es Hindernisse, die die von Ihnen betreute Person davon abhalten, vorsorgende Maßnahmen wahrzunehmen oder ihren Arzt aufzusuchen?

69. Zukunftsperspektiven: Wenn Sie die Möglichkeit hätten, zukünftig etwas an der medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung zu verändern, was würden Sie dann ändern? Was würden Sie in jedem Fall beibehalten?

Verändern: _____

Beibehalten: _____

70. Zukunftsperspektiven: Welche Möglichkeiten sehen Sie, um die medizinische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung zu verbessern? Was müsste im Regelversorgungssystem verändert werden? *Mehrfachantworten sind möglich.*

- Änderung der Qualifikation des medizinischen Personals
- Medizinische Versorgungszentren mit Ärzten, die auf Menschen mit geistiger Behinderung spezialisiert sind
- Öffnung der Einrichtungen bzw. medizinische Möglichkeiten der Eingliederungshilfe
- Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) über das 18. Lebensjahr hinaus, „Ausbau“ der SPZ.
- Integrierte Versorgung, bei der Krankenhausabteilungen mit entsprechender Fachkenntnis stärker als bisher für eine spezialisierte, ambulante Versorgung geöffnet werden
- Erstellung eines Verzeichnisses qualifizierter Ärzte und Therapeuten
- Aufforderungsanschriften der Krankenkassen oder Ärzte zu Kontrolluntersuchungen
- Versorgungskomplexe, in denen Werkstätten, Tagesförderstätten, Kliniken, Wohnheime auf einem Gelände liegen, um dortiges Netzwerk zu nutzen

71. Was liegt Ihnen bezüglich der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung sonst noch am Herzen? Was möchten Sie uns noch mitteilen?

Persönliche Angaben zum Teilnehmer

72. Wie lautet das Geburtsdatum der von Ihnen betreuten Person?

				1	9		
Tag		Monat		Jahr			

73. Welches Geschlecht hat die von Ihnen betreute Person?

- männlich weiblich

74. Welche Krankenversicherung existiert bei der von Ihnen betreuten Person?

- gesetzliche Krankenversicherung
 private Krankenversicherung

75. In welcher Wohnform lebt die von Ihnen betreute Person?

Mehrfachantworten sind möglich.

- alleine
 bei den Eltern
 stationär (Wohnstätte)
 Betreutes Wohnen
 in einer Wohngemeinschaft
 mit Lebenspartner/in
 sonstiges und zwar _____

76. Seit wann lebt die von Ihnen betreute Person hauptsächlich in Deutschland?

- seit Ihrer Geburt seit _____ (Jahreszahl)

77. Verfügt die von Ihnen betreute Person über:

- die deutsche Staatsangehörigkeit ja
einen unbefristeten Aufenthalt ja
einen befristeten Aufenthalt ja

78. In welchem Land sind die Eltern Ihrer betreuten Person geboren?

- Mutter: in Deutschland in einem anderen Land: welches? _____
Vater: in Deutschland in einem anderen Land: welches? _____

Abschließend noch ein paar Fragen zum Ausfüller des Fragebogens

79. Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt?

- gesetzlicher Betreuer alleine
 gesetzlicher Betreuer zusammen mit dem Betreuten
 Angehöriger alleine
 Angehöriger zusammen mit der betreuten Person
 Beschäftigter alleine
 Mitarbeiter der Lebenshilfe
 sonstige Person, und zwar _____

80. Welche Erwerbssituation trifft auf Sie zu?

- vollzeiterwerbstätig
 teilzeiterwerbstätig
 Altersteilzeit (unabhängig davon, ob in der Arbeits-oder Freistellungsphase befindlich)
 Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit oder sonstige Beurlaubung
 nicht erwerbstätig (einschließlich: Schüler oder Studierende, Arbeitslosen, Vorruheständlern, Rentnern ohne Nebenverdienst)
 sonstiges und zwar _____

81. In welcher Beziehung stehen Sie zu Ihrem Betreuten?

Ich bin _____

82. In welchem Jahr sind Sie geboren?

83. Welches Geschlecht haben Sie?

- männlich weiblich

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Fragebogen für Beschäftigte der Werkstatt

-Modellprojekt Gesundheitsuntersuchung für Menschen mit geistiger Behinderung-

1a. Wie kommen Sie normalerweise zum Arzt?

- selbstständig ohne Begleitperson
- mit Begleitperson
- der Arzt kommt zu mir
- weiß ich nicht

1b. [Wenn „mit Begleitperson“ angegeben wurde]: Wer ist bei Arztbesuchen normalerweise diese Begleitperson?

Mehrfachantworten sind möglich

- Angehöriger, und zwar _____
- gesetzlicher Betreuer
- Mitarbeiter der Wohnstätte
- andere Person, und zwar _____

2. Wo soll der Arzt die Untersuchung durchführen?

- der Arzt soll die Gesundheitsuntersuchung in der Werkstatt durchführen
- der Arzt soll die Gesundheitsuntersuchung in der Praxis durchführen
- egal
- weiß ich nicht

3. Gehen Sie auch zum Arzt, wenn Sie keine Beschwerden haben? Nur um nachsehen zu lassen, ob alles gut ist?

- ja nein weiß ich nicht

4. Sagen Sie Anderen Bescheid, wenn Sie sich krank fühlen?

- immer meistens manchmal selten nie weiß ich nicht

5. Gehen Sie bei Beschwerden von sich aus zu einem Arzt?

- immer meistens manchmal selten nie weiß ich nicht

6a. Haben Sie Angst vor Arztbesuchen?

immer meistens manchmal selten nie weiß ich nicht

6b. Wenn ja, was macht Ihnen Angst?

7. Sind Sie mit Ihren Ärzten zufrieden?

ja teilweise nein weiß ich nicht

8. Reden Ihre Ärzte so mit Ihnen, dass Sie verstehen, was die Ärzte Ihnen sagen?

ja teilweise nein weiß ich nicht

9. Fühlen Sie sich von Ihren Ärzten verstanden?

ja teilweise nein weiß ich nicht

10. Geht es Ihnen nach Arztterminen besser?

ja teilweise nein weiß ich nicht

11. Halten Sie sich an Vereinbarungen mit Ihren Ärzten?

ja teilweise nein weiß ich nicht

12. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet sehr gut gut weniger gut schlecht

13. Sind Sie insgesamt mit Ihrer Gesundheit zufrieden?

ja
 neutral
 nein
 weiß ich nicht

14. Finden Sie, dass Sie häufig krank sind?

- ja
- nein
- weiß ich nicht

15a. An wie vielen Tagen in der Woche sind Sie körperlich so aktiv, dass Sie ins Schwitzen oder außer Atem geraten?

Es geht um eine durchschnittliche Woche.

Anzahl der Tage _____

- an keinem Tag
- weiß ich nicht

15b. Wenn Sie körperlich aktiv sind: wie lange sind Sie an diesen Tagen, an denen Sie durch Ihre körperliche Aktivität ins Schwitzen oder außer Atem geraten, durchschnittlich körperlich aktiv?

- weniger als 10 Minuten
- 10 bis unter 30 Minuten
- 30 bis unter 60 Minuten
- mehr als 60 Minuten

16. Wie oft treiben Sie Sport?

- keine sportliche Betätigung
- weniger als 1 Stunde in der Woche
- regelmäßig, 1-2 Stunden in der Woche
- regelmäßig, 2-4 Stunden in der Woche
- regelmäßig, mehr als 4 Stunden in der Woche
- weiß ich nicht

17a. Rauchen Sie zurzeit – wenn auch nur gelegentlich?

- nein, ich habe noch nie geraucht
- nicht mehr, ich habe aufgehört zu rauchen
- ja, gelegentlich
- ja, täglich

_____ Zigaretten/Tag

seit _____ Jahren

- weiß ich nicht

17b. Wenn Sie rauchen, wollen Sie das Rauchen aufgeben?

- nein, ich habe nicht vor mit dem Rauchen aufzuhören
- ja, ich denke darüber nach mit dem Rauchen aufzuhören
- ja, ich habe die feste Absicht mit dem Rauchen aufzuhören
- weiß ich nicht

18. Wie oft nehmen Sie Alkohol, z.B. ein Glas Wein, Bier, Mixgetränk, Schnaps oder Likör zu sich?

- nie
- 1 mal pro Monat oder seltener
- 2-4 mal im Monat
- 2-3 mal pro Woche
- 4 mal pro Woche oder öfter
- weiß ich nicht

19a. Bei Ihrem letzten Arztbesuch: Wie lange mussten Sie in der Praxis warten, bis Sie mit dem Arzt sprechen konnten?

- keine Wartezeit
- bis 15 Min.
- bis 30 Min.
- bis 60 Min.
- bis 2 h.
- über 2 h.
- weiß ich nicht

19b. War Ihnen die Wartezeit zu lang?

- ja
- nein
- weiß ich nicht

20a. Konnten Sie in den letzten 12 Monaten einmal einen Arzttermin kurzfristig nicht einhalten?

- ja
- nein
- weiß ich nicht

20b. Wenn ja, warum konnten Sie diesen Termin nicht einhalten?

Mehrfachantworten sind möglich.

- keine Zeit/andere Termine
- nicht mit der Arbeit vereinbar
- familiäre Gründe
- es war keine Begleitperson vorhanden
- gesundheitsbedingt/ihr ging es zu schlecht
- Arzt musste nach Hause kommen
- nicht mehr für notwendig erachtet/Problem gelöst/wieder gesund
- vergessen
- Angst vor Behandlung
- ist zu anderem Arzt gegangen
- kein Vertrauen zum Arzt
- sonstiges (bitte notieren) _____
- weiß ich nicht

Es gibt viele Angebote, die gut für die Gesundheit sind.
Man kann zum Beispiel einen Kurs besuchen.
Da wird man über eine gesunde Ernährung beraten.
Oder man lernt Übungen um sich zu entspannen.
Man kann aber auch einen Sportkurs besuchen.
Manchmal zahlt die Krankenversicherung diese Angebote.

21a. Haben Sie an solchen Maßnahmen (Kurse, Übungen, Beratungen) in den letzten 12 Monaten teilgenommen?

- ja nein weiß ich nicht

21b. Wenn ja, welche Maßnahme haben Sie in den letzten 12 Monaten besucht?

	Ja	Nein	Weiß ich nicht
Kurs, um mit dem Rauchen aufzuhören.			
Kurs, in dem Sie mehr über Bewegung im Alltag gelernt haben und Sie sich auch selbst bewegt haben?			
Kurs, in dem Sie etwas über gesunde Ernährung gelernt haben?			
Kurs, in dem Sie verschiedene Übungen gegen Stress und zur Entspannung gelernt haben?			

andere Maßnahme und zwar: _____

21c. Wenn ja, hat sich durch die Teilnahme an solch einem Angebot Ihre Gesundheit gebessert?

ja nein weiß ich nicht

22. An welchem Ort sollten solche Kurse angeboten werden?

- in der Werkstatt
- außerhalb der Werkstatt
- egal
- weiß ich nicht

23. Mit wem würden Sie den Kurs gerne besuchen?

- vor allem mit anderen Menschen mit Behinderung
- vor allem mit anderen Menschen ohne Behinderung
- Menschen mit Behinderung und Menschen ohne Behinderung
- weiß ich nicht

24. An welcher Maßnahme würden Sie gerne teilnehmen?

(Bitte ankreuzen, Mehrfachantworten möglich)

<input type="checkbox"/>	Gewicht abnehmen
<input type="checkbox"/>	Gesund Essen und Trinken
<input type="checkbox"/>	Gymnastik
<input type="checkbox"/>	Entspannung oder Stressbewältigung
<input type="checkbox"/>	Fitness/Ausgleichssport
<input type="checkbox"/>	Mit dem Rauchen aufhören
<input type="checkbox"/>	Weniger oder keinen Alkohol zu trinken
<input type="checkbox"/>	Weniger unnötige Medikamente einnehmen
<input type="checkbox"/>	sonstiges und zwar _____
<input type="checkbox"/>	Ich möchte an keiner Maßnahme teilnehmen
<input type="checkbox"/>	Weiß ich nicht

25. Wer hat den Fragebogen für Betreuer/Angewandte ausgefüllt?

- gesetzlicher Betreuer alleine
- gesetzlicher Betreuer zusammen mit dem Betreuten
- Angehöriger alleine
- Angehöriger zusammen mit der betreuten Person
- Mitarbeiter (Projektteilnehmer) alleine
- Angestellter der Lebenshilfe
- sonstige Person, und zwar _____
- weiß ich nicht

26. Möchten Sie uns noch etwas über Ihre Erfahrungen mit Ärzten berichten?

Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

9.8 FB3 – Fragebogen aufgesuchter Hausarzt

Sehr geehrte Kollegin,

sehr geehrter Kollege,

abschließend würden wir Ihnen gerne Fragen zu Ihrer persönlichen Meinung und Erfahrung bezüglich der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung stellen.

Die Beantwortung der Fragen entfällt, sollten Sie diesen Fragebogen bereits (im Rahmen der Untersuchung eines anderen Patienten) ausgefüllt und an die Universität Witten/Herdecke zurückgeschickt haben.

Ich habe die Fragen bereits beantwortet

1. In welchem Bereich sind Sie tätig?

Hausarzt/Allgemeinmediziner

Facharzt für: _____

2. Wie häufig haben Sie beruflich Kontakt zu Menschen mit einer geistigen Behinderung?

täglich

wöchentlich

monatlich

seltener

nie

3. Wie hoch ist der prozentuale Anteil an Menschen mit geistiger Behinderung unter Ihren Patienten?

_____ %

4. Bitte beziffern Sie den prozentualen Mehraufwand bei der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung.

_____ %

5. Haben Sie sich in Bezug auf das Thema „gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung“ weitergebildet?

ja

nein

6a. Betreuen Sie Einrichtungen der Behindertenhilfe?

ja

nein

6b. Wenn ja, wie häufig?

täglich

wöchentlich

monatlich

selten

7. Bitte bewerten Sie, inwiefern die folgenden Aussagen Ihrer Meinung nach zutreffen.

	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
Meine Praxis/mein Arbeitsplatz ist „barrierefrei“ im Hinblick auf die räumlichen Gegebenheiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung fühle ich mich sicher.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich verstehe die Äußerungen bzw. das Anliegen eines Patienten mit geistiger Behinderung immer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Untersuchung von Menschen mit geistiger Behinderung empfinde ich als eine große zeitliche Belastung. / stellt eine zeitliche Belastung im Praxisablauf dar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe das Gefühl, dass meine Arzthelfer/innen (MFA) sich gut mit dem Umgang von Menschen mit geistiger Behinderung auskennen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich biete Menschen mit geistiger Behinderung Hausbesuche an.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich befürworte eine Sprechstunde in der Werkstatt für Menschen mit geistiger Behinderung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Gesundheitsuntersuchung für Menschen mit geistiger Behinderung halte ich für sinnvoll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich informiere meine Patienten mit geistiger Behinderung über Präventionskurse, die von den Krankenkassen angeboten werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich glaube, dass Präventionskurse für Menschen mit geistiger Behinderung von Nutzen sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich interessiere mich für Fort- und Weiterbildungsangebote zum Thema „gesundheitliche Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Gebührenordnung / der EBM ermöglicht <u>keine</u> adäquate Abrechnung des bei der Behandlung von Patienten mit geistiger Behinderung entstehenden Mehraufwands.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In meiner Praxis/an meinem Arbeitsplatz gibt es verständliches medizinisches Informationsmaterial für Patienten mit geistiger Behinderung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Weiterbildungsangebot zum Thema „gesundheitliche Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung“ ist ausreichend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Praxis / mein Arbeitsplatz ist technisch auf die besonderen Anforderungen in der Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung eingerichtet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Welche Möglichkeiten sehen Sie, um die medizinische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung zu verbessern? Was müsste im Regelversorgungssystem verändert werden?

9. Gibt es aus Ihrer Sicht Hindernisse, die eine gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung erschweren?

10. Möchten Sie uns bezüglich der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung noch etwas mitteilen?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

9.9 EB1 – Erhebungsbogen Werkstattarzt

St ³ .	Datum der Untersuchung durch die Studienassistentin				
St.	Datum der Untersuchung durch den Arzt				
St.	Geschlecht	<input type="radio"/> weiblich		<input type="radio"/> männlich	
St.	Geburtsdatum des Teilnehmers	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
		Tag	Monat	Jahr	
Anamnese					
St.	Medikamente (die Angaben entstammen dem „Fragebogen für Betreuer und Angehörige“). Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: _____ Handelsname und Dosierung: _____ _____ _____				
St.	Nikotin: (aus dem „Fragebogen für Mitarbeiter“ übernommen)	<input type="radio"/> ja, täglich <input type="radio"/> ja, gelegentlich _____ Zigaretten/Tag seit _____ Jahren <input type="radio"/> nein, nicht mehr <input type="radio"/> habe noch nie geraucht			
St.	Alkoholkonsum (aus dem „Fragebogen für Mitarbeiter“ übernommen)	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> 1-mal pro Monat oder seltener <input type="radio"/> 2-4-mal im Monat <input type="radio"/> 2-3-mal pro Woche <input type="radio"/> 4-mal pro Woche oder öfter			
St.	Sportliche Betätigung (aus dem „Fragebogen für Mitarbeiter“ übernommen)	<input type="radio"/> keine sportliche Betätigung <input type="radio"/> weniger als 1 Stunde in der Woche <input type="radio"/> regelmäßig, 1-2 Stunden in der Woche <input type="radio"/> regelmäßig, 2-4 Stunden in der Woche <input type="radio"/> regelmäßig, mehr als 4 Stunden in der Woche			
St.	Impfpass <input type="radio"/> lag nicht vor, Grund: _____ erste dokumentierte Impfung _____ (Jahr)				
		Tetanus	Diphtherie	Keuchhusten	Masern
	bestehender Impfschutz	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

³ St. = Studienassistentin

Klinische Untersuchung, Befunde, Konsequenzen		
St.	Größe: (bitte selbstständig messen)	_____ cm
St.	Gewicht: (bitte selbstständig messen)	_____ kg
St.	BMI: (Gewicht in kg/Größe in m ²)	_____
St.	Verfügt der Patient über ein Hörgerät?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> weiß ich nicht
St.	Hörtest: (Flüstersprachentest aus ca. 3 Meter Entfernung hinter dem Teilnehmer) Frage z.B. „Was machen Sie am Wochenende?“	<input type="radio"/> ohne Probleme <input type="radio"/> mit Problemen <input type="radio"/> Test ist nicht durchführbar
St.	Verfügt der Patient über eine Brille?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> weiß ich nicht
St.	Sehtafeltest: (Distanz ca. 4,50m) Richtig erkannt: Visus: _____	<input type="radio"/> ohne Probleme <input type="radio"/> mit Problemen <input type="radio"/> Test ist nicht durchführbar
St.	Ggf. Liebesperlentest (Können 3 gelbe Liebesperlen vom Teller genommen werden?)	<input type="radio"/> ohne Probleme <input type="radio"/> mit Problemen <input type="radio"/> Test ist nicht durchführbar
St.	Instrument „plus12med“ rechter Fuß gemessen, benötigte Schuhgröße: Gr. _____ linker Fuß gemessen, benötigte Schuhgröße: Gr. _____ Schuhinnenlänge rechts (gemessen mit plus12med): Gr. _____ Schuhinnenlänge links (gemessen mit plus12med): Gr. _____ ggf. Schuhinnenlänge rechts (gemessen mit Maßband): _____ cm ggf. Schuhinnenlänge links (gemessen mit Maßband): _____ cm Schuhe: <input type="radio"/> zu klein <input type="radio"/> zu groß <input type="radio"/> passend Trägt der Patient Einlagen bzw. orthopädische Schuhe? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht einschätzbar	

St.

Wird eine Überprüfung der Passform bzw. die Abklärung nach dem Bedarf von Einlagen bzw. orthopädischen Schuhe empfohlen?

- ja
- nein
- nicht einschätzbar

Zutreffendes bitte ankreuzen

	Druckstelle	offene Wunde	eingewachsener Nagel	Hallux valgus	Fuß-/ Nagelpilz	Sonst
ja						
nein						

Befund der Fußuntersuchung:

Wird eine Weiterbehandlung der Füße empfohlen?

- ja
- nein

Verbleib beim Vertragsarzt

Krankenkasse

AOK BKK IKK
 Landwirtsch. Krankenkasse Knappschaft
 vdek

Alter

unter 35 50–54 70–74
 35–39 55–59 75–79
 40–44 60–64 80 u. älter
 45–49 65–69

Geschlecht

weiblich männlich
 Es wird gleichzeitig eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt? ja

Anamnese

Es wurde bereits eine Gesundheitsuntersuchung nach den Richtlinien durchgeführt? ja

Vorbestehende Krankheiten

	in der Eigenanamnese	in der Familienanamnese
Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonst. arter. Verschlusskrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperlipidämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Persönliche Risikofaktoren

Nikotinabusus Adipositas
 dauerhafte emotionale Belastungsfaktoren Alkoholabusus
 Bewegungsmangel

Befunde

krankhafte Veränderungen (ohne interkurrente Befunde)

Brustkorb (Inspektion)	<input type="checkbox"/>	Bewegungsapparat	<input type="checkbox"/>
Herzauskultation	<input type="checkbox"/>	Haut	<input type="checkbox"/>
Lungenauskultation	<input type="checkbox"/>	Sinnesorgane	<input type="checkbox"/>
Abdomenpalpation (einschl. Nierenlager)	<input type="checkbox"/>	Nervensystem	<input type="checkbox"/>
Fußpulse	<input type="checkbox"/>	Psyche	<input type="checkbox"/>
Karotisauskultation	<input type="checkbox"/>		

Blutdruck

bis 140/90 mmHg bis 180/105 mmHg
 bis 160/95 mmHg über 180/105 mmHg

Der relativ höhere Wert (systolisch oder diastolisch) bestimmt die Klassenzugehörigkeit (z.B.: 150/100 mmHg = bis 180/105 mmHg). Bei Werten über 140/90 mmHg ist eine zweite Messung durchzuführen und der Mittelwert aus beiden Messungen für die Klassenzuordnung zugrunde zu legen.

Labor

Blut Werte nachträglich auf dem Bogen „Ergebnisse der Laboruntersuchung“ eintragen

Gesamtcholesterin: bis 200 mg/dl
 201 bis 220 mg/dl
 221 bis 250 mg/dl
 251 bis 300 mg/dl
 über 300 mg/dl

Bestimmung des HDL/LDL-Cholesterins veranlaßt? ja

Glukosewert auffällig? ja

Harn

Eiweiß positiv Ery/Hb positiv Leukozyten positiv
 Glukose positiv Nitrit positiv

Neue Diagnose / Verdachtsdiagnose

(ohne interkurrente Erkrankungen)

neue gestellte Diagnose	davon behandlungsbedürftig	Abklärungsdiagnostik bei Verdacht auf bisher unbekanntes Erkennungsmerkmal empfohlen
Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
arterielle Verschlusskrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperlipidämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren-erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungen-erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
orthopädische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haut-erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung des Nervensystems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung der Psyche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Folgende Maßnahmen wurden veranlaßt

Ernährungs-umstellg./Diätber neu verordnete medikamentöse Therapie
 Nikotin-entwöhnung sonstiges
 Bewegungs-training keine speziellen Maßnahmen
 Entspannungs-techniken

Arzt	Falls „andere Krankheiten“ angekreuzt wurde: bitte die behandlungsbedürftige Krankheit benennen	
-------------	---	--

Arzt	Augen: Besteht ein Verdacht auf eine Katarakt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht einschätzbar
Arzt	Ist eine weitere Abklärung der Sehfähigkeit nötig?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht einschätzbar
Arzt	Ohren: Ist eine weitere Abklärung der Hörfähigkeit nötig?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht einschätzbar
Arzt	Uhrzeit der Blutentnahme:	_____ Uhr
Arzt	War der Patient bei der Blutentnahme nüchtern?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unklar
Zahn- -arzt	Ist das Gebiss sanierungsbedürftig?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht einschätzbar
Zahn- -arzt	DT (D=decayed) kariöse Läsion	_____ Anzahl betroffener Zähne
Zahn- -arzt	MT (M=missing) Zahn fehlt	_____ Anzahl fehlender Zähne
Zahn- -arzt	FT (f=filled) mit einer Füllung versorgt	_____ Anzahl betroffener Zähne
Zahn- -arzt	DMF(T)-Wert	_____ Summe betroffener Zähne
Zahn- -arzt	Empfehlung des Zahnarztes	_____ _____

9.10 EB2 - Erhebungsbogen aufgesuchter Hausarzt



Unterlagen für die Gesundheitsuntersuchung

Name des Teilnehmenden

(Vor- und Nachname)



Hier bitte die Ergebnisse der Laboruntersuchung und die Referenzbereiche des untersuchenden Labors eintragen:

	Wert	Einheit	Referenzbereich Ihres Labors	Einheit
	(abweichende Einheiten bitte eintragen)		(abweichende Einheiten bitte eintragen)	
TSH (basal)		mU/l		mU/l
Glucose		mg/dl		mg/dl
HbA1c		%		%
Cholesterin HDL		mg/dl		mg/dl
Cholesterin LDL		mg/dl		mg/dl
Gesamtcholesterin		mg/dl		mg/dl

Bitte senden Sie die Unterlagen in dem beiliegenden, adressierten Umschlag an die Universität Witten/Herdecke.

Universität Witten/Herdecke
 Institut für Gesundheitssystemforschung
 z. Hd. Frau Leibner
 Alfred-Herrhausen-Straße 50
 58448 Witten

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Abrechnungsbogen der Gesundheitsuntersuchung der aufgesuchten Hausärzte

wird ausgefüllt durch			
Arzt	Geburtsdatum des Teilnehmers		
Arzt	Datum der Untersuchung		
Arzt	Hat der Patient innerhalb der letzten zwei Jahre am Check-up 35 teilgenommen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Universität Witten/Herdecke		<input type="checkbox"/> Patient unter 35 Jahren	<input type="checkbox"/> Patient ab 35 Jahren
Universität Witten/Herdecke	Pauschale Vergütung des zusätzlichen Untersuchungs- und Dokumentationsaufwands für jeden Teilnehmer	25 €	
Universität Witten/Herdecke	Labor zusätzlich zur Gesundheitsuntersuchung HDL, analog EBM 32061: 0,25€ LDL, analog EBM 32062: 0,25€ HbA1c, analog EBM 32094: 4,00€ TSH analog EBM 32101: 3,00€		
Universität Witten/Herdecke	Gesundheitsuntersuchung wird analog zum EBM 01732 mit 31,52€ vergütet	31,52€	über KV*
Universität Witten/Herdecke	Summe in € (Überweisung durch die Universität Witten/Herdecke)		
Arzt	Kontoinhaber _____ Name der Bank _____ IBAN _____		
Arzt	Name und Anschrift des Arztes (Praxisstempel)		
Arzt	Datum und Unterschrift des Arztes		

* Die Untersuchung von Personen ab 35 Jahren wird als Check-up 35 über die KV abgerechnet.

Erhebungsbogen aufgesuchter Hausarzt:

Datum der Untersuchung				
Geschlecht	<input type="radio"/> weiblich		<input type="radio"/> männlich	
Geburtsdatum des Patienten	<input type="text"/> Tag	<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> Jahr	
Wie kam der Patient in Ihre Praxis?	<input type="radio"/> alleine <input type="radio"/> in Begleitung <input type="radio"/> weiß ich nicht			
Anamnese				
Welche Form der geistigen Behinderung liegt vor?	<hr/> <hr/> <hr/>			
Medikamente	Handelsname und Dosierung: <hr/> <hr/> <hr/>			
Nikotin	<input type="radio"/> ja, täglich <input type="radio"/> ja, gelegentlich _____ Zigaretten/Tag seit _____ Jahren <input type="radio"/> nein, nicht mehr <input type="radio"/> hat noch nie geraucht			
Alkoholkonsum	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> 1 Mal pro Monat oder seltener <input type="radio"/> 2-4 Mal im Monat <input type="radio"/> 2-3 Mal pro Woche <input type="radio"/> 4 Mal pro Woche oder öfter			
Sportliche Betätigung	<input type="radio"/> keine sportliche Betätigung <input type="radio"/> weniger als 1 Stunde in der Woche <input type="radio"/> regelmäßig, 1-2 Stunden in der Woche <input type="radio"/> regelmäßig, 2-4 Stunden in der Woche <input type="radio"/> regelmäßig, mehr als 4 Stunden in der Woche			
Impfpass <input type="radio"/> lag nicht vor, Grund: _____ erste dokumentierte Impfung _____ (Jahr)				
	Tetanus	Diphtherie	Keuchhusten	Masern
bestehender Impfschutz vor dem heutigen Termin	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Bitte ausfüllen

Klinische Untersuchung, Befunde, Konsequenzen

Berichtsvordruck Gesundheitsuntersuchung

angepasst an das Modellprojekt
„Gesundheitsuntersuchung für Menschen
mit geistiger Behinderung“

30

Verbleib beim Vertragsarzt

Krankenkasse

AOK BKK IKK
 Landwirtsch. Krankenkasse Knappschaft
 vdek

Alter

unter 35 50-54 70-74
 35-39 55-59 75-79
 40-44 60-64 80 u. älter
 45-49 65-69

Geschlecht

weiblich männlich

Es wird gleichzeitig eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt? ja

Anamnese

Es wurde bereits eine Gesundheitsuntersuchung nach den Richtlinien durchgeführt? ja

Vorbestehende Krankheiten

	in der Eigenanamnese	in der Familienanamnese
Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonst. arter. Verschlusskrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertlipidämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Persönliche Risikofaktoren

Nikotinabusus Adipositas
 dauerhafte emotionale Belastungsfaktoren Alkoholabusus
 Bewegungsmangel

Befunde

krankhafte Veränderungen (ohne interkurrente Befunde)

Brustkorb (Inspektion) Bewegungsapparat
 Herzauskultation Haut
 Lungenauskultation Sinnesorgane
 Abdomenpalpation (einschl. Nierenlager) Nervensystem
 Fußpulse Psyche
 Karotisauskultation

Blutdruck

bitte Messwerte eintragen

bis bis
 140/90 mmHg 180/105 mmHg
mmHg
 bis über
 160/95 mmHg 180/105 mmHg

Der relativ höhere Wert (systolisch oder diastolisch) bestimmt die Klassenzugehörigkeit (z.B.: 150/100 mmHg= bis 180/105 mmHg). Bei Werten über 140/90 mmHg ist eine zweite Messung durchzuführen und der Mittelwert aus beiden Messungen für die Klassenzuordnung zugrunde zu legen.

Labor

Blut Werte nachträglich auf der 1. Seite dieses Bogens eintragen

Gesamtcholesterin: bis 200 mg/dl
 201 bis 220 mg/dl
 221 bis 250 mg/dl
 251 bis 300 mg/dl
 über 300 mg/dl
 Bestimmung des HDL/LDL-Cholesterins veranlaßt? ja
 Glukosewert auffällig? ja

Harn durchgeführt ohne Befund

Eiweiß positiv Ery/Hb positiv Leukozyten positiv
 Glukose positiv Nitrit positiv

Neue Diagnose / Verdachtsdiagnose

(ohne interkurrente Erkrankungen)

	neu gestellte Diagnose	davon behandlungsbedürftig	Abklärungsdiagnostik bei Verdacht auf bisher unbekanntes Erkrankung eingeleitet
Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
arterielle Verschlusskrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperlipidämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren-erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungen-erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
orthopädische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haut-erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung des Nervensystems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung der Psyche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Folgende Maßnahmen wurden veranlaßt

Ernährungs-umstellg./Diätber. neu verordnete medikamentöse Therapie
 Nikotin-entwöhnung sonstiges
 Bewegungs-training keine speziellen Maßnahmen
 Entspannungstechniken

Falls „andere Krankheiten“ angekreuzt wurde: bitte die behandlungsbedürftige Krankheit benennen	_____
Wurde bei bestehenden Erkrankungen eine Therapieadaptation durchgeführt? Wenn ja, bitte kurz beschreiben.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein _____
Ohren: Verfügt der Patient über ein Hörgerät?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> weiß ich nicht
Hörtest: (Flüstersprachentest)	<input type="radio"/> ohne Probleme <input type="radio"/> mit Problemen <input type="radio"/> Test ist nicht durchführbar
Ist eine weitere Abklärung der Hörfähigkeit nötig?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht einschätzbar
Augen: Verfügt der Patient über eine Brille?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> weiß ich nicht
Besteht ein Verdacht auf eine Katarakt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht einschätzbar
Sehtafeltest:	<input type="radio"/> ohne Probleme <input type="radio"/> mit Problemen <input type="radio"/> Test ist nicht durchführbar
Ist eine weitere Abklärung der Sehfähigkeit nötig?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht einschätzbar
Uhrzeit der Blutentnahme:	_____ Uhr
War der Patient bei der Blutentnahme nüchtern?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unklar
Ist das Gebiss sanierungsbedürftig?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht einschätzbar
DT (D=decayed) kariöse Läsion	_____ Anzahl betroffener Zähne
MT (M=missing) Zahn fehlt	_____ Anzahl fehlender Zähne
FT (f=filled) mit einer Füllung versorgt	_____ Anzahl betroffener Zähne
DMF(T)-Wert	_____ Summe betroffener Zähne

Größe: <i>(bitte selbstständig messen)</i>	_____ cm					
Gewicht: <i>(bitte selbstständig messen)</i>	_____ kg					
Füße: Schuhe: <input type="radio"/> zu klein <input type="radio"/> zu groß <input type="radio"/> passend <i>ggf.</i> <i>Fußgröße:</i> _____ cm <i>Schuhinnenlänge:</i> _____ cm						
Zutreffendes bitte ankreuzen						
	Druckstelle	offene Wunde	eingewachsener Nagel	Hallux valgus	Fuß-/Nagelpilz	Sonstiges _____
ja						
nein						
Wird eine Weiterbehandlung der Füße empfohlen?		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				

9.11 Weitere Projektanlagen (werden auf Anfrage zur Verfügung gestellt)

Aufforderungsschreiben zur Teilnahme

Informationsschreiben über die Verlosung

Termin für die Untersuchung in der Werkstatt

Information für die Angehörigen/Betreuenden

Aufforderung zum Hausarzt zu gehen

Information für den niedergelassenen Hausarzt

Bericht der Gesundheitsuntersuchung

Begleitschreiben für die Angehörigen/Betreuenden

Begleitschreiben für den Zahnarzt