

Abschlussbericht zum Vorhaben

„Evaluation von Spezialambulanzen und gynäkologischen Sprechstundenangeboten zur gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung von Frauen mit Behinderung“

Förderkennzeichen: ZMVI1-2517FSB417

Laufzeit: 01.01.2018 - 30.06.2019

Fördersumme: 238.651.00€

vorgelegt von der

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften,
Arbeitsgruppe 7 – Umwelt und Gesundheit

Univ.-Prof. 'in Dr. Claudia Hornberg (Projektleitung),
Anja Hagemann (M.A.), Marleen Peters (M. Sc.), Stefanie Gillitzer (M. Sc.),
Rebecca Lätzsch (M. Sc.), Ivonne Wattenberg (M. Sc.),
Annabell Duda (B. Sc./WHF), Tatjana Liedtke (B.Sc./WHF), René Niggemann (B.A./WHF)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

Bielefeld, Juni 2019

Danksagung

Unser Dank gilt allen Beteiligten und Mitarbeitenden der kooperierenden gynäkologischen Spezialambulanzen und -angebote für Frauen mit Behinderung in Berlin, Bremen, Dachau, Erlangen und Frankfurt a. M. sowie allen weiteren Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern für die offenen, informativen und interessanten Gespräche. Ein großer Dank geht auch an Frau Ulrike Haase vom *Netzwerk behinderter Frauen Berlin e. V.*, die uns erheblich bei der Voraborganisation der Fokusgruppe in Berlin unterstützt hat.

Interessenskonflikte

Die Autorinnen und Autoren erklären, dass keine Interessenskonflikte vorliegen.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und Hintergrund	7
1.1	Ziele des Projektes	8
1.2	Projektaufbau, Strukturen und Verantwortlichkeiten.....	9
2	Methodisches Vorgehen	10
2.1	Erstellung einer Bestandsliste.....	10
2.2	Durchführung der qualitativen Befragung.....	11
2.2.1	Erstellung der Leitfäden.....	11
2.2.2	Auswahl der Teilnehmenden	13
2.2.3	Durchführung der Expertinnen- und Experteninterviews und Fokusgruppen	14
2.2.4	Auswertung der Interviews und Fokusgruppen	15
2.3	Good Practice-Beispiele	15
2.4	Workshop mit Expertinnen und Experten.....	16
3	Durchführung, Arbeits- und Zeitplan	18
4	Ergebnisse.....	19
4.1	Erstellung einer Bestandsliste (AP 1a).....	19
4.2	Ergebnisse der Befragung der Spezialambulanzen und gynäkologischen Sprechstundenangebote (AP1b und 2a).....	21
4.2.1	Entstehungsgeschichte und Rahmenbedingungen der Ambulanzen	21
4.2.2	Medizinische Versorgung	26
4.2.3	Barrierefreiheit und Gestaltung	30
4.2.4	Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung	31
4.2.5	Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen	32
4.3	Abfrage bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und weiteren Akteursgruppen (AP 1c).....	34
4.4	Partizipative Einbeziehung der betroffenen Frauen mittels Fokusgruppen (AP2b).....	39
4.5	Good Practice-Modelle anderer europäischer Länder (AP3).....	41
5	Diskussion der Ergebnisse	46

Inhaltsverzeichnis

5.1	Ausgangslage, Bestandssituation und Barrierefreiheit sowie weitere Versorgungsformen.....	46
5.1.1	Aspekte der gynäkologischen Versorgung in Spezialambulanzen	50
5.2	Diskussion der Methodik.....	63
6	Handlungsempfehlungen	65
7	Fazit und Ausblick.....	75
8	Gender Mainstreaming Aspekte.....	77
9	Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse	78
10	Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential)	78
11	Literaturverzeichnis.....	80
12	Anhang.....	85

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Darstellung der Bestandsaufnahme	10
Abbildung 2: Beispiel für eine (interaktiv nutzbare) Karte aller barrierefreien gynäkologischen Praxen in Deutschland.....	127
Abbildung 3: Beispiel Praxissuche mit Angabe der jeweiligen Merkmale der Barrierefreiheit	128

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Themenblöcke der Leitfäden nach Arbeitspakten	12
Tabelle 2: Übersicht über die kooperierenden Angebote.....	13
Tabelle 3: Darstellung der befragten Akteursgruppen und Erhebungsinstrumente	15
Tabelle 4: Merkmalsauswahl Barrierefreiheit bei Arztauskunftsdiensten der KVen.....	19
Tabelle 5: Einteilung der Praxen in bestätigt und nicht bestätigt barrierefrei.....	20
Tabelle 6: Übersicht über Pro- und Kontraargumente zu Spezialangeboten	38
Tabelle 7: Schwerpunkte der Aktionspläne/nationalen Strategien zur Umsetzung der UN-BRK in einzelnen europäischen Ländern	42
Tabelle 8: Übersicht über einzubeziehende Akteure und deren Aufgaben	69
Tabelle 9: Vor- und Nachteile der Angliederungsformen	70
Tabelle 12: Thematische Schwerpunkte der Interviews, dargestellt nach Akteursgruppe	104
Tabelle 10: Ergebnisse der Befragung der 5 kooperierenden gynäkologischen Spezialangebote	105
Tabelle 11: Ergebnisse der Befragung der zusätzlich ermittelten gynäkologischen Angebote	118

Abkürzungsverzeichnis

ÄK	Ärzttekammer
AKF	Arbeitskreis Frauenmedizin
BÄK	Bundesärztekammer
BVF	Berufsverband der Frauenärzte
BZÄK	Bundeszahnärztekammer
CeBeeF	Club Behinderter und ihrer Freunde e. V.
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland
FPZ	Familienplanungszentrum BALANCE Berlin
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
Gyn.	Gynäkologische/r/n
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
KK	Krankenkasse
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
LUKS	Luzerner Kantonsspital Sursee
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
MZEB	Medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung
NAP 2.0	Nationaler Aktionsplan 2.0 der Bundesregierung zur UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)
ÖPVN	Öffentlicher Personennahverkehr
RGU	Referat für Gesundheit und Umwelt
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SPZ	Schweizer Paraplegiker-Zentrum
UN	United Nations (dt.: Vereinte Nationen)
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
WHO	World Health Organization (dt.: Weltgesundheitsorganisation)
ZGF	Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau
ZSL	Zentrum für Selbstbestimmtes Leben Behinderter e. V.

Zusammenfassung

Der Zugang zu gynäkologischen Versorgungsangeboten ist für Frauen mit Behinderungen häufig mit vielen Barrieren verbunden. Neben Barrieren beim Zugang und der Ausstattung der Räumlichkeiten ist hier auch die unzureichende Finanzierung des zeitlichen Mehraufwands für Ärztinnen und Ärzte zu nennen. Im nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der *UN-BRK (NAP 2.0)* ist der Ausbau der gynäkologischen Versorgungsangebote für Frauen und Mädchen mit Behinderungen daher als ein zentraler Handlungsschwerpunkt definiert. Im Rahmen des Projektes sollten die Erfahrungen der bereits existierenden Spezialambulanzen, spezialisierten gynäkologischen Praxen und Sprechstundenangebote zur gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung von Frauen mit Behinderungen evaluiert und systematisiert werden. Grundlage des Projektes bildete folglich die Bestandsaufnahme und –analyse dieser Angebote. Dazu wurden leitfadengestützte qualitative Expertinnen- und Experteninterviews mit Initiatorinnen und Initiatoren, medizinischem Personal, Trägern und - wenn vorhanden - kooperierenden Organisationen von 5 kooperierenden Spezialambulanzen und gynäkologischen Sprechstundenangeboten in Deutschland geführt. Ergänzend wurden weitere Akteursgruppen (*Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztekammern, Fachgesellschaften, Behindertenverbände*) befragt. Auch Frauen mit Behinderungen wurden mittels Fokusgruppen partizipativ in das Forschungsvorhaben einbezogen. Im Rahmen einer Literaturrecherche wurden zudem Good Practice-Beispiele anderer europäischer Länder recherchiert und eine Übertragbarkeit auf Deutschland überprüft. Aus den Ergebnissen wurden Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der gynäkologischen Versorgungssituation von Frauen mit Behinderung abgeleitet, die bei einem Workshop mit Vertreterinnen und Vertretern aus Praxis, Politik und Wissenschaft sowie mit Frauen mit Behinderungen diskutiert wurden. Die Ergebnisse der Studie bestätigen die defizitäre gynäkologische Versorgungssituation für Frauen mit Behinderungen aufgrund unzureichender wohnortnaher barrierefreier Praxen. Die bestehenden gynäkologischen Spezialangebote bieten eine Möglichkeit, diese Versorgungslücke kurzfristig zu schließen. Problematisch sind hier jedoch die Einschränkung der freien Arztwahl, lange Anfahrtswege sowie unflexible Terminierung. Auch der Gründungsprozess wird häufig als aufwändig und langwierig beschrieben. Die Implementierung und Inbetriebnahme der Angebote ist zudem mit sehr viel (ehrenamtlichem) Engagement der Beteiligten verbunden. Es wird empfohlen, weitere dieser Angebote zu schaffen und hierfür die Rahmenbedingungen zu erleichtern. Gleichzeitig ist jedoch anzustreben, eine schnelle und ortsnahe inklusive gynäkologischen Regelversorgung zu gewährleisten. Hierfür bedarf es dringend finanzieller Zuschüsse zu barrierefreien Umbaumaßnahmen sowie einer finanziellen Vergütung des medizinischen Mehraufwandes. Der

vorliegende Bericht enthält Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der gynäkologischen Versorgung von Frauen mit Behinderungen auf beiden Ebenen - für politische Akteure und Gründungswillige.

1 Einleitung und Hintergrund

Das gesellschaftliche und politische Bewusstsein zur gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit Behinderungen hat - ausgehend von der *UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)* (BMAS 2011) - in den vergangenen Jahren zugenommen. Eine gleichberechtigte Teilhabe beinhaltet dabei auch eine gleichberechtigte gesundheitliche Versorgung. Damit einher geht das Ziel eines umfassenden und barrierefreien Zugangs zu allen individuellen und bedarfsdeckenden Leistungen der Gesundheitsversorgung, Rehabilitation und Pflege, Gesundheitsförderung und Prävention (Schülle und Hornberg 2016).

Im *Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK (NAP 2.0)* ist der Ausbau der gynäkologischen Versorgung durch gynäkologische Praxen und Ambulanzen für Frauen und Mädchen mit Behinderungen als ein zentraler Handlungsschwerpunkt definiert. Die Bundesregierung hat sich dazu verpflichtet, in Kooperation mit den Ländern zu sondieren, „welche Maßnahmen geeignet sind, das gynäkologische Versorgungsangebot für Frauen mit Behinderungen zu verbessern“ (BMAS 2016a, S.98).

Derzeit erfolgt die gynäkologische und geburtshilfliche Versorgung von Frauen mit körperlichen und geistigen Behinderungen hauptsächlich über die niedergelassenen gynäkologischen Praxen. Hier stoßen Frauen mit Beeinträchtigungen jedoch häufig auf zahlreiche Barrieren im Zugang sowie bei der Versorgung selbst. Neben Barrieren beim Zugang und der Ausstattung der Räumlichkeiten sowie nicht barrierefrei zugänglichem Untersuchungsmobiliar führen auch fehlende Möglichkeiten, den zeitlichen Mehraufwand in der ärztlichen Versorgung finanziell abzubilden sowie fehlende finanzielle Anreize zur barrierefreien Praxisgestaltung dazu, dass der Zugang zu gynäkologischen Versorgungsangeboten in Deutschland für Frauen mit Behinderungen oftmals erschwert ist. Auch unzureichenden Qualifikationen und Erfahrungen im Umgang mit Patientinnen mit Behinderungen stehen einem vorurteilsfreien Umgang und einer niedrigschwelligen Arzt-/Ärztin-Patientinnen-Kommunikation im Wege. Nicht selten ist die Versorgung in hohem Maß vom individuellen Engagement der Gynäkologinnen und Gynäkologen abhängig (pro familia 2009; AKF 2018; Strittmatter 2016). Aufgrund dieser vielschichtigen Zugangsbarrieren und unzureichender Versorgungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich nehmen viele Frauen und Mädchen mit Behinderungen Vorsorgeuntersuchungen deutlich seltener wahr als Frauen ohne Behinderungen und suchen oftmals erst bei schwerwiegenden Beschwerden eine Praxis auf (Hassele 2015; Hornberg & Wattenberg 2016). Ein anderer Grund hierfür liegt darin, dass Frauen mit Behinderungen sexuelle Selbstbestimmung und gelebte Sexualität häufig abgesprochen wird. „Entsprechend findet Aufklärung über Sexualität, Verhütung und den eigenen Körper durch Familie oder Betreuungspersonen oft nicht statt. Gynäkologische Untersuchungen werden in solchen Fällen ggf. als nicht notwendig wahrgenommen“ (Kompe-

tenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW 2018, S.7). Auch erhalten Frauen mit Behinderungen weniger häufig und regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen wie Brustkrebs-Screeninguntersuchungen (Hasseler 2015). Diese gesundheitliche Unterversorgung von Menschen mit Behinderungen hat negative Auswirkungen für die Betroffenen, wie „eine Verschlechterung der gesundheitlichen Lage, die Chronifizierung bestehender Leiden, die Zunahme psychischer und psychosozialer Belastungen und Störungen und insgesamt die Verschlechterung der Lebensqualität der Patient/innen“ (Hornberg & Wattenberg, 2016, S. 110).

Um dieser Unterversorgung entgegenzuwirken, wurden gynäkologische Spezialangebote für Frauen mit Behinderungen eingerichtet. Im Rahmen des Forschungsvorhabens „Evaluation von Spezialambulanzen und gynäkologischen Sprechstundenangeboten zur gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung von Frauen mit Behinderung“ erfolgte eine Bestandsaufnahme und Analyse von Spezialambulanzen, spezialisierten Praxen und Sprechstundenangeboten für Frauen mit Behinderungen in Deutschland, um den aktuellen Stand der Umsetzung der *UN-BRK* zu erfassen und eine Grundlage für die weitere Verbesserung der gynäkologischen Versorgungssituation für Frauen mit Behinderungen zu schaffen.

1.1 Ziele des Projektes

Folgende Zielebenen wurden für das Projekt definiert:

- 1) Bestandsaufnahme und -analyse der bereits bestehenden Spezialambulanzen, spezialisierten Praxen und gynäkologischen Sprechstundenangebote für Frauen mit Behinderung¹
- 2) Identifikation von Erfolgsfaktoren, Hindernissen und Rahmenbedingungen bestehender Angebote in Deutschland (u.a. unter Einbeziehung von verschiedenen Fachgesellschaften, Behindertenverbänden, Selbstvertretungen, Runden Tischen und Arbeitskreisen, *Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen)* und *Ärzttekammern (ÄK)*)
- 3) Identifikation der Bedarfe und Bedürfnisse von Frauen mit Behinderung hinsichtlich der gynäkologischen Versorgung
- 4) Identifikation und Aufbereitung von 3 Good Practice Modellen anderer europäischer Länder und deren Übertragungsmöglichkeiten für Deutschland
- 5) Entwicklung und Ableitung von Handlungsempfehlungen für eine optimierte gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderungen gemäß *NAP 2.0*; Berichterstellung; Diskussion der Handlungsempfehlungen bei einem Workshop mit Expertinnen und Experten

¹ Mit den 5 bis dahin bekannten gynäkologischen Spezialangeboten in Berlin, Bremen, Dachau, Erlangen und Frankfurt wurden bereits im Rahmen des Projektantrags Kooperationsverträge geschlossen.

1.2 Projektaufbau, Strukturen und Verantwortlichkeiten

Der Aufbau des Projektes in einzelnen Handlungspaketen sowie die zeitliche Struktur des Vorgehens sind dem Arbeits- und Zeitplan (Anhang A: Arbeits- und Zeitplan) und dem folgenden Kapitel, in welchem die Methodik vorgestellt wird, zu entnehmen.

Verantwortlich für die Projektleitung ist Frau Univ.-Prof. 'in Dr. Claudia Hornberg, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften.

2 Methodisches Vorgehen

Zum Erreichen der Teilziele und für die Entwicklung von Handlungsempfehlungen wurde ein empirisch qualitativer, also explorativer Ansatz gewählt, der sich durch eine Methodenvielfalt auszeichnet. Das Vorgehen ist in Abbildung 1 dargestellt.



Abbildung 1: Darstellung der Bestandsaufnahme (Quelle: eigene Darstellung).

2.1 Erstellung einer Bestandsliste

Zur Erfassung barrierefreier gynäkologischer Praxen erfolgte zunächst eine explorative Internetrecherche sowie eine Recherche über verschiedene Arztauskunftsdienste. Gearbeitet wurde dann mit den Arztauskunftsdiensten auf den Webseiten der KVen. Alle 17 Landes-KVen stellen auf ihrer Homepage einen solchen Dienst zur Verfügung, bei welchem es eine Filterfunktion ermöglicht, die Suche jeweils nach frei wählbaren Merkmalen einzugrenzen. Allerdings bieten nur 15 davon die Möglichkeit, auch Barrierefreiheit als Merkmal anzugeben oder hinsichtlich bestimmter Merkmale der Barrierefreiheit näher einzugrenzen. Für die auf diese Weise als barrierefrei identifizierten Praxen wurden die Angaben zur Barrierefreiheit mit dem Internetauftritt der jeweiligen Praxis abgeglichen. Es galt festzustellen, ob sich die Angaben über das Vorliegen von entsprechenden Merkmalen in der Suchfunktion auf

der jeweiligen Webseite bestätigen lassen. Die Ergebnisse wurden anschließend in einer Gesamtliste zusammengeführt, welche dem angehängten Dokument „Bestandsliste barrierefreier gynäkologischer Praxen_E-GYN_FMB“ zu entnehmen ist.

2.2 Durchführung der qualitativen Befragung

Den zentralen Fokus des Vorhabens bildete die qualitative telefonische Befragung verschiedener Akteurinnen und Akteure (z.B. Initiatorinnen und Initiatoren, medizinisches Personal, Trägern sowie - wenn vorhanden - kooperierende Organisationen) von Spezialambulanzen und gynäkologischen Sprechstundenangeboten (AP 1b und 2a). Ergänzend zu dieser Befragung wurden weitere telefonische Expertinnen- und Experteninterviews mit Vertretungen von *KVen*, *Ärzttekammern*, *Fachgesellschaften* und *Behindertenverbänden* durchgeführt (AP 1c). Zudem wurden betroffene Frauen mittels Fokusgruppen partizipativ mit einbezogen (AP 2b). Das Vorgehen bei der Erstellung der Leitfäden, der Auswahl der Interviewpersonen, der Durchführung und der Auswertung für alle Expertinnen- und Experteninterviews sowie Fokusgruppen wird im Folgenden zusammen erläutert. Die Interviewleitfäden können Anhang B: Leitfaden Spezialangebote, Anhang C: Leitfäden weitere Akteure und Anhang D: Leitfaden Fokusgruppen entnommen werden.

2.2.1 Erstellung der Leitfäden

Es wurden insgesamt 6 verschiedene Interviewleitfäden mit jeweils unterschiedlichen Themenblöcken und Schwerpunkten für die folgenden Akteursgruppen erstellt:

- 1) Spezialambulanzen und gynäkologische Sprechstundenangebote
- 2) *Kassenärztliche Vereinigungen (KVen)*
- 3) *Ärzttekammern*
- 4) Fachgesellschaften und Berufsverbände
- 5) Behindertenverbände und -selbstvertretungen
- 6) Frauen mit Behinderungen (Fokusgruppen)

Für die telefonische Befragung der Expertinnen und Experten sowie die Fokusgruppen wurden strukturierte qualitative Leitfäden erstellt. Entlang eines Erhebungsrasters wurden nach dem Prinzip „so offen wie möglich, so strukturiert wie nötig“ (Helfferich 2014, S. 560) ein Fragenkatalog konzipiert. Dieser enthielten neben einzelnen Erzählaufforderungen offene und geschlossene Fragen. Die Fragen wurden in Anlehnung an das SPSS-Prinzip (Helfferich 2011) zunächst gesammelt, dann auf Zielführung geprüft, nach Detailfragen unter grobthematische Fragen subsumiert und schließlich den Themenblöcken zugeordnet und der Leitfaden daraus erstellt. Bei den Expertinnen- und Experteninterviews erfolgte eine individuelle Adaptation des Leitfadens an die jeweilige Interviewperson. Eine fortwährende

Anpassung und Optimierung der Fragen fand während der Erhebungszeiträume statt. In Tabelle 1 sind die Themenblöcke der einzelnen Interviews dargestellt.

Tabelle 1: Themenblöcke der Leitfäden nach Arbeitspakten (Quelle: eigene Darstellung).

Spezialambulanzen und gynäkologische Sprechstundenangebote (AP 1b + 2a)	Ergänzende Befragung (AP 1c)	Fokusgruppen (AP 2b)
Entstehungsgeschichte und organisatorischer Rahmen	Gynäkologische Versorgungssituation von Frauen mit Behinderung	Frauenärztliche Versorgung
Inanspruchnahme/ Versorgungssituation/ Konzept	Einbezug eines gynäkologischen Angebotes bei den MZEB	Vertrauensverhältnis
Öffentlichkeitsarbeit/ Kommunikation	Barrierefreiheit	Barrierefreiheit und Transparenz
Rechtliche Grundlagen und Finanzierung	Rechtliche und finanzielle Aspekte	Gemeinsame Entscheidungsfindung
Ausblick/ Resümee	Kenntnisse über weitere Versorgungsangebote	Nutzung von Spezialangeboten
	Konzepte der mobilen gynäkologischen Versorgung	

Spezialambulanzen und gynäkologische Sprechstundenangebote

Im Zentrum des Erkenntnisgewinns des AP 1b + 2a stand die Identifikation und Auswertung von Erfahrungen, Erfolgsfaktoren und Hindernissen der Spezialambulanzen und gynäkologischen Sprechstundenangebote in Deutschland. Zusätzlich erfolgte eine Erhebung von Strukturdaten mittels eines Fragebogens (Anhang E: Fragebogen zur Erhebung der Strukturdaten/ Checkliste), welchen die jeweiligen Kontaktpersonen der 5 bestehenden Spezialangebote im Vorfeld der Befragung erhielten. Folgende Themenblöcke waren darin enthalten:

- Themenblock I: Patientinnenkontakte
- Themenblock II: Allgemeine Strukturdaten
- Themenblock III: Angaben zur Barrierefreiheit

Die Ergebnisse der Fragebögen wurden mit den Ergebnissen aus den Expertinnen- und Experteninterviews verschränkt.

Ergänzende Befragung weiterer Akteursgruppen

Die Leitfäden des AP 1c für die 4 weiteren Akteursgruppen (1) *KVen*, (2) *Ärzttekammern*, (3) *Fachgesellschaften* und *Berufsverbände* sowie (4) *Behindertenverbände* und *Selbstvertretungen* waren vergleichbar aufgebaut, fokussierten jedoch unterschiedliche thematische

Aspekte und Schwerpunkte. Die jeweiligen Themenschwerpunkte können Tabelle 10 im Anhang F entnommen werden.

Über die qualitative telefonische Befragungen hinaus erfolgte eine schriftliche Befragung per E-Mail bei den *Beauftragten der Bundesländer für die Belange von Menschen mit Behinderung*, den *Landesnetzwerken für Frauen mit Behinderung* (falls vorhanden) sowie bei den bereits existierenden oder derzeit neu entstehenden *Medizinischen Zentren für Erwachsene mit einer geistigen Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderung (MZEB)*, um mögliche regionale Besonderheiten und Aktivitäten zu identifizieren und zu erfassen, inwiefern gynäkologische Behandlungen zum Leistungsspektrum der *MZEB* zählen.

Fokusgruppen

Der Leitfaden für die Fokusgruppe zur partizipativen Einbeziehung der betroffenen Frauen mittels Fokusgruppengespräche (AP 2b) enthielt insbesondere Aspekte, welche die Erhebung von Bedarfen und Bedürfnissen sowie Verbesserungswünschen und Optimierungsbedarfen aus Sicht der Frauen mit Behinderungen ermöglichten.

2.2.2 Auswahl der Teilnehmenden

Im Vorfeld der Befragung erfolgte die Auswahl der potenziellen Interviewpersonen auf Basis vorab definierter Kriterien in Anlehnung an Gläser und Laudel (2010). So sollten die Expertinnen und Experten über präzises Wissen verfügen und Informationen geben können, zu der Teilnahme an der Befragung einwilligen sowie innerhalb eines gewissen Befragungszeitraums verfügbar sein. In die Studie eingebunden waren die in Tabelle 2 dargestellten Spezialambulanzen und gynäkologische Sprechstundenangebote:

Tabelle 2: Übersicht über die kooperierenden Angebote (Quelle: eigene Darstellung).

Ort	Einrichtung
Berlin	Gynäkologische Sprechstunde, <i>Familienplanungszentrum BALANCE (FPZ)</i>
Bremen	<i>Barrierefreie gynäkologische Praxis in der Frauenklinik im Klinikum Bremen-Mitte</i>
Dachau ²	Ambulanz für Frauen mit Behinderung, <i>Frauenklinik HELIOS Amper-Klinikum Dachau</i>
Erlangen	Spezialambulanz für Frauen und Mädchen mit Behinderung, <i>Frauenklinik am Universitätsklinikum Erlangen</i>
Frankfurt am Main	Gynäkologische Sprechstunde, <i>pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V. Ortsverband Frankfurt a.M</i>

² Das gynäkologische Spezialangebot an der Frauenklinik Dachau wurde inzwischen eingestellt. Zum Zeitpunkt der Erhebung im Rahmen der Studie existierte dieses Angebot noch. Die Ergebnisse wurden daher in die Analyse und Diskussion einbezogen.

Da bereits vor Projektstart Kontakt zu und Kooperationsverträge mit den 5 beteiligten gynäkologischen Angeboten bestanden, waren die jeweiligen Ansprechpersonen bereits bekannt. Weitere Interviewpersonen konnten mithilfe der bereits vorhandenen Kontakte im Schneeballsystem identifiziert und kontaktiert werden. Weitere Interviewanfragen erhielten alle 17 KVen, die *Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)*, die 17 *Ärztetkammern*, die *Bundesärztekammer (BÄK)* sowie Fachgesellschaften, die sich mit der Thematik Gynäkologie und Geburtshilfe oder mit dem Thema Behinderung befassen. Zusätzlich wurden diverse Behindertenverbände über die Seite *Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung*³ eruiert.

Die Rekrutierung der potenziellen Teilnehmerinnen für die 2 Fokusgruppen in Berlin und Bielefeld, erfolgte über bereits bestehende Verbindungen und Vernetzungen der Universität Bielefeld zu verschiedenen Kooperationspartnerinnen und -partnern sowie Projekten. Für die Fokusgruppe in Berlin konnte das *Netzwerk behinderter Frauen Berlin e. V.* als Mitveranstalter gewonnen werden. Auswahlkriterium für die Teilnahme an der Fokusgruppe war das Vorliegen einer körperlichen oder anderen Behinderungsform. Darüber hinaus war möglichst der Einbezug verschiedener Altersgruppen und Versorgungsbedarfe (u.a. Vorsorge, Kinderwunsch, gynäkologische Beschwerden) vorgesehen. Da es sich um eine vulnerable Zielgruppe handelt, wurde das Vorhaben zunächst mit der Ethikkommission der *Universität Bielefeld* abgestimmt und konnte dann wie geplant durchgeführt werden.

2.2.3 Durchführung der Expertinnen- und Experteninterviews und Fokusgruppen

Zu Beginn des Projektes wurden die Kontaktpersonen der Spezialambulanzen und gynäkologischen Sprechstundenangebote kurz über den aktuellen Stand des Vorhabens informiert und um einen Termin zur telefonischen Befragung gebeten. Die Ansprechpersonen der weiteren gynäkologischen Angebote sowie weiterer Akteursgruppen wurden zunächst telefonisch oder per E-Mail über die Bestandsaufnahme und die Befragung informiert und ggf. ein Interviewtermin vereinbart.

Alle Interviewpersonen erhielten zur Vorbereitung auf das Gespräch im Vorfeld die Themen sowie Informationen zur Weiterverarbeitung der Daten und Einhaltung der Datenschutzrichtlinien. Diese standen auch jeweils in einfacher Sprache zur Verfügung und kann dem Anhang I: Datenschutzvereinbarung entnommen werden.

Alle Interviews und Fokusgruppen wurden mit Einwilligung der Teilnehmenden per Audiomitschnitt dokumentiert. Mithilfe eines sogenannten Postskriptums erfolgte unmittelbar nach den Interviews eine Dokumentation der Gesprächssituation, in welchem bspw. Besonderheiten der Interviewsituation festgehalten wurden. Diese Informationen konnten bei der Auswertung des qualitativen Materials berücksichtigt werden.

³ www.diefachverbaende.de

2.2.4 Auswertung der Interviews und Fokusgruppen

Die Auswertung der telefonischen Interviews und Fokusgruppen erfolgte in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (1983). Diese Methode bietet sich insbesondere bei der Aufbereitung von großen Materialmengen an. Die Grundlage der Analyse stellte ein Kategoriensystem dar. Bei den Kategorien handelte es sich um Analyseaspekte, die sich entweder aus den Themenblöcken der Leitfäden (deduktive Kategorienbildung) ergaben oder um aus dem Material heraus entwickelte Kategorien (induktive Kategorienbildung). Die inhaltstragenden Passagen der Interviews wurden paraphrasiert und die Aussagen dem Kategoriensystem zugeordnet. Anschließend wurden die Ergebnisse für die einzelnen Akteursgruppen in einer Ergebnistabelle aufbereitet, zusammengefasst und gebündelt. Im Rahmen der telefonischen und schriftliche Befragung sowie der Fokusgruppengespräche konnten insgesamt 78 Personen befragt werden. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die befragten Akteursgruppen, das Erhebungsinstrument sowie die Anzahl der einbezogenen Antworten.

Tabelle 3: Darstellung der befragten Akteursgruppen und Erhebungsinstrumente (Quelle: eigene Darstellung).

Akteursgruppe	Art der Erhebung	Anzahl der Befragten
Spezialambulanzen, gynäkologische Sprechstundenangebote in Berlin, Bremen, Dachau, Erlangen, Frankfurt	Telefonische/ persönliche Expertinnen- und Experteninterviews, z.T. Begehungen	15
Weitere identifizierte gynäkologische Angebote für Frauen mit Behinderung	Telefonische Expertinnen- und Experteninterviews	7
Kassenärztliche Vereinigungen (KVen)	Mailabfrage, z.T. telefonische Expertinnen- und Experteninterviews	8
Ärztekammer, Bundesärztekammer	Telefonische Expertinnen- und Experteninterviews	10
Fachgesellschaften, Berufsverbände, Runde Tische, Behindertenverbände und Selbstvertretungen	Telefonische Expertinnen- und Experteninterviews	12
Netzwerke von und für Frauen mit Behinderungen, Behindertenbeauftragte der Länder	Schriftliche Befragung	14
Frauen mit Behinderungen	Fokusgruppen, telefonische/ persönliche/ schriftliche Expertinneninterviews	12
	Gesamt	78

2.3 Good Practice-Beispiele

Ziel dieses Arbeitspaketes war die Identifikation von 3 Good Practice-Modellen anderer europäischer Länder. Der Auswahl von Beispielen lagen u.a. folgende, zuvor definierte Kriterien zugrunde:

- Vorliegen einer Evaluation, Organisationsstruktur bzw. Übertragungsmöglichkeit für Deutschland
- Akzeptanz durch die Nutzerinnen.

Die Analyse der unterschiedlichen Angebote sollte anhand der unten genannten, ebenfalls im Vorhinein festgelegten Aspekte erfolgen:

- Gesetzliche Ausgangslage
- Art der Angebote
- Konzepte der mobilen Versorgung
- Erfahrungen
- Übertragungsmöglichkeiten ggf. differenziert nach Bundesländern für Deutschland

Zunächst erfolgte eine systematische Recherche in verschiedenen Datenbanken. Da im Rahmen dieser Recherche keine Angebote identifiziert werden konnten, erfolgte in der Datenbank *MiNDbank* der *WHO* eine Suche nach länderspezifischen Aktionsplänen und Strategien zur Umsetzung des Übereinkommens der *Vereinten Nationen (United Nations: UN)* über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. So sollten Strategien und Maßnahmen zur Umsetzung des Artikels 25 der *UN-BRK* identifiziert werden. Im Fokus der Recherche standen die Nachbarländer von Deutschland sowie die skandinavischen Länder, da diese ähnliche Versorgungssysteme haben, wodurch eine Vergleichbarkeit anzunehmen ist. Einen besonderen Stellenwert nahm die Betrachtung der Aktionspläne und Strategien in Bezug auf die geplanten Maßnahmen im Bereich Gesundheit ein. Darüber hinaus wurde auf Webseiten der Regierung und von Behindertenverbänden sowie der *Initiative Zero*, die eine internationale Datenbank mit Projekten zur Umsetzung der *UN-BRK* führt, recherchiert, um weiterführende Informationen über die Umsetzung der *UN-BRK*, Projekte oder politische Regelungen zur Verbesserung der gynäkologischen Versorgung von Frauen mit Behinderungen zu eruieren. Auch hier fand eine Prüfung auf Good Practice-Beispiele im Bereich der gynäkologischen Versorgung statt. Es fanden nur die Pläne und Strategien Berücksichtigung, die in deutscher oder englischer Sprache verfügbar waren. Zudem wurden Berichte der *UN* und Alternativberichte (sofern vorhanden) über die Umsetzungsmaßnahmen der *UN-BRK* im Bereich Gesundheit einbezogen, um auch hier mögliche Maßnahmen im Bereich der gynäkologischen Versorgung zu identifizieren.

2.4 Workshop mit Expertinnen und Experten

Auf Basis der umfangreichen Bestandsaufnahme wurden Handlungsempfehlungen entwickelt, inwieweit Spezialambulanzen einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung leisten können und wie die gynäkologische und geburtshilfliche Regelversorgung für Frauen mit

Behinderungen verbessert werden kann. Im Rahmen eines Workshops wurde anschließend mit Vertreterinnen und Vertretern der befragten Akteursgruppen die in der Evaluation eruierten Herausforderungen und die dazu ausgearbeiteten Handlungsansätze innerhalb kleinerer Gruppen diskutiert. Durch die praktischen Erfahrungen, die Expertise und die verschiedenen Perspektiven der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure konnten die bereits formulierten Handlungsempfehlungen auf Praxistauglichkeit und Zielgruppenspezifität überprüft und ergänzt werden. In zwei Gruppen wurden folgende Oberthemen diskutiert:

- Finanzielle und strukturelle Rahmenbedingungen von Spezialangeboten
- Verbesserung der Barrierefreiheit in der Regelversorgung

Im Anschluss an die Gruppengespräche wurden ausgewählte Themen im Plenum diskutiert. Die Ergebnisse des Workshops wurden dokumentiert und in die Handlungsempfehlungen eingearbeitet.

3 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Die Durchführung des Projektes bewegte sich im Rahmen der veranschlagten Arbeits- und Ausgabenplanung (Anhang A: Arbeits- und Zeitplan). Einzelne Abweichungen vom geltenden Arbeitsplan werden nachfolgend erläutert. Alle zeitlichen Verzögerungen konnten innerhalb der Projektlaufzeit aufgeholt werden, sodass das Projekt fristgerecht abgeschlossen werden konnte.

Anmerkungen zu Arbeitspaket 1c (Abfrage bei den Kassenärztlichen Vereinigungen [KVen])

Der Abschluss des Arbeitspakets 1c hat sich, wie bereits im Statusbericht von Oktober 2018 angekündigt, deutlich verzögert, da durch schriftliche und telefonische Bemühungen nur vereinzelt KVen zu einer Teilnahme motiviert werden konnten. Die anschließende Konzeption einer schriftlichen Befragung sowie deren Etablierung bei den KVen nahmen zusätzliche zeitliche Ressourcen in Anspruch. Da im 4. Quartal 2018 8 der 17 KVen an dieser Befragung teilnahmen, lässt sich der Mehraufwand als lohnenswert einschätzen.

Der Einbezug weiterer Akteursgruppen (*Ärztekammern, Fachgesellschaften, Runde Tische, MZEB*) führte ebenfalls dazu, dass das Arbeitspaket 1c erst im 4. Quartal 2018 abgeschlossen werden konnte.

Anmerkungen zu Arbeitspaket 2b (Partizipative Einbeziehung der betroffenen Frauen mittels Fokusgruppen)

Eine der beiden geplanten Fokusgruppen wurde aufgrund der Termindichte im Zusammenhang mit den anstehenden Feiertagen im Dezember nicht im 4. Quartal 2018, sondern erst im 1. Quartal 2019 durchgeführt.

4 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Bestandsaufnahme (AP 1a), der Befragung der Spezialambulanzen und gynäkologischen Sprechstundenangebote (AP 1b und 2a), der Befragung der weiteren Akteure (AP 1c), der Fokusgruppengespräche (AB 2b) sowie der Good Practice-Beispiele (AP 3) dargestellt.

4.1 Erstellung einer Bestandsliste (AP 1a)

Ziel des Arbeitspaketes 1a war es, neben den spezialisierten Angeboten weitere barrierefreie gynäkologische Versorgungsangebote für Frauen mit Behinderung zu erfassen (vgl. Kapitel 4.2, S. 21). Hierfür wurde in den Arztauskunftsdiensten auf den Websites der *Kassenärztlichen Vereinigungen (KV)* recherchiert. Alle 17 Landes-KVen verfügen auf ihrer Homepage über eine Suchfunktion, welche eine nach frei wählbaren Merkmalen einzugrenzende Suche ermöglichen. Die Filterung nach Merkmalen der Barrierefreiheit ist allerdings nur bei 15 Suchfunktionen möglich. Zudem gibt es, wie in Tabelle 4 Unterschiede bezüglich der Auswahl der einzelnen Merkmale.

Tabelle 4: Merkmalsauswahl Barrierefreiheit bei Arztauskunftsdiensten der KVen (Quelle: eigene Darstellung).

Mehr als 8 Merkmale bzgl. der Art der Barrierefreiheit	Weniger als 8 Merkmale bzgl. der Art der Barrierefreiheit	Keine weitere Differenzierung des Merkmals „barrierefrei zugänglich“ oder „rollstuhlgerecht“	Kein Merkmal bzgl. Barrierefreiheit
– Hessen – Nordrhein – Sachsen – Westfalen-Lippe	– Baden-Württemberg – Saarland	– Bayern – Berlin – Brandenburg – Bremen – Hamburg – Mecklenburg-Vorpommern – Rheinland-Pfalz – Sachsen-Anhalt – Schleswig-Holstein	– Niedersachsen – Thüringen

Um für Frauen mit Behinderungen zugängliche und barrierefreie Praxen zu identifizieren, wurde bei diesen Suchfunktionen nach Praxen recherchiert, die die Kriterien „barrierefreier Zugang“ und „höhenverstellbare Untersuchungsmöbel“ erfüllten. Bei einigen Suchfunktionen konnte zudem nach Praxen mit barrierefreien Merkmalen für Hör- und Sehbehinderte recherchiert werden. Alle Ergebnisse wurden mit dem Internetauftritt der jeweiligen Praxis

abgeglichen, um festzustellen, ob sich die Angaben über das Vorliegen von entsprechenden Merkmalen bestätigen ließen. Demzufolge können die Ergebnisse grundlegend in zwei Kategorien eingeteilt werden:

- „bestätigt barrierefreie Praxen“ mit expliziter Nennung von Merkmalen der Barrierefreiheit bei dem eigenen Internetauftritt und
- „nicht bestätigt barrierefreie Praxen“, bei denen auf der Website keine Informationen zur Bestätigung der laut Online-Suche angegebenen Barrierefreiheit ersichtlich waren.

Die Bezeichnung „nicht bestätigt barrierefrei“ traf dann zu, wenn eine zweifelsfreie Identifizierung als rollstuhlgeeignete Praxis nicht möglich war.

In Tabelle 5 sind die Ergebnisse der Recherche nach der Art der Barrierefreiheit dargestellt. Diese bildet alle Bundesländer mit Ausnahme von Niedersachsen und Thüringen ab, da es in den Arztauskunftsdiensten der jeweiligen KVen dieser Bundesländer keine Filterfunktionen für die Suche nach barrierefreien Praxen gab (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 5: Einteilung der Praxen in bestätigt und nicht bestätigt barrierefrei (Quelle: eigene Darstellung)

Suchfunktion der KV	bestätigt barrierefreie Praxen ⁴	nicht bestätigt barrierefreie Praxen ⁵
Baden-Württemberg	8	244
Bayern	4	66
Berlin	4	54
Brandenburg	4	120
Bremen	1	26
Hamburg	3	36
Hessen	5	55
Mecklenburg-Vorpommern	5	107
Nordrhein	13	179
Rheinland-Pfalz	1	7
Saarland	6	29
Sachsen	5	128
Sachsen-Anhalt	2	68
Schleswig-Holstein	8	74
Westfalen-Lippe	13	90
Gesamt	82	1283

⁴ explizite Nennung von Merkmalen der Barrierefreiheit auf der Internetseite der Praxis

⁵ keine Informationen zu Merkmalen der Barrierefreiheit auf der Internetseite der Praxis ersichtlich. Zweifelsfreie Identifizierung als rollstuhlgeeignete Praxis ist nicht möglich.

Alle Praxen mit Auflistung der spezifischen barrierefreien Merkmale wurden einer Gesamtliste hinzugefügt. Diese kann dem Dokument Bestandsliste barrierefreier gynäkologischer Praxen_E-GYN_FMB entnommen werden.

Zwischenfazit

Die Ergebnisse zeigen, dass die Suche nach barrierefreien gynäkologischen Praxen bei den unterschiedlichen Arztauskunftsdiensten der KVen sehr unterschiedlich ausfällt. Zum einen ist nur bei 15 der 17 Arztauskunftsdienste eine Filterung nach barrierefreien Merkmalen möglich. Zum anderen kann nur bei knapp der Hälfte nach weiteren Spezifikationen differenziert werden.

4.2 Ergebnisse der Befragung der Spezialambulanzen und gynäkologischen Sprechstundenangebote (AP1b und 2a)

Im Folgenden Kapitel werden die Erkenntnisse der Befragung der gynäkologischen Spezialangebote dargestellt und miteinander verglichen. Dabei stehen die 5 bereits zu Beginn der Studie bekannten Spezialangebote im Fokus. Die Ergebnisse aus den Interviews mit den 5 weiteren identifizierten gynäkologischen Angeboten für Frauen mit Behinderungen werden dabei ergänzend aufgegriffen. Eine detaillierte Darstellung der Ausgestaltung der einzelnen Angebote können Tabelle 11 und Tabelle 12 entnommen werden.

Einem Positionspapier der *Sächsischen Union* von April 2018 lässt sich darüber hinaus entnehmen, dass die Gründung von gynäkologischen Spezialambulanzen für Frauen mit Behinderung an drei Standorten in Sachsen gefördert werden soll (Sächsische Union 2018). Nachfragen bei der Pressestelle ergaben jedoch keine Informationen über den Stand des Vorhabens, sodass diese nicht in die Evaluation aufgenommen werden konnten.

4.2.1 Entstehungsgeschichte und Rahmenbedingungen der Ambulanzen

Entstehungsgeschichte

Die im Rahmen der Studie evaluierten Spezialambulanzen und gynäkologischen Sprechstundenangebote wurden zwischen den Jahren 1998 und 2011 gegründet oder haben ihr Angebot in dieser Zeit auf Frauen mit Behinderungen ausgeweitet.

Das erste bundesweite gynäkologische Angebot dieser Art wurde 1998 in der *pro familia*-Beratungsstelle in Frankfurt eröffnet. Es folgte das *Familienplanungszentrum Balance (FPZ)* in Berlin mit der Eröffnung der barrierefreien frauenärztlichen Sprechstunde, welche seit mindestens 15 Jahren auf Frauen mit Behinderungen ausgerichtet ist und seit einem Umbau 2009 uneingeschränkt für Frauen mit Behinderungen zugänglich ist. Die ersten an Kliniken angegliederten Ambulanzen entstanden 2007 mit der „*Gynäkologischen Ambulanz für Frauen mit Behinderung*“ in der Frauenklinik des *Helios Amper-Klinikums* in Dachau sowie im Jahr 2009 mit der „*Spezialambulanz für Frauen und Mädchen mit Behinderung*“

in der Frauenklinik am *Universitätsklinikum Erlangen*. Mit der „*barrierefreien gynäkologischen Sprechstunde*“ entstand in Bremen im Jahr 2011 das erste Angebot in Deutschland mit mehreren niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen.

Bei den zusätzlich identifizierten Angeboten handelt es sich zum Teil um gynäkologische Facharztambulanzen und Angebote im Rahmen von Behinderteneinrichtungen. So existiert die Bielefelder *Facharztambulanz Gynäkologie*, welche am *Krankenhaus Mara* in Bethel angegliedert ist, bereits seit dem Jahr 1981. Das *MVZ Ursberg* eröffnete 2013 und richtet sich unter anderem an die Bewohnerinnen und Bewohner des *Dominikus-Ringeisen-Werkes*. 2 weitere *pro familia* Einrichtungen in Berlin und Hamburg haben ihr Angebot im Laufe der Zeit auf Frauen mit Behinderungen erweitert. Ein Angebot am Standort München befindet sich derzeit in der Gründungsphase und soll voraussichtlich Mitte 2019 eröffnet werden. Dieses ist, wie das Bremer Modell, als ein Sprechstundenangebot mit mehreren niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen geplant.

Konzept und Organisation

Bei 2 der im Rahmen der Kooperationsverträge untersuchten Angebote (*pro familia Frankfurt, FPZ*) sowie 2 weiteren Angeboten (*pro familia* Hamburg und Berlin) handelt es sich um Beratungsstellen im Bereich Frauengesundheit, Sexualität und Familienplanung. Die gynäkologischen Untersuchungen für Frauen mit Behinderungen werden hier durch das angestellte gynäkologische Fachpersonal durchgeführt.

Die beiden Ambulanzen in Dachau und Erlangen sind an Kliniken angegliedert, weisen allerdings deutliche strukturelle Unterschiede auf. In der gynäkologischen Ambulanz für Frauen mit Behinderung an der Frauenklinik Dachau bietet eine hierfür ermächtigte Klinikärztin die gynäkologische Sprechstunde zum Teil ehrenamtlich an. In der *Spezialambulanz für Frauen und Mädchen mit Behinderung* der Universitätsfrauenklinik Erlangen sind die Klinikärztinnen und -ärzte hingegen im Rahmen ihrer normalen Beschäftigung abwechselnd tätig.

Ein weiteres Angebot ist die *Barrierefreie gynäkologische Praxis* in Bremen. Hier bieten derzeit 7 niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen abwechselnd die gynäkologische Sprechstunde an. Das *Klinikum Bremen-Mitte* stellt das nichtärztliche Personal und ist neben dem Gesundheitsresort und der *KV Bremen* Vertragspartner. Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Konzepte werden in Kapitel 5 näher erläutert.

Die Ambulanzen in Bielefeld und Ursberg sind ebenfalls an Krankenhäuser für Menschen mit Behinderungen angegliedert und werden wie das Angebot in Bremen von niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen angeboten. Jedoch ist in Bielefeld und Ursberg im Unterschied zu Bremen jeweils nur eine Ärztin bzw. ein Arzt in der Ambulanz tätig.

Bedarf und Ausgangssituation

Alle Angebote entstanden aufgrund fehlender adäquater Versorgungsstrukturen.

Für die Zulassung durch die *KVen* musste für die Implementierung der Angebote in Bremen und in Dachau der Bedarf im Voraus belegt werden. In Bremen erfolgte eine nicht repräsentative E-Mail-Umfrage unter den Initiatorinnen und Initiatoren bekannten Rollstuhlfahrerinnen und körperbehinderten Frauen. Diese ergab, dass regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen von vielen Frauen nicht wahrgenommen werden. Jedoch sah die *KV Bremen* trotz der Umfrage und Erfahrungsberichten der betroffenen Frauen keinen Bedarf für ein barrierefreies gynäkologisches Sprechstundenangebot. Erst im Laufe weiterer Verhandlungen sowie nach der Durchführung einer eigenen Umfrage der *KV Bremen* erfolgte die Zustimmung für die Gründung des Angebotes. Auch im Zuge des Gründungsprozesses in Dachau wurde eine Umfrage durch die *Netzwerkfrauen Bayern* unter Frauen mit Behinderungen durchgeführt, die auf den Bedarf einer Spezialambulanz hinwies. Im Rahmen des Initiierungsprozesses des Angebotes in Schwabing erfolgte eine Abfrage bei Münchener Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie Mammografiescreening-Einheiten. Die Mehrheit der Befragten sprach sich hierbei für die Implementierung eines Angebotes aus. Dennoch kann auch in München wie bei allen anderen Angeboten im Vorfeld aufgrund der ungenügenden Daten zu den Bedarfen mobilitätseingeschränkter Frauen die tatsächliche Notwendigkeit eines barrierefreien Untersuchungsangebotes nur schwer abgeschätzt werden.

Initiative, Akteure, Vernetzung

Bei 4 betrachteten Angeboten ließ sich der Anstoß für deren Gründung auf einzelne Frauen oder einen Zusammenschluss von Frauen mit Behinderungen zurückführen.

Bei 3 Einrichtungen spielten Behindertennetzwerke und –vereine eine essentielle Rolle bei der Initiierung und Implementierung der gynäkologischen Angebote. In Bremen wurde das „*Bremer Netzwerk behinderter Frauen*“ eigens für die Gründung des Angebotes ins Leben gerufen, welches dann zusammen mit der Beratungsstelle „*Zentrum Selbstbestimmt Leben*“ (ZSL) den Prozess initiierte. Auch das Angebot in Dachau entstand durch die Initiative des Zusammenschlusses behinderter Frauen (*Netzwerkfrauen Bayern*) und einer Gynäkologin. Die Beteiligung bzw. die Kooperation mit einem Netzwerk wird als essenziell für die erfolgreiche Umsetzung und Implementierung gesehen. So stellte sich bspw. die Kooperation zwischen *pro familia Frankfurt* mit dem *Club Behinderter und ihrer Freunde e. V. (CeBeeF)* als sehr förderlich heraus. Der *CeBeeF* erbringt Fahrdienste und bietet Beratungen für Frauen mit Behinderungen an. Hierdurch werden die betroffenen Frauen auf das Angebot von *pro familia* aufmerksam und für dieses sensibilisiert. Auch in Schwabing stellte sich die Expertise der *Netzwerkfrauen Bayern*, die bereits bei der Initiierung der Ambulanz in Dachau maßgeblich beteiligt waren, als hilfreich heraus.

Alle Interviewpersonen betonen, dass die Gründung, Umsetzung und der Betrieb der Angebote sehr viel - zum Teil auch ehrenamtliches - Engagement der beteiligten Ärztinnen und Ärzte erfordert.

Als einziges gynäkologisches Spezialangebot, welches auf einem städtischen Aktionsplan zu Umsetzung der *UN-BRK* (München) basiert, ist das sich in Gründung befindende Angebot in Schwabing bekannt. So erhielt das *Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU)* den Auftrag zur Errichtung eines entsprechenden Angebotes im Raum München.

Weiterhin konnten Akteure auf politischer Ebene als wichtige Schlüsselfiguren identifiziert werden. Referate, Fachstellen sowie einzelne Personen nahmen bspw. oftmals eine wesentliche Rolle bei der Koordination des Gründungsprozesses ein, indem sie die relevanten Akteure vernetzten und den Prozess moderierten.

Bei den beiden Beratungsstellen (*FPZ, pro familia*) war und ist die Stadt als Geldgeber in das Angebot involviert. Die Kontaktaufnahme mit relevanten politischen Akteuren gestaltete sich bei einigen Angeboten durchaus schwierig. Diese konnten teilweise nur über Umwege für das Vorhaben gewonnen werden. Die Interviewpersonen berichten, dass es hilfreich ist, über ein breites Netzwerk zu verfügen, um die richtigen Akteure ansprechen und erreichen zu können.

Als ein weiterer wichtiger Akteur im Gründungsprozess stellte sich die *KV* heraus. Bei allen Angeboten, die niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen oder Klinikärztinnen und -ärzte betreiben und nicht an Universitätskliniken angegliedert sind, ist die Umsetzung von der Zustimmung/ Zulassung der *KV* abhängig. In 2 Fällen wurde betont, dass die Verhandlungen mit der *KV* den Prozess deutlich verzögerten. In Dachau erfolgte die Zustimmung der *KV* nur unter der Prämisse der absoluten Barrierefreiheit. Ferner sollten keine Mehrkosten für die Behandlung der Frauen entstehen. Bei dem Bremer Angebot ist die *KV* Vertragspartner und regelt die Terminvergabe. Das gleiche Vorgehen ist auch für die Ambulanz in Schwabing angedacht.

In zwei Fällen wurde für die Initiierung des Prozesses ein Runder Tisch gegründet. An diesem waren u.a. folgende Akteure beteiligt: *Beauftragte für die Gleichstellung der Frau, Behindertenbeauftragte, KV, Berufsverband der Frauenärzte e. V., Netzwerke für Frauen mit Behinderung* und ggf. weitere politische Akteure. Zudem war in München auch das *Koordinierungsbüro zur Umsetzung der UN-BRK München* am Runden Tisch beteiligt. In Bremen wurde der Aufbau des Runden Tisches von den Interviewpersonen als ein langwieriger Prozess beschrieben.

Gründungszeitraum

Der Zeitraum von der Idee bis zur Eröffnung der Angebote in Erlangen, Bremen und Dachau betrug zwischen 1,5 bis 7 Jahre. Der Gründungszeitraum für die Angebote in Frankfurt und Berlin konnten nicht rekonstruiert werden. In Erlangen war nach etwa 1,5 Jahre nach den

ersten Überlegungen der behindertengerechte Umbau der Räumlichkeiten abgeschlossen. Förderlich für die schnelle Umsetzung der Sprechstunde war, dass die Renovierung der Klinik ohnehin bevorstand. Zudem waren keine weiteren Akteure in den Gründungsprozess eingebunden, da das Angebot im Rahmen der bereits existierenden Behandlungen der Universitätsfrauenklinik entstand. In Dachau und Bremen gestaltete sich demgegenüber der Prozess komplizierter und nahm mehr Zeit in Anspruch. Dies ist darauf zurückzuführen, dass noch keine Strukturen vorhanden, mehr Akteure in den Prozess involviert waren, der Aufbau von Netzwerken sowie die Verhandlungen mit der KV mehr Zeit beanspruchten. In Schwabing soll das Angebot nach einer dreijährigen Planungsphase voraussichtlich Mitte 2019 eröffnet werden.

Standortwahl und Räumlichkeiten

Allgemein wurden als Kriterien für die Standortwahl vor allem ausreichend große und barrierefreie Räumlichkeiten, einschließlich einer behindertengerechten Toilette sowie einer guten Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr genannt.

In Bremen gab es zunächst Bedenken hinsichtlich des Standortes „Krankenhaus“. Das Gesundheitsamt oder *pro familia* galten als neutrale Standorte und damit als Favoriten, da Krankenhäuser bei Frauen mit Behinderungen oft negativ assoziiert sind. Insbesondere infrastrukturelle Vorteile sprachen jedoch für den heutigen Standort. In Erlangen erfolgte eine barrierefreie Umgestaltung der entsprechenden Räumlichkeit des Klinikums. Die Ambulanz am *Klinikum Dachau* war zunächst am *Klinikum Neuperlach* in München angedacht, zog dann jedoch aufgrund des beruflichen Wechsels der Initiatorin (Gynäkologin) ans *Klinikum Dachau* mit um. Hier war bereits eine barrierefreie Infrastruktur vorhanden. Die vorherigen Überlegungen, das Angebot ebenfalls an eine *pro familia* Beratungsstelle anzugliedern, scheiterten aus finanziellen und organisatorischen Gründen. Für viele Frauen ist der Standort Dachau jedoch nicht ideal, da dieser vom Großraum München mit langen Wegen verbunden ist. Mit der Gründung der Ambulanz im *Klinikum Schwabing* im Jahr 2019 wird dieser Problematik entgegengewirkt. Das *Klinikum Bremen* stellt für die Zeit der Sprechstunde Räumlichkeiten zur Verfügung. Von diesem Konzept profitieren alle Beteiligten, da die Klinik die angeschafften Gegenstände (z.B. der Untersuchungsstuhl sowie das Ultraschallgerät) und die barrierefreie gynäkologische Praxis die Räumlichkeiten mitnutzen kann. Da die Örtlichkeiten an den übrigen Tagen jedoch nicht für gynäkologischen Untersuchungen genutzt werden, ist nur eine geringe Ausstattung vorhanden. Die Untersuchungsmaterialien müssen überwiegend selber mitgebracht werden. Dennoch wird die vorhandene Handhabung (Mitbenutzung der Räumlichkeiten) als positiv eingeschätzt. In Dachau finden die Untersuchungen ebenfalls in den Räumlichkeiten des Klinikums statt. Allerdings wurde von einer Interviewperson kritisch angemerkt, dass diese zu den vereinbarten Zeiten häufig nicht zur Verfügung stehen. Die Behandlungsräume des Angebotes in Ursberg befinden

sich auf dem Gelände der Behinderteneinrichtung. Dieses wird als ein Vorteil beschrieben, da die überwiegend sehr stark kognitiv beeinträchtigten Patientinnen in ihrer gewohnten Umgebung bleiben, was die Teilnahme an der gynäkologischen Untersuchung nach Aussage der Interviewperson erleichtert.

4.2.2 Medizinische Versorgung

Adressatinnen und Inanspruchnahme

Die Angebote in Bremen und Dachau richten sich ausschließlich an Frauen mit Mobilitätseinschränkungen. Die gynäkologische Sprechstunde in Frankfurt war zunächst ebenfalls als Angebot für diesen Personenkreis geplant, wurde im Laufe der Zeit jedoch aufgrund der hohen Nachfrage immer mehr auf Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen erweitert. Die beiden Beratungsstellen sind zusätzlich auch auf die Bedürfnisse von Frauen mit Sinnesbehinderungen ausgerichtet.

Die weiteren identifizierten Angebote, die beiden *pro familia*-Einrichtungen sowie die Angebote in Bielefeld und Ursberg, richten sich primär an (teilweises sehr schwer) kognitiv beeinträchtigte Frauen. Der Fokus des Angebots in München wird auf mobilitätseingeschränkten Frauen liegen. Die Ausweitung des Versorgungsangebotes auf weitere Behinderungsformen soll nach Ablauf der Pilotphase geprüft werden.

Die Angebote werden mit 60-130 Patientinnen pro Jahr sehr unterschiedlich stark frequentiert. Das *FPZ* verzeichnete mit anfänglich 2-3 Untersuchungen im Monat bis zu aktuell 30 Frauen im Quartal einen deutlichen Zuwachs an Patientinnen. In Bremen hingegen nahmen anfänglich deutlich weniger Frauen das Angebot in Anspruch, als erwartet wurde. Das Angebot wurde daraufhin nur noch alle zwei Wochen angeboten und ist mit aktuell etwa 15 Patientinnen im Quartal ausgelastet. Mit ca. 36 Patientinnen im Quartal weist das Angebot in Frankfurt die meisten Patientinnenkontakte auf.

Alle Interviewpersonen berichten, dass eine hohe Nachfrage besteht, diese aufgrund der Auslastung der Angebote und der fehlenden personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen jedoch nicht gedeckt werden kann.

Bei den zusätzlich identifizierten Angeboten liegen nur Schätzungen zur Inanspruchnahme vor. Diese ist zum Teil auch sehr wechselhaft. In Ursberg kommen die Patientinnen meistens in ihren Wohngruppen zu der Untersuchung, wodurch bis zu 20 Patientinnen pro Tag die Sprechstunde wahrnehmen.

Leistungsspektrum

Alle im Rahmen der vorliegenden Studie untersuchten gynäkologischen Spezialangebote haben das Ziel, Frauen mit Beeinträchtigungen eine gynäkologische Beratung und Behandlung anzubieten, welche die gleiche Versorgungsqualität hat, wie sie Frauen ohne Beein-

trächtigungen zur Verfügung steht. Dabei bieten die Praxen jedoch nicht immer das gesamte gynäkologische Leistungsspektrum. In Frankfurt sind bspw. nur Vorsorgeuntersuchungen möglich. Die *pro familia*-Einrichtung in Hamburg versucht zunächst, die Patientinnen in die Regelversorgung zu vermitteln, da aufgrund der fehlenden Zulassung durch die KV keine „vollwertige“ gynäkologische Untersuchung möglich ist.

In einigen Einrichtungen beinhaltet die Ermächtigung nur ein begrenztes gynäkologisches Leistungsspektrum, teilweise dürfen auch nur mobilitätseingeschränkte Frauen behandelt werden. Ein Mammografiegerät, welches auch von Rollstuhlfahrerinnen genutzt werden kann, steht nur in Erlangen zur Verfügung.

Qualifikationen des Personals

In wenigen Fällen verfügt das beschäftigte Personal durch die Ausbildung über Qualifikationen im Umgang mit Menschen mit Behinderungen. Vor allem die Gynäkologinnen und Gynäkologen berichten, dass Kompetenzen im Umgang mit Menschen mit Behinderungen vor allem im täglichen Berufsalltag und weniger im Studium erworben werden („learning by doing“). Es besteht dennoch der Wunsch nach Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie nach einem Austausch über spezifische Aspekte der Versorgung. In Schwabing ist eine Schulung für den Umgang mit Menschen mit Behinderung mit den beteiligten Ärztinnen und Ärzten geplant.

Behandlungsanlässe und Umgang mit Gewalterfahrungen

Häufigster Behandlungsanlass in den gynäkologischen Spezialangeboten ist die Vorsorgeuntersuchung. Weitere Gründe sind Unterleibsbeschwerden, Ausfluss, Verhütungsberatung, Menstruationshygiene, Krebserkrankungen, selten auch Kinderwunsch. Es handelt sich also bei Frauen mit Behinderungen um ein breites Spektrum an Behandlungsanlässen. Eine Besonderheit gegenüber Frauen ohne Behinderungen stellt dar, dass bei den Spezialangeboten viele Frauen mit über 40 Jahren erstmals zur Vorsorge kommen und bis dahin keine frauenärztlichen Untersuchungen in Anspruch genommen haben. Ein Angebot berichtet, dass viele Frauen mit Behinderungen negative Erfahrungen (meist im Krankenhaus) gemacht haben und deshalb die ärztliche Untersuchung scheuen.

Mit eventuellen Gewalterfahrungen der Patientinnen wird unterschiedlich umgegangen. Eine Interviewperson berichtet, das Thema von sich aus gezielt abzufragen. Zwei weitere geben an, Gewalterfahrungen nicht von sich aus zu thematisieren, das Thema ergebe sich aber ggf. meist im Untersuchungsgespräch und bei Verdacht wird dieses dann angesprochen. Jedoch berichten alle Interviewpersonen, dass Gewalterfahrungen kein häufiges Thema darstellen. Insgesamt ist festzustellen, dass es sich bei (sexuellen) Gewalterfahrungen um ein sehr komplexes Thema handelt und in dieser Untersuchung in seiner Komplexität nicht abgefragt und analysiert werden konnte.

Sprechzeiten, Terminvergabe, Wartezeiten, Termindauer

Nur *pro familia* Frankfurt bietet an 2-3 Tagen in der Woche gynäkologische Untersuchungen für Frauen mit Behinderungen an. Bei den anderen Anbietern finden die Sprechstunden im 1- bzw. 2-Wochen-Rhythmus statt. Bei den weiteren identifizierten Anbietern gibt es seltener oder in einem unregelmäßigen Rhythmus Sprechstunden oder richtet sich nach Bedarf. In Schwabing sollen möglichst flexible Zeiten angeboten werden, sodass es den Nutzerinnen sowohl vor- als auch nachmittags sowie in den Abendstunden möglich ist, Termine wahrzunehmen. Dieses kann jedoch auch nur eingeschränkt umgesetzt werden, da dieses von der zeitlichen Flexibilität der beteiligten Ärztinnen und Ärzte abhängig ist.

Bei den meisten Anbietern ist nur eine telefonische Anmeldung möglich. Ein Anbieter bietet auch die Anmeldung via E-Mail oder Fax an. In Dachau ist die Terminvergabe ausschließlich auf Überweisung möglich. Alle weisen darauf hin, dass bereits bei der Terminvereinbarung wichtige Informationen z.B. über die Art der Behinderung, benötigte Hilfsmittel oder Assistenzkräfte ausgetauscht werden. In Bremen erfolgte die Terminvereinbarung zu Beginn über den ärztlichen Notdienst der *KV Bremen*. Jedoch war dies nur zwischen 20:00 und 22:00 Uhr möglich. Da sich diese Zeiten als wenig praxistauglich herausstellten, wurde ein Anrufbeantwortersystem eingeführt, wodurch auch außerhalb dieser Zeiten Termine angefragt werden konnten. Inzwischen erfolgt die Terminvereinbarung über die Terminservicestelle der *KV Bremen* und wird als zufriedenstellend betrachtet. Auch in Schwabing soll die Terminvergabe über *die KV Bayern* erfolgen.

Zwei Anbieter erklären, dass häufig Termine abgesagt werden, was speziell mit Hinblick auf die Dauer der Termine (s.u.) organisatorisch schwierig ist. Mitarbeitende eines der Anbieter sind diesem Problem begegnet, indem sie am Tag zuvor die Patientinnen jeweils telefonisch kontaktieren, um das Zustandekommen des Termins abzusichern. Ein anderer Anbieter hat die Möglichkeit, bei absehbaren Ausfällen Frauen ohne Behinderung kurzfristig zu diesen Terminen einzubestellen.

Alle Anbieter geben mit 30-90 Minuten pro Patientin eine deutlich längere Termindauer an, als dies in der Regelversorgung der Fall ist. Oft ist eine individuelle Abstimmung der Termindauer auf die Bedürfnisse der Patientin nötig. In Bielefeld und Ursberg sind 2 Umkleieräume vorhanden, in denen die Frauen parallel vorbereitet werden können, so dass die reine Untersuchungszeit deutlich verkürzt werden kann.

Personalaufwand und Begleitpersonen

Bei den meisten Anbietern sind neben der Ärztin bzw. dem Arzt noch mindestens eine, z.T. auch zwei medizinische Fachangestellte anwesend. Die medizinischen Fachangestellten sind neben der organisatorischen Tätigkeit auch für Unterstützung bei der Untersuchung selbst und ggf. für Hilfe beim Umkleiden und Transfer zuständig. Bei Frauen mit

kognitiven Einschränkungen hat sich u. U. und auf Wunsch der jeweiligen Frauen die Anwesenheit der Sexualpädagogin bei der Untersuchung als hilfreich erwiesen. Bezüglich der Reduzierung des Personalaufwandes berichtete eine Interviewperson eines weiteren Angebotes, dass die Vorbereitung der Patientinnen (An-/Auskleiden und Transfer auf den Untersuchungsstuhl) durch die medizinischen Fachangestellten übernommen wird und die Ärztin nur die reine Untersuchung durchführt.

Angehörige und Assistenzkräfte der Patientinnen werden überwiegend als unterstützend wahrgenommen, da aktuelle Erkrankungen, Vor- und Begleiterkrankungen sowie Medikationen der Patientinnen kennen. Sie unterstützen beim Transfer auf den Untersuchungsstuhl, nehmen Ängste und helfen bei der Kommunikation. Zu beachten ist, dass die Patientinnen selbst über die Anwesenheit der Begleitperson entscheiden sollten und die Kommunikation weiterhin überwiegend zwischen Arzt/ Ärztin und Patientin erfolgen sollte.

Arbeitsbelastungen und Herausforderungen

Auf die Frage nach besonderen Arbeitsbelastungen und Herausforderungen wurden von vielen Interviewpersonen die körperlichen Belastungen genannt. Hier stelle vor allem der Transfer von mobilitätseingeschränkten Frauen auf den gynäkologischen Untersuchungsstuhl sowie das Entkleiden der Frau im Rollstuhl oder auf einer Behandlungsliege eine Herausforderung dar.

Die eigentliche medizinische Untersuchung und Behandlung unterscheidet sich nach Aussage der befragten Gynäkologinnen und Gynäkologen nicht grundlegend von der Untersuchung von Frauen ohne Behinderungen. Es wurde berichtet, dass Schwierigkeiten bei der Untersuchung zum einen dann auftreten, wenn die Frauen starke Spastiken haben, die eine vaginale Untersuchung erschweren oder unmöglich machen. Problematisch ist ebenfalls, wenn die Frauen sehr aufgeregt sind oder eine Untersuchung aus anderen Gründen nicht zulassen. Dann obliegt es häufig dem Ermessen der Ärztin bzw. des Arztes, zu entscheiden, ob eine rein äußerliche Untersuchung und/oder ein Blindabstrich ausreichen oder ob die vaginale Untersuchung dringend erforderlich ist. Wird dies als erforderlich angesehen, müssen erfolgversprechende Alternativen abgewogen werden. Hier kommen zum Beispiel das nochmalige Einbestellen der Patientin, die Gabe von Beruhigungsmitteln oder die Untersuchung in Narkose in Frage.

Eine weitere Herausforderung stellt die Kommunikation mit den Adressatinnen der Angebote dar. Bei einigen Frauen ist wegen kognitiver Beeinträchtigungen oder Mutismus die übliche verbale Kommunikation nur eingeschränkt möglich. Das erschwert die Kontaktaufnahme, die Vorbereitung auf die geplante Untersuchung sowie die Aufklärung über das geplante Vorgehen. Auch kann nur eingeschränkt die Meinung der Patientinnen eingeholt werden. Zusätzlich fällt es auch vielen kognitiv beeinträchtigten Frauen schwer, sich ausreichend zu emanzipieren und ihre eigene (gesundheitliche) Situation zu reflektieren. Dies

führt dazu, dass sie häufig keine eigene Entscheidung darüber treffen, ob sie eine Untersuchung in Anspruch nehmen möchten oder nicht. Das ansonsten angestrebte Shared-Decision-Making ist folglich bei diesen Frauen nur eingeschränkt möglich. Behandlungsentscheidungen liegen häufig viel mehr im Ermessen der Ärztin bzw. des Arztes als bei Frauen ohne kognitive Beeinträchtigungen.

Schließlich benannten Mitarbeiterinnen einer Einrichtung die Schwierigkeiten bei kognitiv eingeschränkten Patientinnen, die sich mitunter aus dem Abwägen zwischen den Wünschen der Angehörigen (z.B. nach Regulation der Monatshygiene, Minderung von Symptomen) und den Wünschen der Patientinnen ergeben. Weiterhin bedarf der Umgang mit Frauen mit Beeinträchtigungen viel Sensibilität und Empathie.

Mitarbeitende zweier Angebote erwähnten auch psychische Belastungen, wobei zum einen der Umgang mit psychisch belasteten Patientinnen als Ursache genannt wurde und zum anderen die Belastung durch terminliche Engpässe, wenn viele Notfallpatientinnen behandelt werden müssen.

Die Interviewpersonen gaben an, dass es besonders wichtig sei, eventuelle Nebendiagnosen, Multimorbidität und Medikationen zu kennen und deren Auswirkungen auf die gynäkologische Behandlung zu beachten. Hier sind die Ärztinnen und Ärzte einerseits oft auf informierte Patientinnen oder Angehörige angewiesen, andererseits kommt der interdisziplinären Zusammenarbeit eine besondere Bedeutung zu.

Im Zusammenhang mit den Herausforderungen der Behandlung äußerten einige Interviewpersonen den Wunsch nach besserer Information und einer stärkeren fachlichen Vernetzung.

4.2.3 Barrierefreiheit und Gestaltung

Alle 5 Spezialangebote verfügen über einen vollständig barrierefreien Zugang. Die Praxen sind entweder ebenerdig gelegen oder über einen rollstuhlgerechten Aufzug erreichbar. Die Türbreite beträgt mindestens 90 cm und die Bewegungsflächen in Räumen betragen mindestens 150 x 150 cm. Bei allen Angeboten öffnet die Tür automatisch oder kann über einen Taster geöffnet werden. Die Praxisräume verfügen i. d. R. über eine behindertengerechte Toilette. Im Wartebereich ist ausreichend Stellfläche für Personen im Rollstuhl und es stehen Stühle mit Armlehnen zum Abstützen bereit. Zwei Angebote verfügen über einen akustischen und optischen Aufruf im Wartebereich, zwei Angebote haben gut lesbare Schilder in Augenhöhe angebracht. Hervorzuheben ist die räumliche Gestaltung der Beratungsstelle in Frankfurt: sie berücksichtigt durch farblich abgesetzte Türrahmen und die Verwendung von Brailleschrift sowie Piktogrammen und gut lesbaren Schildern in besonderer Weise die Bedürfnisse von Sehbehinderten und Frauen mit kognitiven Einschränkungen.

Der gynäkologische Untersuchungsstuhl ist in allen untersuchten Einrichtungen höhenverstellbar, auf die Sitzhöhe in einem Rollstuhl absenkbar und verfügt über leicht verstellbare

sowie abzunehmende Elemente (Beinstützen). Zusätzlich ist in drei Einrichtungen der Stuhl ohne Stufen begehbar. Vier Angebote besitzen für den Transfer der Patientinnen vom Rollstuhl auf den Behandlungsstuhl einen Personenlifter, in zweien gibt es für diesen Zweck eine Verbindungsrutsche.

Zwei Angebote verfügen über eine rollstuhlgerechte Umkleidekabine (mind. 150 x 150 cm), in drei Einrichtungen ist unterfahrbares Mobiliar und/oder eine extrabreite, hydraulisch verstellbare Untersuchungsliege vorhanden.

Alle Angebote sind unter 10 Gehminuten von öffentlichen Verkehrsmitteln entfernt. In 4 Einrichtungen gibt es außerdem in unmittelbarer Nähe Behindertenparkplätze.

Die beiden an Beratungseinrichtungen angegliederten gynäkologischen Angebote verfügen über Informationsmaterial in Leichter Sprache, nutzen Piktogramme für die Kommunikation mit kognitiv beeinträchtigten Patientinnen und organisieren im Bedarfsfall Gebärdensprache oder Fremdsprachendolmetschende. Eine Einrichtung bietet digitale Informationsmaterialien und Kommunikationswege an. Als besonders förderlich wurde von 2 weiteren Angeboten das Vorhandensein zweier Umkleideräume bzw. Untersuchungsräume benannt. So können das zeitaufwändige Entkleiden und ggf. der Transfer der Frauen auf den Untersuchungsstuhl im Vorfeld geschehen, wodurch die eigentliche Untersuchung weniger Zeit in Anspruch nimmt.

4.2.4 Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung

Für die Bekanntmachung und Werbung für die Angebote wurden unterschiedliche Wege genutzt. In 2 Fällen erfolgte eine offizielle Auftakt- bzw. Eröffnungsveranstaltung, bei der teilweise auch politische Akteure (*Behindertenbeauftragte, Gesundheitsministerin*) anwesend waren. Diese Veranstaltung brachte oft bereits durch die vertretenen Referierenden und Pressemitteilungen über die Veranstaltung die erwünschte Öffentlichkeitswirksamkeit mit sich. Die Nutzung von lokalen Zeitungen, Zeitschriften und Informationsplakaten zur Bekanntmachung des Angebotes in der Öffentlichkeit spielte vor allem zu Beginn des Bremer Angebotes eine Rolle. Weiterhin erfolgten Werbemaßnahmen der Angebote über Flyer, Newsletters, Homepages und Einträge im örtlichen Gesundheitswegweiser oder barrierefreien Stadtführern.

Als besonders wirksam für die dauerhafte Öffentlichkeitsarbeit haben sich stabile Vernetzungen mit örtlichen Akteuren gezeigt. Vor allem die Beratungsstellen sind über den Gründungsprozess hinaus gut mit Behindertennetzwerken sowie Einrichtungen und Institutionen der Behindertenhilfe vernetzt. Behindertenverbände und –netzwerke stehen im direkten Kontakt mit dem Adressatinnen der Angebote und häufig besteht bereits ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen den Frauen und den Mitarbeitenden der Einrichtung. Diese Netzwerke können folglich genutzt werden, um Frauen mit Behinderung niedrigschwellig für die Nutzung der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung zu sensibilisieren.

Zudem ist bzw. war das *FPZ* über den Runden Tisch des *Arbeitskreises Frauenmedizin (AKF)* vernetzt, worüber weniger potentielle Nutzerinnen selbst, dafür aber Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Gesundheitssektor anzusprechen sind.

Vor allem die weiteren identifizierten Angebote geben an, dass die Frauen zumeist über Mund-Propaganda auf das Angebot aufmerksam werden. Das Angebot in Schwabing plant neben einer Eröffnungsveranstaltung in den Räumlichkeiten des Angebotes eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit, um vor allem auch jene Frauen zu erreichen, die bisher noch keine gynäkologischen Untersuchungen wahrnehmen.

4.2.5 Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen

Rechtliche Rahmenbedingungen

Zwischen den gynäkologischen Spezialangeboten gibt es deutliche strukturelle Unterschiede. Je nach Art und Anbindung der Angebote differieren auch rechtliche Rahmenbedingungen und Finanzierungsformen.

Die Ärztinnen und Ärzte des Universitätsklinikums Erlangen sind über eine Gesamtzulassung zu der Erbringungen von ambulanten Tätigkeiten ermächtigt. In Dachau ist die Ermächtigung dagegen an eine Klinikärztin gebunden. Die Beratungsstellen verfügen über eine Institutsermächtigung für Leistungen im Bereich Sexualberatung und Sexualpädagogik. Im *FPZ* sowie bei *pro familia* Berlin und Frankfurt verfügt jeweils eine der Ärztinnen über eine Ermächtigung zur Erbringung der gynäkologischen Leistungen. Dagegen verfügt *pro familia* Hamburg nicht über eine Kassenzulassung, sodass keine Leistungen über den *Einheitlichen Bewertungsmaßstab der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland (EBM)* mit den Krankenkassen abgerechnet werden können. Die Zulassung wurde beantragt, das Bestreben scheiterte jedoch. Die Gründe hierfür bleiben unklar. Eine weitere Rechtsform stellt die Filialpraxis dar, welche von niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen beantragt wird. Diese wurde für die barrierefreie gynäkologische Praxis in Bremen gewählt. Hier ist zu beachten, dass die Ärztinnen und Ärzte jeweils einzeln die Ermächtigung zum Betreiben einer Filialpraxis bei der KV beantragen müssen. Auch die Angebote in Bielefeld und Ursberg laufen nach diesem Modell. In München soll ebenfalls eine ambulante Filialeröffnung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte erfolgen. Aufgrund der bestehenden Überversorgung war hier die Ermächtigung der Klinikärztinnen und -ärzte nicht möglich.

Vergütung der ärztlichen Leistungen

Die meisten Angebote können die erbrachten Leistungen über die Gebührensätze des *EBM* mit der KV abrechnen. In Dachau und Bremen umfasst die Ermächtigung jedoch nur die Behandlung von mobilitätseingeschränkten Frauen. Des Weiteren können die Einrichtungen nur die in der Ermächtigung explizit definierten und aufgeführten Leistungen erbrin-

gen und abrechnen. Daher steht den meisten Einrichtungen nur ein begrenzter Leistungskatalog zur Verfügung. Teilweise konnten nachträglich noch weitere Leistungen aufgenommen werden. In einigen Fällen führen die unterschiedlichen Abrechnungsformen (Institutsermächtigung vs. personengebundene Ermächtigung) dazu, dass Fehlende Abrechnungsmöglichkeiten bzw. unterschiedliche Vergütungen führen dazu, dass vieler sozialer Themen miteinander konkurrieren und höher vergütete und damit wirtschaftlichere Leistungen, wie bspw. Schwangerschaftsabbrüche, vorrangig behandelt werden.

Das FPZ kann zumindest einen kleinen Teil der erhöhten Kosten darüber ausgleichen, dass in einigen Fällen die Ziffern 35100 und 35110 des EBM abgerechnet werden, welche zur Abrechnung von Diagnostik und verbale Intervention bei psychosomatischen Erkrankungen dienen. In Erlangen werden die ambulanten Leistungen fallbezogen direkt mit den Krankenkassen abgerechnet. Pro Quartal und Patientin erhält das Klinikum dabei eine vom Versorgungsaufwand unabhängige, reguläre Pauschale von 94€. Weitere Versorgungsverträge oder Zuschlagsvereinbarungen existieren bei keinem der befragten Angebote.

Die Finanzierungsproblematik ist bei allen Angeboten deutlich erkennbar. Die Interviewpersonen erklärten, dass die Vergütung der Leistungen nicht ausreichend ist, um den erhöhten Personal- und Zeitaufwand auszugleichen. Auch für das Angebot in Erlangen wird berichtet, dass über die fallbezogene Pauschale zwar ein Teil der laufenden Kosten abgedeckt werden kann, diese aber dennoch nicht genügt, um die Gesamtkosten abzudecken. Die Kosten für das Spezialangebot können nur über die anderen Sprechstunden und Leistungen mitfinanziert werden. Weiterhin wird berichtet, dass der mit der Abrechnung verbundene Verwaltungsaufwand im Verhältnis zu den Erlösen von einigen Ärztinnen und Ärzten als sehr hoch empfunden wird. Dies hat zur Folge, dass Leistungen teilweise nicht mit der KV abgerechnet werden.

Personal-, Umbau- und Investitionskosten

In einigen Fällen waren die Räumlichkeiten des Angebotes bereits barrierefrei zugänglich, wodurch nur geringe oder keine Umbaumaßnahmen durchgeführt werden mussten. Bei den übrigen Angeboten mussten die Umbau- und Anschaffungskosten z.B. über Stiftungen (*Aktion Mensch, Lotto-Stiftung, Helmut und Ruth Märtens-Stiftung, Bayrische Landesstiftung, den zuständigen Stiftungsbereich Bethel*), Spenden, die Einrichtungen selbst sowie die Träger finanziert werden. In München wird das Klinikum die Räumlichkeiten, Sachmittel sowie das Sonografiegerät (über einen jährlichen Zuschuss) stellen. Die Kosten für den mobilen Hebelifter werden über den Inklusionsfond getragen. In Erlangen wurden die Umbaumaßnahmen von der Klinik ohne Fremdmittel finanziert (Kosten-Erlös-Prinzip). Auch die Finanzierung der weiteren mit dem Erlanger Angebot entstandenen Kosten, wie die Anschaffung eines höhenverstellbaren Untersuchungsstuhls und des Mammografiegeräts, erfolgte durch die Klinik.

Die Angebote in Frankfurt und Berlin erhielten und erhalten laufend öffentliche Gelder, über welche neben Personalkosten auch Umbaumaßnahmen und Anschaffungen finanziert werden. In Frankfurt ist das Angebot mittlerweile fest etabliert und gilt als städtisches „Prestige-Projekt“.

In Berlin, Frankfurt sowie Erlangen wird das Personal vollständig über die Einrichtung finanziert. In Bremen und Dachau stellt das Klinikum das nichtärztliche Personal. In Dachau bekommt die Ärztin einen Teil der Stunden, die sie in der Ambulanz tätig ist, vergütet, der Rest wird ehrenamtlich ausgeübt. In München stellt das Klinikum das nicht-ärztliche Personal - die Kosten für dieses wird über von der Stadt bereitgestellte Gelder finanziert werden.

Zwischenfazit

Die Gründungsprozesse, strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen der in der Untersuchung analysierten gynäkologischen Spezialangebote sind sehr vielfältig. Sie stehen insbesondere in starker Abhängigkeit von den Bedingungen der Einrichtung, an welche die Spezialangebote strukturell (oder räumlich) angegliedert sind. Die hier vorgestellten Unterschiede werden in Kapitel 5 hinsichtlich ihrer jeweiligen Vor- und Nachteile diskutiert werden. Deutlich wurde schon an dieser Stelle, dass für alle Angebote die dauerhafte und kostendeckende Finanzierung eine Schwierigkeit darstellt.

4.3 Abfrage bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und weiteren Akteursgruppen (AP 1c)

Im Folgenden werden die Ergebnisse der ergänzenden Befragung weiter relevanter Akteursgruppen dargestellt. Vorab ist zusammenfassend festzustellen, dass das Thema „gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderungen“ bei sämtlichen Akteursgruppen (mit Ausnahme des Runden Tisches und eines Netzwerks) allenfalls ein Randthema darstellt.

Einschätzung der gynäkologischen Versorgungssituation

Keine der befragten Personen kann zuverlässige Zahlen bezüglich des Bedarfs an und des Vorhandenseins von barrierefreien gynäkologischen Praxen benennen. Alle Befragten – mit Ausnahme einiger Vertretungen der *ÄKn* und *KVen* – schätzen jedoch die Versorgungssituation als schlecht ein, insbesondere im ländlichen Raum. Es bestehen zu wenige barrierefreie Praxen. Zudem ist die Transparenz über entsprechende Praxen unzureichend. Vor allem folgende Probleme und Barrieren wurden benannt:

- Erreichbarkeit, Zugang, Platzangebot in den Praxisräumen, Praxisgestaltung (für mobilitätseingeschränkte, blinde und gehörlose Frauen),

- Praxisausstattung (verstellbares und unterfahrbares Untersuchungsmobiliar, Personlifter, verstellbares Mammografiegerät),
- sprachliche/kommunikative Barrieren (fehlendes Material in Leichter Sprache) sowie
- nicht barrierefreie Anmeldeverfahren.

Zudem treffen vor allem Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen häufig auf Haltungsbarrieren, speziell beim Thema Kinderwunsch. Weiterhin werden häufig nur einzelne Aspekte der Barrierefreiheit umgesetzt (z.B. Vorhandensein eines verstellbaren Untersuchungstuhls, aber kein barrierefreies WC oder kein barrierefreier Zugang).

Fachgesellschaften und Behindertenverbände vermuten eine hohe „Dunkelziffer“ an Frauen, die nicht an der gynäkologischen Vorsorge teilnehmen. Es wird berichtet, dass Frauen mit Behinderungen häufig erst im Akutfall eine gynäkologische Praxis aufsuchen. Nach Aussage der Behindertenverbände stellt Sexualität bei Frauen mit Behinderungen häufig immer noch ein Tabuthema dar. Dieses gilt sowohl für Ärztinnen und Ärzte, als auch für Eltern und z.T. auch für die Betreuenden in Wohneinrichtungen. Eine Verbesserung der Situation wird speziell für den Beratungsbereich genannt: Viele psychologische und Familienberatungsangebote wie z.B. *pro familia* sind inzwischen auch offen für Frauen mit geistigen Behinderungen und auch auf das Thema sexuelle Gewalterfahrungen bei Frauen mit Behinderungen spezialisiert.

Die Abfrage bei den *MZEB* ergab, dass keines der erfassten *MZEB* zum Zeitpunkt der Befragung gynäkologisches Fachpersonal beschäftigte. Von einer Kooperation mit niedergelassenen gynäkologischen Praxen berichteten 4 Einrichtungen, in 3 Fällen findet die Untersuchung in den Räumlichkeiten der *MZEB* statt. 2 Einrichtungen gaben an, bisher keine Kooperationen mit gynäkologischen Praxen zu haben, weitere 2 befanden sich im Aufbau und konnten noch keine konkreten Angaben über die gynäkologische Versorgungsmöglichkeiten in ihrer Einrichtung und den geschätzten Bedarf machen.

Finanzielle und rechtliche Rahmenbedingungen

Auf die Frage nach finanziellen und rechtlichen Rahmenbedingungen wurden zwei Themenfelder von den Akteurinnen und Akteuren häufig benannt: die Barrierefreiheit in Praxen und hierfür nötige Umbaumaßnahmen sowie die Vergütung der ärztlichen Behandlung. Für neu zu gründenden Praxen gilt in allen Bundesländern die Pflicht zur Barrierefreiheit (Landesbauverordnungen), von der jedoch bei einem „unverhältnismäßigen Mehraufwand“ abgesehen werden kann. Die Umsetzung dieser Pflicht wird jedoch meist weder geprüft noch bei Nicht-Erfüllung geahndet. Es zeigt sich außerdem deutlich, dass die Pflicht zur Barrierefreiheit für die Ärztinnen und Ärzte besonders in alten Gebäuden und gemieteten Räumen

schwer erfüllbar ist. Aufgrund der allgemeinen Unterversorgung in ländlichen Gebieten wird hier häufig von der Auflage der Barrierefreiheit abgesehen. Umbaukosten müssen primär von den Praxisinhaberinnen und –inhabern getragen werden. Bis auf eine Ausnahme (Förderung im ländlichen Raum) existieren ausschließlich Fördermöglichkeiten, welche die Rückzahlung eines zinsgünstigen Darlehens vorsehen. Es wird aber in einigen Bundesländern und auch auf Bundesebene diskutiert, Förderprogramme der *Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW)* und andere Förderprogramme aufzulegen, um über ein gebundenes Finanzmittel eine bessere Unterstützung anzubieten.

Die gynäkologische Behandlung von Frauen mit Behinderung ist häufig mit einem zeitlichen und personellen Mehraufwand gegenüber der Versorgung nicht behinderter Frauen verbunden, eine entsprechende Vergütung fehlt. Dies führt dazu, dass Frauen mit Behinderung in Praxen z.T. abgelehnt werden. Auch führt dieses dazu, dass Praxisinhaberinnen und –inhaber barrierefreier Praxen nicht in den Arztauskunftsdiensten erscheinen wollen, da dadurch ein zu hohe Inanspruchnahme erwartet wird, die zeitlich und finanziell nicht abgedeckt werden kann. Zahlreiche Akteurinnen und Akteure sprechen sich daher für eine gesonderte Abrechnungsziffer im *EBM* aus. Hier gilt es allerdings, klare Regelungen für die Anwendbarkeit der Abrechnungsziffer zu schaffen, um einer unsachgemäßen Nutzung vorzubeugen.

Die *KVen* wurden speziell nach der Verwendung von Mitteln des Strukturfonds (§105 Abs. 1a SGB V) für barrierefreie Umbaumaßnahmen und Anträge auf Vergütungszuschläge oder Versorgungsverträge im Zusammenhang mit der Behandlung von Frauen mit Behinderung (§87 a SGB V) befragt. Den Interviewpartnerinnen und –partnern ist für ihr jeweiliges Bundesland keine solche Finanzierungsmaßnahme bekannt. Ein Akteur berichtet, dass in einem Bundesland die neue Festlegung der Mittelverwendung des Strukturfonds angestrebt wird - hierbei sollten die Belange von Menschen mit Behinderungen berücksichtigt werden.

Weitere Versorgungskonzepte (z.B. mobile Versorgung)

Mobile Versorgungskonzepte in der Gynäkologie sind keiner der befragten Personen bekannt. Insbesondere in Bundesländer mit ländlichen Strukturen könnten jedoch laut einer Fachgesellschaft Versorgungslücken über eine mobile Behandlung zu geschlossen werden. Allerdings ist eine mobile Behandlung wegen der umfassenden technischen Ausstattung für die Untersuchung schwierig umsetzbar. Gleichwohl könnte gerade für schwer kognitiv beeinträchtigte Frauen eine (weniger umfassende) Untersuchung in der gewohnten Umgebung eine Alternative zum Praxisbesuch darstellen.

Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote

Die *Ärztckammern* wurden bzgl. der ärztlichen Fort- und Weiterbildung befragt. Die Behandlung von Menschen mit Behinderungen wird zumeist in der Praxis erlernt und für viele

Ärztinnen und Ärzte Normalität. Daher besteht laut einer *Ärztchammer* auch kein Bedarf an spezifischen Aus-, Fort- und Weiterbildungen zur gynäkologischen Versorgung von Frauen mit Behinderungen. Andererseits betonen 2 Interviewpersonen die Notwendigkeit einer größeren Sensibilisierung der Ärztinnen und Ärzte für dieses Thema sowie eines besseren fachspezifischen Wissens. Es existiert ein strukturiertes Curriculum der *Bundesärztekammer*⁶ zur Behandlung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung, welches eine gute fachliche Grundlage legt. Für Ärztinnen und Ärzte in der Regelversorgung ist ´das Curriculum mit 50 Stunden angesichts der geringen Anzahl von Menschen mit Behinderungen unter den Patientinnen und Patienten eventuell jedoch zu umfangreich. Es wird berichtet, dass das Interesse der Ärzteschaft an den entsprechenden Qualifizierungsmaßnahmen variiert, z.T. bestand in der Vergangenheit nur eine geringe Nachfrage.

Eine spezielle Fortbildung für die gynäkologische Versorgung von Menschen mit Behinderungen existiert nicht.

Positionierung zu gynäkologischen/medizinischen Spezialangeboten

Sämtliche hierzu Befragten bezeichnen die bestehenden Spezialangebote als wichtiges und richtiges gynäkologisches Angebot, speziell angesichts der häufig noch fehlenden Barrierefreiheit in der Regelversorgung. In Tabelle 6 sind die benannten Pro- und Kontraargumente bezüglich der Existenz bzw. Gründung von gynäkologischen oder medizinischen Spezialangeboten dargestellt.

⁶ BÄK (2011): "Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung", Berlin

Tabelle 6: Übersicht über Pro- und Kontraargumente zu Spezialangeboten (Quelle: eigene Darstellung).

Argumenten für Spezialangebote	Argumente gegen Spezialangebote
– Hohe fachliche Kompetenz des Fachpersonals für die medizinische Behandlung von und den Umgang mit Menschen mit Behinderungen.	– Fehlende gesellschaftliche Inklusion.
– Je nach Angliederung des Angebots (z.B. an das Krankenhaus, die Beratungsstelle) besteht für die Patientinnen die Möglichkeit, ohne zusätzliche Wege und großen organisatorischen Aufwand weitere fachärztliche oder Beratungsangebote in Anspruch nehmen.	– Gefahr, dass zu wenig Veränderungsdruck in der Regelversorgung hinsichtlich der Schaffung von Barrierefreiheit entsteht.
– Hoher fachlicher Austausch innerhalb der Ärzteschaft bei medizinischen Zentren.	– Einschränkung der freien Arztwahl.

Zudem ist zu beachten, dass unabhängig von diesen Argumenten in der aktuellen Situation flächendeckende Barrierefreiheit in der Regelversorgung noch so wenig umgesetzt ist, dass barrierefreie Spezialangebote häufig die einzige Möglichkeit für Frauen mit Behinderung sind, gynäkologische Versorgung in Anspruch zu nehmen. Sie werden daher von einigen Akteurinnen und Akteuren als unverzichtbare Übergangslösung angesehen.

Zwischenfazit

Die Befragung zeigt, dass einheitliche Daten über die Versorgungssituation und den Versorgungsbedarf fehlen. Die Finanzierung des barrierefreien Praxisumbaus sowie die unzureichende Vergütung des zeitlichen und personellen Mehraufwandes bei der gynäkologischen Versorgung von Frauen mit Behinderungen stellte eine Herausforderung dar. Die Informationslage bezüglich barrierefreier gynäkologischer Angebote ist unvollständig, nicht valide und die Auskunftsdienste sind zu wenig differenziert bei der Merkmalsauswahl. In den *MZEB* spielt die gynäkologische Versorgung bisher eine untergeordnete Rolle. Der Bedarf an behindertenspezifischer Fortbildung wird von den *Ärztakammern* unterschiedlich eingeschätzt und auch das Interesse an derartigen Veranstaltungen (wie dem oben genannten Curriculum) ist sehr unterschiedlich.

4.4 Partizipative Einbeziehung der betroffenen Frauen mittels Fokusgruppen (AP2b)

Nachfolgend werden die Ergebnisse Fokusgruppen dargestellt.

Frauenärztliche Versorgung/ Barrierefreiheit

Einige wenige Frauen empfinden ihre gynäkologische Versorgung als gut. Sie haben i. d. R. ein gutes Verhältnis zu ihrer Ärztin oder ihrem Arzt, schätzen ihre Untersuchungszeiten als angemessen ein und hatten bisher keine Probleme bei der Benutzung des Behandlungsstuhls oder mit anderen Barrieren in der Praxis. Der Großteil der Frauen beurteilt die Versorgung dagegen eher als problematisch. Einige Frauen berichten, aufgrund ihrer Behinderung von Praxen abgelehnt worden zu sein.

Auch den generellen Aufnahme-Stopp einzelner Praxen erleben Frauen mit Behinderungen als besonders problematisch, da für diese weniger Alternativen zur Verfügung stehen. So ist für Frauen mit Behinderungen im akuten gynäkologischen Fällen manchmal der Besuch eines Krankenhauses die einzige Alternative.

Auf erste Barrieren treffen Frauen mit Behinderungen ggf. bereits bei der Terminvereinbarung. Für Frauen mit Hörbehinderungen stellen fehlende Alternativen zur telefonischen Terminvereinbarungen eine Barriere dar. Ein weiteres Problem besteht in den langen Termin-Wartezeiten in barrierefreien gynäkologischen Praxen. Vor allem bei stark kognitiv beeinträchtigten Frauen ist dies problematisch, da diese eine Untersuchung am angesetzten Termin ggf. nicht zulassen und daher wieder einige Zeit bis zu einem Ersatztermin vergeht. Entsprechend positiv wird von einer Teilnehmerin das Angebot eines zeitnahen Ersatztermins bewertet. Als positiv wird im Zusammenhang mit mangelnder Compliance der Patientinnen auch die Möglichkeit zur Untersuchung nach Sedierung erwähnt, welche einige wenige Praxen anbieten.

Weiterhin bestehen insbesondere für mobilitätseingeschränkte Frauen diverse Zugangsbarrieren, weite Wege und fehlende oder sehr umständliche Erreichbarkeit der Praxis mit dem ÖPNV. Viele Frauen sind auf begleitende Assistenzen angewiesen, die für die gesamte Zeit zur Verfügung stehen müssen. Weitere Barrieren stellen fehlende Aufzüge dar. Benötigte Tragestuhlswagen sind in akuten Fällen nicht unbedingt verfügbar und es muss jeweils ein aufwändiger Prozess zur Finanzierungsübernahme erfüllt sein. Barrierefreie Parkplätze in unmittelbarer Nähe zur Praxis sind ausgesprochen wichtig. Auf weitere Barrieren treffen die Frauen bei der Nutzung der Praxis selbst: als größte Barriere wurde hier die Nutzung des gynäkologischen Untersuchungsstuhls genannt. Das übliche Untersuchungsmobiliar ist für Frauen mit körperlicher Behinderung nicht nutzbar. Eine Frau schilderte den Transfer auf den gynäkologischen Untersuchungsstuhl als „Quälerei“ für alle Beteiligten. Nicht barrierefreie WCs stellen gerade beim Besuch einer gynäkologischen Praxis eine große Herausforderung dar.

Ärztin/Arzt-Patientinnen-Kommunikation/ vertrauliches Setting

Weitere Probleme ergeben sich bei (freiwilligem oder unfreiwilligem) Praxiswechsel, da Bedürfnisse und Bedarfe bei der Behandlung erneut besprochen und abgeklärt werden müssen. Kommunikationsbarrieren spielen vor allem bei einer Frau mit Hörbeeinträchtigungen eine Rolle. Hier wird berichtet, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte häufig nicht ausreichend gegenüber der Bedürfnisse der Patientin sensibilisiert sind.

Den Frauen sind zudem ausreichend lange Behandlungszeiten besonders wichtig. Ebenso sind eine gute Beziehung zur behandelnden Person sowie ein vertrauliches Setting essentiell. Einfühlsamkeit, Gründlichkeit und eine vollständige Aufklärung über Ergebnisse in einer ruhigen Atmosphäre ohne Hektik werden als relevante Aspekte genannt. Das Untersuchungsgespräch sollte in verständlichen Worten formuliert werden. Kognitiv beeinträchtigte Frauen profitieren, wenn Sachverhalte durch die Verwendung von Hilfsmitteln visuell veranschaulicht werden. Für Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen wird weiterhin der Wunsch nach einer Ausweitung des Angebots von Hausbesuchen geäußert, da viele Frauen aufgrund schlechter Erfahrungen keine Praxen aufsuchen möchten. Es besteht Bedarf an barrierefreien Unterlagen und Informationsmaterialien. Zusätzlich wurde der Wunsch geäußert, dass Ärztinnen und Ärzte über weitere Hilfsmöglichkeiten bzgl. der jeweiligen Behinderung informieren (z.B. Angebote der Elternassistenz).

Einige Teilnehmerinnen schildern, dass in vielen Bereichen auf individuellen Wunsch hin bereits Barrieren reduziert wurden und bspw. die Termindauer angepasst oder Hilfestellungen beim Aufsuchen der Praxis angeboten werden. In den meisten Fällen waren die Maßnahmen jedoch vom persönlichen Engagement der Patientinnen und des Personals abhängig.

Zugang zu Informationen über barrierefreie Praxen

Ein Großteil der Frauen erhält Informationen über barrierefreie Praxen mittels Mund-Propaganda von Angehörigen oder Bekannten. Die Informationsbeschaffung erfolgt auch via Recherchen im Internet sowie über telefonische Auskünfte. Hier wird jedoch angemerkt, dass die Bezeichnung „barrierefrei“ nicht immer auch einen barrierefreien Zugang impliziert. Oftmals sind trotz der Kennzeichnung als barrierefreie Praxen einzelne Stufen vorhanden oder kein Fahrstuhl verfügbar. Neben der geringen Validität der Angaben bei den Ärztinnen- und Arztsuchfunktionen wird auch die geringe Anzahl an Merkmalen zur Eingrenzung der benötigten Form der Barrierefreiheit moniert. Explizit werden die Merkmale „Erreichbarkeit mit dem ÖPNV“ und „Vorhandensein taktiler Leitsysteme“ gewünscht.

Nutzung von Spezialangeboten

Den meisten Fokusgruppenteilnehmerinnen sind die zuvor vorgestellten gynäkologischen Spezialangebote nicht bekannt. Prinzipiell zeigen sich die meisten Frauen offen für die Nutzung eines gynäkologischen Spezialangebotes und geben an, die Inanspruchnahme eines solchen Angebots im Falle eines zukünftigen Ärztinnen- bzw. Arztwechsels in Betracht zu ziehen, sofern dieses für sie gut erreichbar ist. Wichtig ist den Frauen ein guter Ruf des ärztlichen Personals des Spezialangebots. Einer Frau ist es wichtig, von einer Frauenärztin behandelt zu werden.

Zwischenfazit

Für Frauen mit Behinderungen sind Wohnortnähe und gute Erreichbarkeit der Praxis, Gleichbehandlung bei Aufnahme in die Praxis, die Vermeidung von Praxis- und Ärztin-/Arztwechseln und zeitnahe Ersatztermine bei Ausfall sowie verschiedene Möglichkeiten der Terminvereinbarung relevante Aspekte in der gynäkologischen Versorgung. Speziell für gynäkologische Spezialangebote sind für die Frauen neben der Wohnortnähe auch der gute Ruf der Einrichtung und weibliches Personal wichtig. Das Aufsuchen eines Spezialangebotes würden die Frauen jedoch auch nur in Frage kommen, wenn ihre jeweilige aktuelle Praxis ihr Angebot einstellt. Bezüglich der Informationen über barrierefreie Praxen legen die Frauen Wert auf Transparenz, Vollständigkeit und Zuverlässigkeit der Angaben. Sie wünschen sich eine größere Anzahl an

n unterschiedlichen Merkmalen der Barrierefreiheit in den Suchfunktionen der *KVen*.

4.5 Good Practice-Modelle anderer europäischer Länder (AP3)

Good Practice-Beispiele

Im Rahmen des Forschungsprozesses sollten Good Practice-Beispiele andere europäische Länder zur Verbesserung der gynäkologischen Versorgung von Frauen mit Behinderungen anhand der vorher definierten Kriterien (vgl. Kapitel 2.3, S.15) eruiert werden. Im Rahmen der umfangreichen Recherche konnten jedoch keine vergleichbaren Angebote identifiziert werden.

Die Recherche nach europäischen Good Practice-Beispielen anhand der *Datenbank MiND-bank* ergab, dass in den Aktionsplänen der meisten der überprüften Vertragsstaaten zwar Maßnahmen zur Verbesserungen der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen vorgesehen sind, das Thema jedoch in keinem der Aktionspläne einen Schwerpunkt darstellt. Eine übersichtliche Darstellung ist der Tabelle 5 zu entnehmen.

Tabelle 7: Schwerpunkte der Aktionspläne/nationalen Strategien zur Umsetzung der UN-BRK in einzelnen europäischen Ländern (Quelle: eigene Darstellung).

Land	Gesundheit	Bildung	Partizipation/ Gesellschaft/ Gemeinschaft	Arbeit/ Beschäftigung	Umwelt	Qualitätssicherung/ Monitoring	Finanzierung	Mobilität/ Barrierefreiheit	Pflege-/ Sozialdienste/ öffentl. Dienste	Internationale Zusammenarbeit	Rechte
Dänemark	(X) ⁷	X	X	X	X	X					
Estland	(X)			X		X	X		X		
Großbritannien	(X)	X	(X)	X					X		
Irland	X	X	X	X					X		
Italien	(X)		X		X				X		
Lettland	X		X		X	X			X		
Luxemburg	X	X	X	X		X		X			X
Norwegen	(X)	(X)	(X)					X	X		
Österreich	X	X	X	X				X			
Polen		X		X		X					
Schweden		X		X	X			X			
Schweiz	X	X	X	X							
Tschechische Republik	X	X	X	X		X		X	X		X

Zudem sind in keinem der überprüften Aktionspläne konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der gynäkologischen Versorgung von Frauen mit Behinderungen vorgesehen. Auch im Rahmen der weiteren umfangreichen Recherche konnten keine Good Practice-Beispiele eruiert werden. Eine Ausnahme stellt das *Schweizer Paraplegiker-Zentrum (SPZ)* dar. Dieses bietet sowohl ambulante als auch stationäre, umfassende medizinische Dienstleistungen für Menschen mit Querschnittlähmung an. Seit 2015 besteht in Zusammenarbeit mit dem gynäkologischen Team des *Luzerner Kantonsspitals Sursee (LUKS)* hier auch das Angebot der frauenärztlichen und querschnittspezifischen Betreuung. Die Sprechstunden finden in den Räumlichkeiten des SPZ statt (SPZ 2019). Allerdings konnten kaum weiterführende Informationen über dieses Angebot eruiert werden.

Auch wenn die Recherche nach weiteren, ähnlich zu den in Deutschland existierenden Angeboten erfolglos blieb, konnten dennoch Ansätze anderer europäischer Länder sowie Ansätze anderer Facharzneidisciplinen eruiert werden. Diese sollen im Folgenden dargestellt

⁷ X= kommt vor, (X)= kommt teilweise vor, X=wird verstärkt vertiefend beschrieben

und erläutert werden. Insgesamt wurden im europäischen Raum 3 Ansätze zur Verbesserung der gynäkologischen Versorgung von Frauen mit Behinderung in den Niederlanden, Österreich und der Schweiz identifiziert. Des Weiteren wurden Ansätze aus der Zahnmedizin in Deutschland hinzugezogen. Inwiefern diese Ansätze für die Verbesserung der gynäkologischen Versorgungssituation genutzt werden können, soll anschließend in der Diskussion (Kapitel 5) erörtert werden.

Richtlinien zur medizinischen Behandlung von Menschen mit Behinderungen

Richtlinien zur medizinischen Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung wurden von der *Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)* erarbeitet. Diese richten sich an medizinisches, therapeutisches sowie pflegerisches Personal (SAMW 2008). Die Richtlinien bieten unter anderem Hilfen bei dem Entscheidungsprozess, über die Urteilsfähigkeit einer Patientin oder eines Patienten sowie die Informationsvermittlung über den Behandlungsablauf und die Betreuung. Des Weiteren werden Risikosituationen beschrieben, wie zum Beispiel Misshandlungen und Vernachlässigung, und daraus resultierende Handlungsempfehlungen. Ziel der Richtlinien ist es, auf eine gute medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung aufmerksam zu machen, um die Selbstbestimmung und soziale Teilhabe zu stärken. Darüber hinaus ermöglichen die Richtlinien Empfehlungen von günstigen Rahmenbedingungen an gesellschaftliche Institutionen und an die Politik abzugeben.

Auch die Ärztevereinigung *The Netherlands' Society of Physicians for Persons with Intellectual Disabilities* formulierte Richtlinien und Prä-Richtlinien (Vorrichtlinien) an. Diese beziehen sich explizit auf die gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderungen.

Facharzt für Menschen mit Behinderungen

In den Niederlanden kann über die Ärztevereinigung ein spezieller Facharztstitel (Facharzt für geistig Behinderte) erworben werden (Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten o. J.).

Informationsbroschüren für Gynäkologinnen und Gynäkologen zur Behandlung von Frauen mit Behinderungen

In Österreich wurde im Rahmen des Wiener Programms für Frauengesundheit eine Informationsbroschüre für Gynäkologinnen und Gynäkologen entwickelt. Unter dem Titel „*Gynäkologische Vorsorge und Versorgung bei Frauen mit Behinderung*“ werden Informationen zu Lebensrealitäten und Erleichterung des Umgangs thematisiert. Dabei wird zwischen Frauen mit Lernschwierigkeiten, Mobilitätseinschränkungen und Sinnesbeeinträchtigungen differenziert. Einer Checkliste können allgemeine Tipps für den Umgang mit Frauen mit Behinderung Aspekte zu den Themen Wertschätzung, Zeitmanagement, Barrierefreiheit, Kommunikation, Verständnis und Respekt entnommen werden. Die Broschüre kann auf der

Webseite des Wiener Programms für Frauengesundheit heruntergeladen oder kostenlos über die aufgeführten Kontaktdaten bestellt werden (Stadt Wien 2008).

Spezielle Ausrichtung der Zahnmedizin in Deutschland auf die Behandlung von Menschen mit Behinderungen

Für Deutschland konnten Ansätze für den medizinischen Umgang mit Menschen mit Behinderungen in anderen Fachdisziplinen identifiziert werden. Als ein positives Beispiel kann hier die Zahnmedizin angeführt werden. Zum einen existiert ein gesondertes *„Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen“* aus dem Jahr 2010, welches von der *Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)* und der *Bundeszahnärztekammer (BZÄK)* herausgegeben wurde sowie ein *„Handbuch der Mundhygiene, Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf“* (BZÄK 2017). Das Konzept richtet sich an die Fachgesellschaft, Krankenkassen und Gesundheitspolitik und bezweckt eine Diskussion über eine angemessene zahnärztliche Versorgung von pflegebedürftigen und multimorbiden Patientinnen und Patientinnen sowie von Menschen mit Behinderungen. Dabei wird das Ziel einer dauerhaften und nachhaltigen Verbesserung der Mundgesundheit dieser Patientengruppe verfolgt. Neben Problemen in der Versorgung und Anspruchsberechtigten werden das Leistungsspektrum sowie Vorschläge für Veränderungen dargestellt. Im Gegensatz dazu wurde das Handbuch für Pflegekräfte und pflegende Angehörige entwickelt, die Menschen mit Behinderung bei der Zahn- und Mundpflege unterstützen. Zunächst werden verschiedene Zahnprobleme wie z.B. Zahnbelag oder Karies beschrieben und anhand von Bildern veranschaulicht. Nachfolgend werden Risiken und Warnzeichen dargestellt, die mit einer schlechten Mundhygiene einhergehen. Abschließend werden Handlungsempfehlungen und der Unterstützungsbedarf inklusive Hilfsmittel aufgezeigt, wie z.B. die Art der Zahnbürste oder Mundpflegetechniken, die mit Hilfe von Bildern dargestellt werden. Ferner sind auf der Videoplattform YouTube Filme zu finden, die ebenfalls auf die Risiken einer schlechten Mundhygiene hinweisen und Tipps für Zahn- und Mundpflege zeigen (Bundeszahnärztekammer & Zentrum für Qualität in der Pflege 2016).

Ein weiterer Ansatz stellt das Konzept des Klinikums der *Universität München* dar. Dieses erweiterte im März 2012 das zahnärztliche Angebot um den Bereich *„Zahnmedizin für Menschen mit Behinderungen“*. Patientinnen und Patienten mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung werden hier von zwei Zahnärzten sowie deren spezialisierten Assistentinnen mit einem großen zeitlichen Umfang behandelt. Das Angebot wird durch eine enge Kooperation mit der Prothetik, Kieferorthopädie sowie der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie ergänzt. In den höheren klinischen Semestern erhalten die Studierenden der Zahnmedizin zudem einen Einblick in die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Behinderungen (Klinikum der Universität München 2012).

An der Zahnklinik der *Universität Witten/Herdecke* besteht der Lehrstuhl für Behindertenorientierte Zahnmedizin. Die Universitäts-Zahnklinik ist bundesweit die einzige mit einem derartigen Lehrstuhl. Die Behandlung von Menschen mit Behinderung ist folglich von Beginn an in die Ausbildung der angehenden Zahnärztinnen und -ärzte integriert. Dabei bezieht die Lehre unterschiedliche Arten von Behinderung und praktische Erfahrungen durch Pflichtpraktika mit ein (Universität Witten/Herdecke o. J.).

Weitere Umsetzungsmaßnahmen finden sich in einigen zahnmedizinischen Praxen wieder, die bspw. eine mobile Behandlungseinheit anbieten, um Hausbesuche bei Menschen mit Behinderung tätigen zu können. Falls eine häusliche Behandlung nicht möglich ist, existieren für die Zahnmedizin darüber hinaus klare Regeln für die Übernahme der Transportkosten in die zahnärztliche Praxis per Taxi, Fahrdienst oder ggf. Krankentransportwagen (KZBV et al. 2015).

Zwischenfazit

Informationen über gut dokumentierte und evaluierte Good Practice-Beispiele für die gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderung im europäischen Ausland konnten im Rahmen der Recherche nicht gefunden werden. Es existieren jedoch gelungene Ansätze aus dem Bereich der medizinischen/gynäkologischen Versorgung von Menschen mit Behinderung, welche Anregungen für Verbesserung der gynäkologischen Versorgung in Deutschland darstellen können: Medizinische Leit- oder Richtlinien, behindertenspezifische Studiengänge oder –schwerpunkte sowie Informationsbroschüren für Ärztinnen und Ärzte bezüglich der Behandlung von Menschen mit Behinderungen werden im folgenden Kapitel an entsprechenden Stellen hinsichtlich ihrer Tauglichkeit zur Verbesserung diskutiert.

5 Diskussion der Ergebnisse

Insgesamt konnte durch die Bestandsaufnahme festgestellt werden, dass die gynäkologische Versorgungssituation für Frauen mit Behinderungen bundesweit unzureichend ist. Als zentrale Aspekte konnten ungenügende Daten über die Versorgungsbedarfe sowie fehlende Transparenz über barrierefrei zugängliche Praxen identifiziert werden. Zudem stellt sowohl bei den evaluierten Angeboten als auch in der Regelversorgung die Finanzierung der Leistungen und Umbaumaßnahmen eine Herausforderung dar. Die Bestandsaufnahme der Spezialambulanzen und gynäkologischen Sprechstundenangebote zeigte, dass sich die einzelnen Angebote deutlich in ihrer Struktur sowie den organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen unterscheiden.

5.1 Ausgangslage, Bestandssituation und Barrierefreiheit sowie weitere Versorgungsformen

Spezialangebote vs. Regelversorgung

Artikel 25 der *UN-BRK* beschreibt das Recht behinderter Menschen „auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“ (BMAS 2011). Zu diskutieren ist, auf welchem Wege dieses Recht am besten umgesetzt wird: Sollten Frauen mit Behinderung vorrangig in der Regelversorgung gynäkologisch behandelt werden oder sind Spezialangebote besser geeignet?

Für gynäkologische und auch umfassendere medizinische Spezialangebote (wie es z.B. *MZEB* darstellen) sprechen die hohe Kompetenz des Personals im Umgang mit Menschen mit Behinderungen, das behinderungsspezifische medizinische Fachwissen und die intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Kritische Stimmen – insbesondere von Behindertenverbänden und –selbstvertretungen – führen als wichtiges Argument gegen die Etablierung von (gynäkologischen) Spezialangeboten die gesellschaftlich anzustrebende Inklusion und Teilhabe an. Spezialangebote stellen ein exklusives Angebot dar und könnten zudem dazu führen, dass noch weniger politischer Handlungsdruck entsteht, die Regelversorgung flächendeckend barrierefrei zu gestalten. Weiterhin wird die Einschränkung der freien Ärztinnen-/Arztwahl in und durch Spezialangebote als kritisch angesehen. Unabhängig von diesen Argumenten machen jedoch u.a. Frauennetzwerke deutlich, dass die Regelversorgung aktuell noch so weit von flächendeckender Barrierefreiheit entfernt ist, dass Spezialangebote als notwendiger Zwischenschritt unter Inkaufnahme der Nachteile angesehen werden. Bezüglich *MZEB* äußerten sich die Akteure übereinstimmend: Diese Angebote werden als positiv betrachtet, da sie eine deutlich existente Versorgungslücke füllen. Wichtig war vielen, dass diese Angebote sich ausschließlich an Menschen mit schweren Behinderungen richten und keinesfalls fehlende Barrierefreiheit in der Regelversorgung kaschieren sollten. Für Frauen mit schweren

kognitiven Beeinträchtigungen erscheint es dennoch wünschenswert und sinnvoll, dass *MZEB* die gynäkologische Versorgung als Angebot berücksichtigen. In einigen *MZEB* ist dies bereits der Fall. Anzuregen wäre bspw. eine Verpflichtung der *MZEB*, eine eigene gynäkologische Abteilung zu führen oder aber Kooperationsverträge mit niedergelassenen gynäkologischen Praxen abzuschließen, welche festgelegte Standards der Barrierefreiheit erfüllen.

Weitere Versorgungsformen

Als ergänzendes Angebot sind in diesem Rahmen auch mobile gynäkologische Versorgungsangebote denkbar. Mobile Versorgungskonzepte wurden bspw. bereits in ländlichen Regionen erprobt, um eine qualitativ hochwertige Versorgung, auch in Anbetracht der demografischen Entwicklung, zu gewährleisten (Krüger-Brand 2013). Konzepte zur mobilen gynäkologischen Versorgung für Frauen mit Behinderungen konnten im Rahmen des Projektes nicht identifiziert werden. Abzuwägen ist, ob mobile Screeningstationen, sogenannte *Mammobile*, die in unterschiedlichen Bundesländern genutzt werden und bei denen eine Mammografie durchgeführt werden kann (Kooperationsgemeinschaft Mammographie 2019), auf Frauen mit Behinderungen und auf gynäkologische Untersuchungen übertragbar sind. Hierzu muss die Umsetzbarkeit unter Berücksichtigung der benötigten technischen gynäkologischen Ausstattung begutachtet werden und zudem geprüft werden, ob ein solches Angebot auch barrierefrei möglich ist. Auch gynäkologische Hausbesuche gilt es unter diesem Aspekt auf Realisierungsmöglichkeiten zu überprüfen. Die Autoren Hornberg & Wattenberg (2016) sehen die fehlende Möglichkeit von Hausbesuchen als problematisch an. Interviewteilnehmende weisen diesbezüglich jedoch auch darauf hin, dass eine Untersuchung im Bett nicht die Untersuchung auf dem gynäkologischen Stuhl ersetzen kann. Eventuell ist aber ein Hausbesuch zumindest bei solchen Frauen, die einen Praxisbesuch oder die Untersuchung dort nicht zulassen, eine denkbare Alternative und wurde in der Fokusgruppe deutlich gewünscht.

Barrierefreiheit in der Regelversorgung

Bei Neugründung von Praxen besteht in allen Bundesländern bereits die Pflicht zur Barrierefreiheit nach Landesbauverordnungen, die sich i.d.R. auf die DIN 18040 beziehen, welche exakte Vorschriften zur baulichen Barrierefreiheit beinhaltet. Allerdings kann von der Erfüllung dieser Pflicht bei "unverhältnismäßigem Mehraufwand" abgesehen werden (vgl. die jeweiligen Landesbauordnungen, z.B. für NRW: Ministerium des Inneren des Landes Nordrhein-Westfalen 2018, §49). Aufgrund der geringen Anzahl an barrierefreien Praxen kann vermutet werden, dass dieser unverhältnismäßige Mehraufwand häufig geltend gemacht wird. Fraglich ist, welcher finanzielle Mehraufwand als zumutbar anzusehen ist. Erläutert wurde auch, dass dies für Ärztinnen und Ärzte tatsächlich oft schwer erfüllbar ist, z.B. wenn

sich die Praxis in älteren Gebäuden oder gemieteten Räumlichkeiten befindet. Der Umbau liegt jeweils in der alleinigen Verantwortung der Praxisinhaberinnen bzw. -inhaber. Die Umsetzung der Barrierefreiheit in Praxen scheitert häufig an hohen Investitionskosten. Ein Gutachten im Auftrag der KBV zu anfallenden Kosten für Umbaumaßnahmen kommt zu dem Schluss, dass hierfür Kosten im sechsstelligen Bereich anfallen (Architektur- und Ingenieurbüro Oppen 2015). Die hohen Kosten zur Schaffung von baulicher Barrierefreiheit und die ebenfalls teure Anschaffung barrierefreier Untersuchungsmöbel stellen zudem angesichts der relativ geringen Zahl an Patientinnen mit entsprechendem Bedarf eine große finanzielle Belastung dar. Förderprogramme und Anreize fehlen. Die befragten KVen gaben an, dass in ihren Bundesländern keine Mittel des Strukturfonds (§105 Abs. 1a SGB V) im Kontext der gynäkologischen Versorgung von Frauen mit Behinderungen verwendet werden dürfen?. Es werde aber in einem Bundesland diskutiert, die Mittelverwendung des Strukturfonds neu festzulegen und dabei die Belange von Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen. Die KBV und die BÄK fordern bereits seit 2013 ein KfW-Förderprogramm „Barrierearme Arztpraxen“ und somit verbesserte finanzielle Rahmenbedingungen für die Einrichtung und den Unterhalt barrierefreier Praxen zu schaffen (KBV 2017).

Des Weiteren berichtete eine Interviewperson, dass in ihrem Bundesland die Erfüllung besagter Pflicht weder geprüft noch die Nicht-Erfüllung geahndet würde.

Eine weitere Problematik innerhalb des Themas Barrierefreiheit besteht zudem darin, dass transparente Informationen für Nutzerinnen und Nutzer über barrierefrei zugängliche Angebote fehlen oder nicht valide sind. Dieses deckt sich auch mit den Erkenntnissen aus der Literatur (AKF 2018; BMAS 2016b). Viele Frauen in den Fokusgruppen beklagten, dass Angebote häufig Zugangsbarrieren aufweisen, obwohl diese als barrierefrei ausgewiesen sind. Dieser Umstand beruht darauf, dass diese Angaben auf den Selbstauskünften der Ärztinnen und Ärzte basieren und nicht überprüft werden. Zudem fehlen einheitliche Standards zur Abfrage der Barrierefreiheit. Auch die Ergebnisse der Bestandsaufnahme verdeutlichen, dass die Suche nach barrierefreien gynäkologischen Praxen durch die fehlende Transparenz sowie durch das Fehlen einheitlicher Suchkriterien der einzelnen Arzt Auskunftsdienste der KVen erschwert wird. Weitere Informationen, ob und wie diese Auskünfte von Menschen mit Behinderungen genutzt werden und zu eventuellen Nutzungsbarrieren sind nicht existent (BMAS 2016b). Vielfach erfahren die Frauen von tatsächlich barrierefreien Praxen über Mund-Propaganda. Allerdings berichteten mehrere Interviewpersonen, dass viele Ärztinnen und Ärzte trotz vorhandener barrierefreier Praxen nicht (mehr) in Arzt Auskunftsdiensten erscheinen möchten, da sonst der Zulauf von entsprechenden Patientinnen zu groß sei. Da häufig ein höherer Zeitaufwand bei der Behandlung von Frauen mit Behinderungen eingeplant werden muss, dieser jedoch bei der Abrechnung der Leistungen in den EBM-Kennziffern nicht abgebildet werden kann, fürchten die Ärztinnen und Ärzte wirtschaftliche Einbußen.

Barrierefreiheit in der Gynäkologie

In der Gynäkologie besteht die Problematik, dass eine Untersuchung nur mithilfe des gynäkologischen Untersuchungsstuhles oder in Ausnahmen auch mit einer Liege durchgeführt werden kann. Dieses stellt vor allem für mobilitätseingeschränkte Frauen häufig eine sehr große Herausforderung dar. Daher ist davon auszugehen, dass das im Artikel 25 der *UN-BRK* verankerte Recht auf den „Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsleistungen“ (BMAS 2016a) häufig bereits aufgrund mangelnder Barrierefreiheit der Räumlichkeiten sowie fehlender Ausstattung (höhenverstellbarer Untersuchungsstuhl, Hebelifter) eingeschränkt ist. Die Frauen in den Fokusgruppen berichteten entsprechend auch von Problemen bei der Praxissuche und von Ablehnung bei Aufnahme in die Praxis aufgrund ihrer Behinderung. Ferner war für sie der Besuch einer gynäkologischen Praxis häufig mit langen Wegen verbunden. Im Akutfall bleibe einigen Frauen nur das Aufsuchen einer Klinik aus Mangel an erreichbaren und für sie barrierefreien Angeboten. Einige der befragten Akteurinnen und Akteure gehen entsprechend von einer hohen Dunkelziffer an Frauen, die keine gynäkologische Versorgung in Anspruch nehmen, aus. Es kann daher eine unzureichende adäquate Versorgungsstruktur an gynäkologischen Angeboten für Frauen mit Behinderungen angenommen werden.

Die oben genannten Gründe werden auch von den Initiatorinnen und Initiatoren als Motive für die Gründung der Spezialangebote angeführt. Deutlich wurde jedoch auch, dass valide Zahlen weder bezüglich des Bedarfes noch im Hinblick auf das Angebot an barrierefrei zugänglichen gynäkologischen Praxen existieren. So kann bspw. allein aufgrund der Datenlage über die Anzahl kognitiv oder mobilitätseingeschränkter Frauen der Bedarf an barrierefreien Untersuchungsangeboten nur schwer eingeschätzt werden. Behinderungen sind sehr vielfältig und allein die Form oder der Grad der Behinderung lassen keine eindeutige Aussage darüber zu, welchen speziellen Bedarf die jeweiligen Frauen hinsichtlich der Barrierefreiheit in der gynäkologischen Versorgung haben. Die Problematik der unzureichenden Datenlage wird auch von vielen der befragten Akteurinnen und Akteure. Hier bedarf es dringend einer systematischen, quantitativen Bestandsaufnahme im Sinne einer an der Personengruppe der Frauen mit Behinderung orientierten Versorgungsforschung, wie sie auch das Faktenblatt des *Kompetenzzentrums Frauen und Gesundheit NRW* (2019) vorschlägt. Im Rahmen des Forschungsprozesses wurde das Projekt „Barrierescout“ der Patienten-Initiative e.V. Hamburg identifiziert. Diese untersucht systematisch und unter Begehung bzw. Berollung der Praxen die Barrierefreiheit von Angeboten. Dieses Vorgehen wird als ein guter Ansatz gesehen, transparente und valide Angaben zur Barrierefreiheit bereitzustellen.

Eine derartige Bestandsaufnahme könnte die Notwendigkeit der Gründung von Spezialambulanzen und gynäkologischen Sprechstundenangeboten für Frauen mit Behinderungen verdeutlichen (bspw. gegenüber den KVen) und würde folglich auch die Implementierung

erleichtern. Der folgende Absatz diskutiert die aktuelle Lage zur Barrierefreiheit in der Regelversorgung.

5.1.1 Aspekte der gynäkologischen Versorgung in Spezialambulanzen

Im Folgenden werden alle im Rahmen der Studie evaluierten Schwerpunktthemen zur Versorgung von Frauen mit Behinderungen in gynäkologischen Spezialeinrichtungen diskutiert.

Bestandssituation barrierefreier gynäkologischer Versorgungsangebote

Im Rahmen des Forschungsvorhabens konnten bundesweit verschiedene Spezialambulanzen und gynäkologische Sprechstundenangebote für Frauen mit Behinderungen identifiziert werden. Bei der Betrachtung der identifizierten Angebote ist auffällig, dass diese fast alle in größeren Städten oder in deren Nähe angesiedelt sind. In ländlichen Regionen sind dagegen - mit Ausnahme des Angebotes in Ursberg, welches an eine Behinderteneinrichtung angebunden ist - keine Angebote vorzufinden. Es wird zudem deutlich, dass in Bayern gleich 4 Angebote vorliegen, während in dem bevölkerungsreichsten Bundesland Nordrhein-Westfalen kein Angebot identifiziert werden konnte. Dies bestätigt auch das Faktenblatt des *Kompetenzzentrums Frauen & Gesundheit NRW* (2019). Ebenso in den ostdeutschen Bundesländern konnten, von den beiden Versorgungsangeboten in Berlin abgesehen, keine Angebote eruiert werden. Weiterhin lässt sich dem Positionspapier der *Sächsischen Union* von April 2018 entnehmen, dass die Gründung von gynäkologischen Spezialambulanzen für Frauen mit Behinderung an drei Standorten in Sachsen gefördert werden soll (Sächsische Union 2018). Nachfragen bei der Pressestelle ergaben jedoch keine Informationen über den Stand des Vorhabens. Es ist nicht auszuschließen, dass weitere derartige Angebote existieren oder geplant sind, die jedoch nicht ausgemacht werden konnten.

Gründungsprozess

Die identifizierten Versorgungsangebote kennzeichnen große Unterschiede in ihrer Organisationsform und der personellen Struktur. Auch die Implementierung der Angebote geht mit jeweils unterschiedlichen zeitlichen und organisatorischen Strukturen, Erfolgsfaktoren und Herausforderungen einher. Diese werden im Folgenden, beginnend mit der Gründung erläutert und verglichen.

Zunächst ist festzustellen, dass bei der Gründung eines Angebots stets unterschiedliche Akteursgruppen einbezogen wurden (vgl. Tabelle 8, S.69). Als besonders vorbildliche Beispiele guter Vernetzung der Akteurinnen und Akteure können das Bremer und das Berliner Angebot genannt werden. Eine Vermutung ist, dass innerhalb eines Stadtstaates diese Vernetzungsprozesse leichter gelingen als in flächenmäßig großen Bundesländern.

Vor allem die Beteiligung von Netzwerken und Behindertenverbänden am Gründungsprozess wurden von den Befragten als essenziell betrachtet. Diese vertreten die Interessen

der betroffenen Frauen, können ihre fachliche und zielgruppenspezifische Expertise einbringen und gezielt für das Angebot werben. Vor allem das Kooperationsprojekt in Frankfurt mit dem *CeBeeF* kann an dieser Stelle als positives Beispiel dienen. Die Befragten betonten mehrfach, dass Behindertenverbände vor Ort unbedingt mit einbezogen werden müssten, da nur über diese die Adressatinnen der Angebote erreicht und sensibilisiert würden. Hierfür eignen sich insbesondere niedrigschwellige Angebote, z.B. Freizeit- oder sexualpädagogische Angebote. Zudem lässt sich aus den Beispielen Dachau, Bremen und Schwabing folgern, dass ein solches Vorhaben möglicherweise auf eine höhere Akzeptanz und größeres Interesse bei beteiligten Akteuren stößt, wenn Akteurinnen und Akteure auf politischer Ebene in den Prozess involviert sind und den Prozess moderieren und koordinieren. Diese können zudem Finanzierungsmöglichkeiten der Angebote über öffentliche Gelder prüfen und ggf. bereitstellen.

Die Kontaktaufnahme mit den politischen Akteuren gestaltete sich in einigen Fällen jedoch schwierig. Darüber hinaus war die Teilnahme der politischen Beteiligten auch stets vom persönlichen Engagement und Interesse der jeweiligen Personen abhängig. Die Involvierung politischer Akteure kann durch politische Grundlagen wie konkrete Aktionspläne befördert werden. So basiert die Gründung des gynäkologischen Spezialangebotes in Schwabing auf dem Aktionsplan der Stadt München zur Umsetzung der UN-BRK, aufgrund dessen das RGU mit der Errichtung des Angebotes beauftragt wurde. Das beteiligte Frauen-Netzwerk schilderte, dass ihre Bemühungen um ein gynäkologisches Spezialangebot, die seit 2002 andauerten, durch das Münchener Koordinierungsbüro zur Umsetzung des Aktionsplans wesentlichen Rückenwind bekamen.

Bei allen Angeboten – mit Ausnahme solcher, welche an Unikliniken angegliedert sind – stellte die KV eine wichtige Akteurin im Gründungsprozess dar. Diese sollte daher unbedingt frühzeitig in die Planung involviert, der Bedarf eines gynäkologischen Spezialangebotes dargelegt und die Rahmenbedingungen abgeklärt werden. Die KV kann auch bei der Administration in der Vorbereitungsphase unterstützen, mit den Krankenkassen über die Abrechnung verhandeln sowie die fachliche Beratung und Begleitung übernehmen und als Vertragspartner des Angebotes fungieren.

Die Erfahrung zeigt insgesamt, dass Gründungswillige häufig viel Geduld und Beharrlichkeit benötigen, denn die Verhandlungen, die im Vorfeld der Gründung eines gynäkologischen Spezialangebotes nötig sind, gestalten sich oft langwierig. Auch für die organisatorische Vorarbeit muss ein längerer Zeitraum einkalkuliert werden. Hierunter fallen Aufgaben wie das Finden von geeigneten Räumlichkeiten und interessierten Gynäkologinnen und Gynäkologen, das Aushandeln finanzieller und struktureller Rahmenbedingungen, die Vernetzung mit lokalen Vertretungen der Behindertenhilfe und die Planung von Öffentlichkeitsarbeit. Das Beispiel Erlangen zeigt jedoch auch, dass die Implementierung des Angebotes

ohne die Unterstützung weiterer Akteurinnen und Akteure und zugleich innerhalb eines kürzeren Zeitraums möglich ist. Auch in den Beratungsstellen, die bereits ein gynäkologisches Angebot vorhielten und dieses dann im Laufe der Zeit auf Frauen mit Behinderungen ausweiteten, konnte dieses in kürzerer Zeit in die bereits bestehenden Strukturen implementiert werden.

Standortwahl und Angliederung

Bei der Niederlassung ist zu berücksichtigen, dass das Angebot möglichst für eine große Anzahl an Frauen mit Behinderung gut erreichbar sein sollte. Besonders geeignet als Standort sind daher Ballungsräume und Gebiete mit guter Anbindung an den ÖPNV, insbesondere, da Erreichbarkeit eines der wichtigsten Kriterien von Frauen mit Behinderungen für die Wahl ihrer gynäkologischen Praxis ist. In den Fokusgruppen wurde weiterhin die Relevanz von Behindertenparkplätzen betont. Zudem sind weitere Standortfaktoren, die - unabhängig von der Angliederung – mit der jeweiligen Platzierung des Angebotes einhergehen, zu betrachten. So ist ein Vorteil am Standort „Klinik“ in der gut ausgebauten Infrastruktur zu sehen. Häufig sind hier bereits barrierefrei zugängliche Räumlichkeiten inklusive Behindertentoiletten vorhanden. Ein Nachteil besteht darin, dass Krankenhäuser bei Frauen mit Behinderungen oft negativ assoziiert sind. In Bremen stellte sich der Standort Krankenhaus trotz anfänglicher Bedenken jedoch als sinnvoll heraus. Die Klinik stellt als eine weitere Vertragspartnerin die Räumlichkeiten, das Pflegepersonal sowie medizinische Sachmittel. Diese Handhabung kann als positiv bewertet werden. Weitere mögliche Standorte können bspw. auch Gesundheitsämter, Medizinische Versorgungszentren, MVZs oder (*pro familia*-) Beratungsstellen darstellen. Diese stellen in der Regel neutrale, jedoch häufig nicht barrierefreie Orte dar.

Bei Angeboten, die auf Frauen mit starken kognitiven Beeinträchtigungen spezialisiert sind, ist möglicherweise der Standort des Angebotes auf dem Gelände oder in der Nähe der Behinderteneinrichtung sinnvoll. Hier ist von Vorteil, dass die Frauen in ihrer vertrauten Umgebung sind und das Setting kennen, was die Behandlung womöglich erleichtert. Unter dem Aspekt von Inklusion und der tendenziellen Auflösung großer Behinderteneinrichtungen stellt dies jedoch keine zukunftssträchtige Alternative dar.

Vor- und Nachteile der Angliederungsform

Die Befragung der Ambulanzen ergab, dass die Anbindung an Kliniken – wie bereits erwähnt - vor allem infrastrukturelle Vorteile mit sich bringt. Entweder war hier bereits eine barrierefreie Infrastruktur vorhanden oder die Barrierefreiheit wurde nachträglich zügig umgesetzt. Weitergehend haben solche gynäkologischen Angebote, die Teil des Klinikangebotes sind, den Vorteil, dass auch andere fachärztliche Abteilungen wenn nötig schnell hin-

zugezogen werden können. So können die Frauen oft ohne zusätzlichen Termin einen weiteren Arzt bzw. eine weitere Ärztin konsultieren. Das bedeutet deutlich weniger organisatorischer Aufwand für die Patientinnen.

Ein Hemmnis stellt dagegen (wie bereits erwähnt) dar, dass bei Menschen mit Behinderungen Krankenhäuser oft mit negativen Erfahrungen assoziiert sind. Ein weiterer Nachteil kann die fehlende Kontinuität durch wechselndes Personal sein, wie es z.B. in Erlangen der Fall ist, wo alle Ärztinnen und Ärzte für die Erbringung der ambulanten Leistungen im Rahmen der gynäkologischen Sprechstunde befugt sind. Andererseits kann auch die fehlende freie Ärztinnen-/Arztwahl als unzureichend eingeschätzt werden, wenn nur eine Gynäkologin oder ein Gynäkologe die Ermächtigung für die Behandlung besitzt, wie es bspw. in Dachau der Fall ist.

Die Ergebnisse der Fokusgruppen sowie die Befragung der Behindertenverbände zeigen, dass für Frauen mit Behinderung die Ärztin-/Arzt-Patientinnen-Beziehung von großer Wichtigkeit für das gewünschte Vertrauensverhältnis ist und damit auch die freie Ärztinnen-/Arztwahl überaus relevant ist. Ein Wechsel des Angebotes ist für Frauen mit Behinderungen zudem häufig aufwändig, da jeweilige Bedarfe und Krankheitsgeschichten immer erst mit dem neuen medizinischen Personal abgeklärt werden müssen.

Es sollte auch beachtet werden, dass durch die Implementierung eines Angebotes in einer Klinik ggf. ein Interessenskonflikt zwischen sozialem Engagement und fehlender Wirtschaftlichkeit eines gynäkologischen Spezialangebotes entstehen kann und das Fortbestehen des Angebotes immer auch von dem Interesse und Bewusstsein der Geschäftsführung für die Problematik abhängig ist. So war der damaligen Geschäftsführung des Klinikums Dachau die Implementierung des Angebotes ein soziales Anliegen - trotz fehlender Kostendeckung. Seit einem Wechsel in der Geschäftsführung bemerken die am Spezialangebot beteiligten Personen eine geringere Akzeptanz sowie kein niedrigeres Ansehen des Angebotes. Dieses macht sich bspw. darin bemerkbar, dass der Untersuchungsraum entgegen der Absprache zur vereinbarten Zeit nicht zur Verfügung steht. Hinzu kommt, dass sehr viel persönliches Engagement der beteiligten Ärztin erforderlich war, welches nur zum Teil vergütet wurde. Diese Faktoren führten letztendlich auch zur Schließung des Angebotes.

Weiterhin sollte beachtet werden, dass an Kliniken die Ermächtigung von Klinikärztinnen und -ärzten personengebunden und nur bei bestehenden Versorgungslücken möglich ist. Eine bessere Form scheint daher die Angliederung an Universitätskliniken zu sein, da das Angebot nicht von einer Ärztin oder einem Arzt abhängig ist.

Im Rahmen der weiteren gefundenen Angebote trat zusätzlich die Angliederungsform an Kliniken in Groß-Einrichtungen der Behindertenhilfe auf. Diese hat einerseits den Vorteil eines für die Betreuungspersonen und auch die Patientinnen niedrigschwelligen Angebots, da ihnen Räumlichkeiten und Strukturen oft schon bekannt sind. Andererseits entspricht

diese Art des Angebots keinesfalls der in der Behindertenarbeit allgemein angestrebten Teilhabe an und Inklusion in für alle zugänglichen Dienstleistungsstrukturen.

Die Konzeption als ambulantes Beratungsangebot bringt ebenfalls Vor- und Nachteile mit sich. Es handelt sich bei den im Rahmen der Studie untersuchten gynäkologischen Angeboten um Beratungsstellen, deren Konzept im Bereich Frauengesundheit, Sexualität und Familienplanung schon immer offen für Menschen mit Beeinträchtigungen waren. Dies wird als Förderfaktor angesehen, da die entsprechenden Strukturen sowie die Expertise im Umgang mit Menschen mit Beeinträchtigungen bereits vorhanden sind. Es kann vermutet werden, dass in den *pro familia*-Beratungsstellen durch den Kontakt mit Frauen mit Behinderungen die Versorgungsdefizite in der gynäkologischen Versorgung besonders ersichtlich sind, weshalb hier eine relativ große Bereitschaft zur Einrichtung von gynäkologischen Sprechstundenangeboten zu erwarten ist. Die Angliederung an ein Beratungsangebot bietet weiterhin den Vorteil umfassender medizinischer, sexualpädagogischer und psychologischer Beratung und stellt somit ein vielfältiges und ganzheitliches Angebot dar. Gerade Frauen mit kognitiven Einschränkungen und/oder Gewalterfahrungen werden aufgrund des ganzheitlichen Ansatzes und der Erfahrung der Mitarbeitenden von einer solchen Angliederungsform profitieren. Des Weiteren verfügen Beratungsangebote i.d.R. über tragfähige Vernetzungen zu Einrichtungen der Behindertenhilfe, was eine Erleichterung bei der Bewerbung des Angebots darstellt. Auch hier ist die Ermächtigung häufig nur an eine Ärztin oder ein Arzt gebunden. Problematisch kann bei Angliederung an Sexualberatungsangebote sein, dass i.d.R. keine Abrechnungsgrundlage für das gynäkologische Versorgungsangebot besteht, sondern dieses über das allgemeine Budget der Beratungsstelle abgerechnet werden muss. Dies führt dazu, dass die gynäkologische Versorgung hier häufig mit vielen anderen sozialen Themen konkurriert und gegenüber anderen Leistungen unwirtschaftlich erschwert.

Eine weitere Form stellt das Konzept einer ambulanten Filialeröffnung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte dar, die abwechselnd Sprechstunden für Frauen mit Behinderungen anbieten. Ein deutlicher Vorteil dieser Organisationsform ist, dass das Angebot dem der Regelversorgung am nächsten kommt. Dieses Modell bietet betroffenen Frauen die Möglichkeit, zwischen unterschiedlichen Gynäkologinnen und Gynäkologen zu wählen und ggf. zu wechseln.

Im Bremer Modell stellte sich die Mitbenutzung von Räumlichkeiten eines Klinikums als sinnvoll heraus, da die Räumlichkeiten und die Ausstattung der gynäkologischen Praxis von beiden Parteien, der Klinik und den Ärztinnen und Ärzten des Spezialangebots, genutzt werden können. Geklärt werden sollte hier im Vorfeld die Form der Terminvereinbarung. Ein Nachteil kann darin begründet sein, dass es sich um keine permanent genutzte gynäkologische Praxis handelt, in der die gesamte Ausstattung verfügbar ist. Teilweise müssen

Untersuchungsmaterialien selber mitgebracht werden, was einen zusätzlichen organisatorischen Aufwand seitens des behandelnden Personals bedeuten kann. Hier sollte im Vorfeld mit der Klinik über Lösungsmöglichkeiten gesprochen werden. Zudem wurde von Interviewpersonen des Bremer Angebotes auch berichtet, dass dort keine Rezepte und Transportscheine ausgestellt werden können und dieses von der eigenen Praxis aus erfolgen muss.

Als Vorteil ist zu nennen, dass im Bedarfsfall Frauen auch auf die niedergelassene Praxis verwiesen werden können, z.B. bei wiederkehrenden Terminen innerhalb kürzerer Zeit und dem Wunsch, bei einer Gynäkologin bzw. einem Gynäkologen zu bleiben. Positiv ist weiterhin die Involvierung unterschiedlicher Ärztinnen und Ärzte anzusehen. Eine hohe Beteiligung der Ärztinnen und Ärzte geht mit weniger Einsätzen für die und den einzelnen in der Praxis einher.

Adressatinnen und Inanspruchnahme

Die Angebote weisen Unterschiede hinsichtlich ihrer Adressatinnen auf. Während einige Angebote ausschließlich auf Frauen mit Mobilitätseinschränkungen ausgerichtet sind, fokussieren ebenfalls Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Das Konzept von *pro familia* war bspw. schon immer offen für Menschen mit Beeinträchtigungen und viele der Beratungsstellen boten schon zuvor insbesondere Dienste der Sexualberatung an, welche auch Menschen mit Behinderungen einschlossen.

Es ist zu beachten, dass Frauen mit Mobilitätseinschränkungen sowie Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen unterschiedliche Bedarfe hinsichtlich der gynäkologischen Untersuchung haben. Während bei mobilitätseingeschränkten Frauen neben dem Zugang zum Angebot der Transfer auf den gynäkologischen Untersuchungsstuhl sowie die mit der Behinderung einhergehenden Schwierigkeiten bei der Untersuchung die größte Herausforderung darstellen, besteht bei Frauen mit kognitiver Einschränkung die Problematik vielmehr in der Schaffung eines Vertrauensverhältnisses – z.T. trotz eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit – und dem Zulassen der Untersuchung. Ähnliche Schwierigkeiten können auch bei Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen vorliegen. Bei Frauen mit Sinnesbeeinträchtigungen (Hör- und Sehbeeinträchtigungen) steht ebenfalls die Kommunikationsweise im Vordergrund. Je nach Adressatinnen ist es sinnvoll, z.B. Informationsmaterial in digitaler, barrierefreier Form anzubieten, eine Dolmetscherin hinzuzuziehen, eine Induktionsschleife zu nutzen, auf Blickkontakt im Gespräch zu achten oder auch, anstehende Untersuchungsschritte verbal anzukündigen. In jedem Fall erscheint es ratsam, Frauen mit der jeweiligen Behinderungsform bereits im Gründungsprozess einzubeziehen, da sie die nötige Expertise zur Beurteilung einbringen können und beurteilen können, ob ein Angebot für sie tatsächlich umfassend barrierefrei ist.

Bei der Gründung eines Angebotes muss zunächst betrachtet werden, auf welchen Personenkreis dieses ausgerichtet werden soll. Da die Ermächtigung der bestehenden Optionen teilweise nur die Behandlung von mobilitätseingeschränkten Frauen berücksichtigt, ist mutmaßlich nur für diese eine Versorgungslücke (anhand der barrierefrei zugänglichen Praxen) nachweisbar. Allerdings haben auch Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen besondere Bedarfe, die sich vorrangig in Form des erhöhten Zeitaufwandes und der besonderen Bedürfnisse hinsichtlich der Ärztin-/Arzt-Patientinnen-Kommunikation äußern. Auch diesen Bedarfen kann in der Regelversorgung nicht ausreichend Rechnung getragen werden. Weiterhin sollte beachtet werden, dass Frauen mit Sinnesbeeinträchtigungen ebenfalls spezifische Bedürfnisse haben. Demnach sollten Ärztinnen und Ärzte insgesamt mehr für die Bedürfnisse dieser Frauen sensibilisiert und bei barrierefreien Praxisgestaltung die Bedarfe und Bedürfnisse von sinnesbeeinträchtigten Frauen mit berücksichtigt werden.

Die Angebote werden mit 60-130 Patientinnen pro Jahr unterschiedlich stark frequentiert. Die meisten Angebote sind mit ihrer jeweiligen Patientinnenzahl voll ausgelastet, oft übersteigt die Nachfrage sogar das Angebot. Die hohe Nachfrage kann aufgrund der Auslastung der Angebote und der fehlenden personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen jedoch nicht gedeckt werden. Eine Ausnahme stellt die barrierefreie Praxis in Bremen dar, die berichtete, dass trotz einer Bedarfserhebung im Vorfeld die Auslastung viel geringer als erwartet war – zur Enttäuschung der Mitarbeitenden. Das Angebot wurde auf weniger Patientinnen ausgelegt und ist nun ausgelastet; gegenüber dem Anfang ist sogar ein erheblicher Anstieg der Patientinnenzahl zu verzeichnen. Neben eventueller fehlender Bekanntheit könnte anfangs auch die schwierige Terminvergabe zu der schleppenden Inanspruchnahme des Angebotes beigetragen haben. Es ist davon auszugehen, dass es einige Zeit braucht, bis sich neue Angebote etablieren und bei den Nutzerinnen bekannt sind. Öffentlichkeitsarbeit ist also ein wichtiges Instrument, Frauen für das Angebot zu sensibilisieren.

Terminvergabe, Wartezeiten und Sprechzeiten, Dauer

Nur bei einem Angebot finden mehrmals in der Woche Sprechstunden für Frauen mit Behinderungen statt, bei den weiteren Angeboten im 1- oder 2-Wochen-Rhythmus oder seltener bzw. nach Bedarf. Feste Sprechstundenzeiten, die nur an einem Wochentag angeboten werden, schränken die Terminwahl für die Frauen stark ein. Dieses System hebt sich von dem der Regelversorgung, wo i.d.R. zwischen verschiedenen Wochentagen und Tageszeiten gewählt werden kann, ab. Daher wird das Vorhaben in München, welches möglichst flexible Sprechstundenzeiten vorsieht, als positiv gewertet. Dieser Ansatz kommt den „normalen“ gynäkologischen Angeboten am nächsten und bietet vor allem berufstätigen Frauen die Möglichkeit einer flexiblen Terminwahl.

In Bremen wurde die problematische Terminvereinbarung über den ärztlichen Notdienst thematisiert, welche nur abends möglich war und vermutlich die anfänglich geringe Inanspruchnahme beeinflusste. Diese Art der Terminvereinbarung stellte sich als nicht praxistauglich heraus und zeigt, dass die telefonische Erreichbarkeit täglich und auch während der normalen Praxiszeiten gewährleistet sein sollte. Bei zwei Angeboten erfolgt die Terminvereinbarung über die Terminservicestelle der KV. Dieses scheint besonders bei einer Organisationsform mit mehreren niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen (wie in Bremen und München), bei welcher keine ständige und feste Praxisbesetzung existiert ist, vorteilhaft.

Bei einem Großteil der Angebote ist nur eine telefonische Anmeldung möglich; für die meisten Patientinnen wird das auch die bevorzugte Art der Anmeldung sein. Für Frauen mit Hörbeeinträchtigung wäre aber eine zusätzliche Variante sehr begrüßenswert, was vor allem aus den Fokusgruppengesprächen deutlich hervorgeht. Weiterhin ist es wichtig, bereits bei der Terminvereinbarung relevante Informationen, wie bspw. Art der Behinderung, besondere Bedürfnisse oder Hilfebedarf im Vorfeld abzufragen, um den jeweiligen Termin vorbereiten und die benötigte Behandlungszeit abschätzen zu können.

Besonders deutlich wurde, dass alle Angebote erheblich mehr Zeit für die Untersuchung einplanen als es in der Regelversorgung aus finanziellen und organisatorischen Gründen üblich und möglich ist. Auch die Frauen der Fokusgruppen betonten den hohen Stellenwert einer ruhigen Atmosphäre sowie ausreichender Zeit für die Untersuchung. Die Angebote, die auch Frauen mit geistiger Behinderung zu ihren Adressatinnen zählen, weisen darauf hin, dass bei einigen Patientinnen mehrere Termine nötig sind, bis überhaupt eine Untersuchung stattfinden kann. Dieses ist in der Regelversorgung häufig nicht möglich.

Eine weitere Herausforderung stellten Terminabsagen dar. Diese sind wegen der erhöhten Termindauer besonders problematisch. So wurde für Bremen berichtet, dass kurzfristige Absagen von Terminen häufig zu Frustrationen geführt haben, da die Ärztinnen und Ärzte an ihrem freien Nachmittag die Zeit für die gynäkologische Sprechstunde reserviert haben. Ein möglicher Umgang hiermit war die Kontaktaufnahme mit den Patientinnen am Tag zuvor, um an den Termin zu erinnern.

Insgesamt weisen die Wartezeiten auf einen Termin bei den Spezialangeboten eine ähnliche Länge auf, wie es in regulären Praxen der Fall ist. Kurzfristige Ersatztermine sind gerade für Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen von Belang, da es vorkommen kann, dass sie eine notwendige Untersuchung nicht zulassen. Diese sollte dann in möglichst naher Zukunft nachgeholt werden.

Dass es sinnvoll ist, für Frauen mit Behinderungen extra Sprechzeiten anzubieten, zeigt das Angebot in Erlangen. Dieses war zunächst nicht als Spezialambulanz für Frauen und Mädchen mit Behinderungen geplant, sondern sollte lediglich den barrierefreien Zugang zu gynäkologischen Untersuchungen ermöglichen. Die Termine wurden daher vorerst in die

normale Sprechstunde integriert. Durch längere Behandlungszeiten verzögerten sich jedoch alle weiteren Termine, wodurch lange Wartezeiten entstanden. Aus diesem Grund führte die Einrichtung eine extra Sprechstunde für Frauen mit Behinderungen ein.

Eine Möglichkeit, die Dauer der Termine zu verkürzen, stellt die Verfügbarkeit von 2 Untersuchungsräumen und/ oder Umkleideräumen dar. Dadurch können die Frauen parallel vorbereitet werden und der zeitaufwändigere Teil der Untersuchung (z.B. Transfer auf den Stuhl) durch die Sprechstundenhilfen durchgeführt werden, während die Ärztinnen und Ärzte lediglich für die Dauer der Untersuchung die Patientinnen sehen. Dieses Vorgehen scheint vor allem für mobilitätseingeschränkte Frauen sinnvoll. Bei der Behandlung von kognitiv beeinträchtigten Frauen, bei denen der Kontakt zu der Ärztin oder dem Arzt sowie der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses eine große Rolle spielen, ist die Umsetzung eventuell komplexer. Die Bereitstellung von mindestens 2 gynäkologischen Untersuchungsstühlen und Hebeliftern ist allerdings aufwändig. Eine solche Ausgestaltung wird vermutlich aus finanziellen, baulichen, zeitlichen und personellen Gründen oft gehemmt.

Neben der Ärztin bzw. dem Arzt ist mindestens eine weitere Hilfsperson einzuplanen. In der Regel wird dies eine Sprechstundenhilfe oder eine Person aus der Gesundheits- und Krankenpflege sein. Diese sollte – wie auch der Arzt bzw. die Ärztin – dazu bereit sein, sich auf die unterschiedlichen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen einzulassen. Gerade bei Frauen mit kognitiven Einschränkungen kann eine Zusammenarbeit mit Sexualpädagoginnen auch im Zusammenhang mit der Untersuchung sinnvoll sein. Zum einen, um die Frauen für ihren Körper zu sensibilisieren und auf die Untersuchung vorzubereiten, zum anderen, um während der Untersuchung selbst Ängste zu nehmen.

Behandlung

Die Behandlungsanlässe von Frauen mit Behinderungen in der Gynäkologie sind vielfältig. Es bedarf daher eines umfassenden Behandlungsangebots, das zumindest dem einer normalen gynäkologischen Praxis entspricht. Ein inhaltlich reduziertes Angebot in einer Spezialambulanz erscheint als nicht sinnvoll. Einen Spezialfall stellt in diesem Zusammenhang das Vorhandensein eines auch für Rollstuhlfahrerinnen nutzbaren Mammografiegerätes dar. Solche Geräte sind selten und teuer in der Anschaffung, sollten aber bei Neugründungen unbedingt diskutiert und möglichst eingeplant werden. Gerade für Frauen mit Behinderungen bedeutet es eine große Beschwerde, für die Mammografie eine andere Praxis aufzusuchen (vgl. Thema Arztwechsel), wenn sie überhaupt eine Praxis finden, die die Mammographie ermöglicht. Eine Interviewpartnerin berichtete hierzu für den Raum München von erheblichen Schwierigkeiten.

Die eigentliche medizinische Behandlung unterscheidet sich bei Frauen mit Behinderungen allermeist nicht von der Behandlung nicht behinderter Frauen, bedarf jedoch gerade bei

Frauen mit kognitiven Einschränkungen einen sensibleren Umgang und eine vertrauensvolle Atmosphäre um Ängste zu nehmen (BMFSFJ 2013). Schwierigkeiten treten einerseits dann auf, wenn die Frauen starke Spastiken haben, die eine vaginale Untersuchung erschweren oder unmöglich machen, andererseits, wenn die Frauen sehr aufgeregt sind oder eine Untersuchung aus anderen Gründen nicht zulassen. Dann obliegt es häufig dem Ermessen der Ärztin bzw. des Arztes, zu entscheiden, ob eine rein äußerliche Untersuchung und/oder ein Blindabstrich ausreichen oder die vaginale Untersuchung dringend erforderlich ist. Wird sie als erforderlich angesehen, stellt sich die Frage nach dem weiteren Prozedere (z.B. ein zweites Mal einbestellen, Gabe von Beruhigungsmitteln, Narkose).

Im Rahmen der Untersuchung ist es bei Frauen mit Beeinträchtigungen besonders wichtig, eventuelle Nebendiagnosen, Multimorbidität und Medikationen zu kennen und deren Auswirkungen auf die gynäkologische Behandlung zu beachten. Hier sind die Ärztinnen und Ärzte zum einen oft auf informierte Patientinnen oder Angehörige angewiesen, zum anderen kommt der interdisziplinären Zusammenarbeit deshalb eine besondere Bedeutung zu. In den Fokusgruppen wurde in Bezug auf die Behandlung insbesondere betont, wie wichtig eine gründliche Untersuchung und vollständige Aufklärung über die Ergebnisse ist. Die Frauen wünschen sich ein Gespräch auf Augenhöhe, in welchem sie in für medizinische Laien verständlicher Sprache informiert werden.

Arbeitsbelastungen und Herausforderungen

Bei der gynäkologischen Versorgung von Frauen mit Behinderungen treffen die Medizinerinnen und Mediziner auf mehrere besondere Herausforderungen, die in der Versorgung von nicht behinderten Frauen seltener auftreten. Zunächst spielt die körperliche Belastung eine große Rolle. Hebelflitter können zumindest teilweise zu einer Entlastung beitragen. Auch Erfahrungen im Umgang und in der medizinischen Behandlung von Menschen mit Behinderungen sind von Vorteil. Als weitere Herausforderung wurden besonders komplexe Entscheidungssituationen genannt (z.B. die Entscheidung, welche Dringlichkeit eine Vorsorgeuntersuchung unter welchen Bedingungen hat und welche Maßnahmen im Falle eines Nicht-Zulassens von Seiten der Patientin in welcher Reihenfolge ergriffen werden sollten). Solche Entscheidungssituationen, mit denen Gynäkologinnen und Gynäkologen hier häufiger als im Normalfall konfrontiert sind, verlangen den Zuständigen viel ethische Entscheidungskompetenz ab. Dies nehmen die Befragten mitunter als recht belastend wahr. Die Schweiz und Österreich begegnen diesem Umstand mit Leitlinien zur gynäkologischen Versorgung von Frauen mit Behinderungen. In Deutschland existiert bisher die konsensbasierte AWMF-Leitlinie „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei Frauen mit Querschnittslähmung“ der Deutschsprachigen Gesellschaft für Paraplegiologie e.V. (Kurze et al. 2019).

Richt- oder Leitlinien können einerseits dazu dienen, Qualitätsstandards verbindlich festzulegen, um eine qualitativ hochwertige Versorgung für diesen Personenkreis zu garantieren. Andererseits könnten Richt- und Leitlinien auch für praktizierende Gynäkologinnen und Gynäkologen eine fachliche Unterstützung darstellen. Gerade medizinisches Personal, das nicht regelmäßig Menschen mit Behinderungen behandelt, könnte sich in Zweifelsfällen daran orientieren. Heranzuziehen sind in diesem Zusammenhang die von *pro familia* herausgegebenen „Qualitätsstandards für die ambulante gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderung und rechtliche Grundlagen für ihre Durchsetzung“ (pro familia 2009). Diese orientieren sich an den Bedürfnissen der Patientinnen und ermöglichen auch eine Übertragung der Qualitätsstandards auf die allgemeine medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung. Eine weitere Option sind Informationsbroschüren zur Behandlung von Frauen mit Behinderungen für Gynäkologinnen und Gynäkologen, wie es sie für Zahnmedizinerinnen und –mediziner in Deutschland und für Gynäkologinnen und Gynäkologen in Österreich gibt (vgl. Kapitel 4.5). Auch diese könnten eine zusätzliche fachliche Orientierung bieten.

Öffentlichkeitsarbeit

Über gezielte Öffentlichkeitsarbeit sollten vor allem auch Frauen erreicht werden, die bisher noch keine gynäkologischen Untersuchungen in Anspruch nehmen. Eine gute Möglichkeit hierfür stellen die niedrighschwelligen Angebote dar, welche für die Beratungsstelle in Frankfurt über den *CeBeeF* erfolgen. Das *Familienzentrum Balance* nutzt eigene Angebote (z.B. sexualpädagogische Veranstaltungen für die Adressatinnen des Angebotes oder Fortbildungen für Mitarbeitende der Behindertenhilfe), um Mädchen und Frauen mit Behinderung und ggf. auch Mitarbeitende für das Thema zu sensibilisieren und auf das gynäkologische Spezialangebot aufmerksam zu machen. Auch die Zusammenarbeit mit Trägern der Behindertenhilfe ist hierfür als erstrebenswert einzuschätzen.

Des Weiteren kann über ausgelegte Flyer, die eigene Homepage, Gesundheitswegweiser der Stadt, Suchmaschinen, sowie Datenbanken wie die Suchfunktion der Arztauskunftsdienste geworben werden.

Andere Wege - speziell zur Bekanntmachung des Angebots rund um die Eröffnung - hängen stark von den jeweils vorgesehenen Adressatinnen und der Vernetzung mit Multiplikatoren ab. Als besonders öffentlichkeitswirksam wird eine Eröffnungsveranstaltung wahrgenommen, bei der im besten Fall "prominente" Rednerinnen und Redner bereits für die nötige Aufmerksamkeit (auch der lokalen Presse) sorgen. Zudem sollten potentielle Nutzerinnen eingeladen werden, da dies einen niedrighschwelligen Zugang zu dem Spezialangebot, den Räumlichkeiten und den Mitarbeitenden darstellt.

Darüber hinaus sind Plakataktionen, Einladungen an die Presse und die Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen seitens des Angebots sinnvoll (z.B. städtischen und universitären oder von Einrichtungen der Behindertenhilfe), bei denen Informationen vermittelt werden. Behindertenverbände haben immer wieder darüber geklagt, dass es für die Frauen extrem schwierig ist, Informationen über Spezialangebote ausfindig zu machen und auch unter den Frauen der Fokusgruppe in Berlin waren die beiden Berliner Angebote nicht allen bekannt.

Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen

Die Finanzierungsproblematik ist bei allen Angeboten deutlich erkennbar und spielt vor allem auch in der Regelversorgung eine große Rolle, wo sie zu den bereits angesprochenen Problemen führt. Neben der Umsetzung des barrierefreien Zugangs und der Bereitstellung barrierefreier Untersuchungsmöbel stellt vor allem der erhöhte Zeit- und Mehraufwand der gynäkologischen Untersuchungen (30-90 Min.) eine finanzielle Herausforderung dar. Es kann nur der gleiche Satz abgerechnet werden wie bei Frauen ohne Behinderungen. Da für diese etwa 12 Minuten pro Behandlung eingeplant werden, lässt sich hier bereits erkennen, dass finanzielle Einbußen drohen, wenn regelmäßig erheblich mehr Zeit für die Behandlung aufgewendet werden muss. Zudem bindet die Behandlung von Frauen mit Behinderung auch deutlich mehr personelle Ressourcen.

Zwar ist es in der Regelversorgung aufgrund sogenannter „Scheinverdünner“ (z.B. Patientinnen, die ein Rezept abholen) teilweise möglich, diese längeren Behandlungszeiten auszugleichen. Dieses Verfahren wird jedoch problematisch, sobald die Fälle mit den längeren Behandlungszeiten in einer Praxis sehr zahlreich werden. Viele Akteurinnen und Akteure sprachen sich daher für eine gesonderte Abrechnungsziffer im *EBM* aus. Hier gelte es allerdings, klare Regelungen für die Anwendbarkeit der Abrechnungsziffer zu schaffen, um einer unsachgemäßen Nutzung vorzubeugen⁸. Die Anwendung der Ziffern 35100 und 35110, die von einem Angebot zur Finanzierung des Mehraufwandes genutzt werden, sind nur auf den Personenkreis psychisch belasteter Frauen anwendbar und können kein generelles Vorgehen sein.

Die meisten Spezialangebote können aufgrund dieser Unterfinanzierung nur dank verschiedener Modelle der Querfinanzierung bestehen. Diese erfolgt entweder über Gelder der Stadt, durch die Personalkosten (mit-)gedeckt werden, oder über die Klinik, welche Personal stundenweise für die Ambulanz zur Verfügung stellt und den Mehraufwand mitfinanziert. Einige Einrichtungen können ihr Angebot auch nur aufgrund der ehrenamtlichen Tätigkeit der Ärztinnen und Ärzte finanzieren. Gerade mit Blick auf die *UN-BRK* ist deutlich, dass

⁸ Eine Interviewpartnerin fürchtete, dass Ärztinnen und Ärzte aus Profitgründen auch solche Patientinnen über diese Abrechnungsziffer abrechnen könnten, die eigentlich im Rahmen ihrer normalen Patientenklientel zu berechnen sind, da es immer wieder Patientinnen gibt, deren Behandlung – aus unterschiedlichen Gründen – etwas mehr Zeit in Anspruch nimmt.

Frauen mit Behinderung ein Recht auf eine qualitativ gute und für sie erreichbare gynäkologische Versorgung haben. Die Erfüllung dieses Rechts sollte nicht vom Engagement einzelner Personen, Einrichtungen oder Städte abhängig gemacht werden.

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Viele der befragten Ärztinnen und Ärzte äußerten den Wunsch nach mehr Fortbildungsmöglichkeiten. Auch unter weiteren befragten Akteurinnen und Akteuren wurde die Meinung vertreten, dass eine größere Sensibilisierung der Ärzteschaft und die Vermittlung fachspezifischen Wissens notwendig seien. Derzeit existiert für Deutschland die strukturierte curriculare Fortbildung „Medizinische Betreuung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung“ (BÄK 2011), welche als gute fachliche Grundlage angesehen werden kann. Allerdings wird der Umfang von 50 Stunden als unverhältnismäßig groß gegenüber der geringen Anzahl von Patientinnen und Patienten mit Behinderungen angesehen. Für Mitarbeitende in *MZEB* hingegen, welche ausschließlich Menschen mit Behinderungen behandeln, werden 50 Stunden als zu wenig erachtet. Viele Befragte befürworten eine stärkere Verankerung der Behandlung von Menschen mit Behinderungen im Medizin-Studium, wie dies an der in Gründung befindlichen Medizinischen Fakultät in Bielefeld geplant ist. Sollten sich – am Beispiel Erlangen oder auch der unter Good Practice genannten zahnmedizinischen Studiengänge orientiert – weitere gynäkologische Ambulanzen an Universitätskliniken für Frauen mit Behinderungen öffnen, würde es sich in diesem Zusammenhang anbieten, eine behindertenspezifische Spezialisierung im Studium aufzugreifen.

Auch für eine stärkere Platzierung des Themas in den fachärztlichen Weiterbildungen sprachen sich viele aus. Beides erscheint besonders förderlich für die langfristige Verbesserung der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen. Als Good Practice-Beispiel kann hier die Zahnmedizin fungieren: an einigen Universitäten können Studierende bereits einen behindertenbezogenen Schwerpunkt mit Praxisanteil im Studium belegen. Als weitere Vorgehensweise sei hier die Schaffung einer Weiterbildung zum Facharzt für Behindertenmedizin genannt, wie es sie in den Niederlanden gibt. Ein solcher behindertenbezogener Facharztstitel ist in Deutschland bisher nicht vorhanden. Im Rahmen gesellschaftlicher Inklusion und freier Ärztinnen-/Arztwahl ist dieses Beispiel Möglichkeit allerdings zu hinterfragen. Auch erscheint es fachlich bedenklich, "Allround"-Behindertenmedizinerinnen und -mediziner auszubilden. Diese können nicht für sämtliche medizinische Fachrichtungen ausreichend versiert sein, um die Behandlung komplexer Erkrankungen aller Bereiche anzubieten. Eine derartige Weiterbildung kann höchstens als Zusatz zur fachärztlichen Spezialisierung einzusetzen sein. Eine solche facharztspezifische Fortbildung existiert bisher nicht. Bei der *Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.* (DGGG) und beim *Berufsverband der Frauenärzte e. V.* (BVF) werden keine Fort- oder Weiterbildungen

mit dem Schwerpunkt der gynäkologischen Versorgung von Frauen mit Behinderung angeboten (DGGG o. J., BVF o. J.).

5.2 Diskussion der Methodik

Das qualitative Vorgehen zur Datenerhebung erwies sich im Projektverlauf als sinnvoll und zielführend. Dadurch konnten neben den verschiedenen Vertretungen der gynäkologischen Spezialangebote weitere Akteursgruppen einbezogen und so ein umfassender Überblick über die gynäkologische Versorgungssituation von Frauen mit Behinderungen erlangt werden. Die zusätzliche Durchführung einer schriftlichen Befragung förderte die Generierung einer hohen Teilnehmendenzahl. Die interviewten Personen zeigten überwiegend großes Engagement und Interesse an dem Forschungsvorhaben und dessen Ergebnissen. Jedoch traten auch Schwierigkeiten dabei auf, einige Akteursgruppen für die Befragung zu gewinnen. Ferner gaben die Akteurinnen und Akteure divergierende Einschätzungen zu den Versorgungsbedarfen und der Versorgungssituation an, sodass eine einheitliche Aussage über das tatsächliche Ausmaß des Bedarfs an gynäkologischen Versorgungsangeboten erschwert ist. Hier bedarf es weiterer Forschung hinsichtlich einer systematischen und validen Überprüfung barrierefreier gynäkologischer Praxen.

Die partizipative Einbeziehung der betroffenen Frauen mittels Fokusgruppen oder Einzelinterviews erwies sich als sehr ergiebig und gewährleistet, dass die Ergebnisse des Projektes die Bedarfe und Bedürfnisse der Frauen mit Behinderungen berücksichtigen.

Es muss bei der Betrachtung der Ergebnisse allerdings beachtet werden, dass die Behinderungsformen sehr unterschiedlich und die damit erfahrbaren Barrieren oftmals individuell sind. Demzufolge haben die Frauen hinsichtlich des Zugangs sowie der medizinischen Versorgung unterschiedliche Bedarfe und Bedürfnisse. Obwohl bei der Auswahl der Interviewpersonen darauf geachtet wurde, die unterschiedlichen Perspektiven potenzieller Nutzerinnen mit unterschiedlichen Behinderungsformen einzubeziehen, können die gewonnenen Ergebnisse aufgrund des qualitativen Designs und der damit verbundenen insgesamt geringen Fallzahl daher nur einen Überblick über die spezifischen Bedürfnisse und Bedarfe in der gynäkologischen Versorgung geben. Aus diesen Ergebnissen konnten zwar generelle Handlungsempfehlungen formuliert werden, die konkreten Bedarfe und Bedürfnisse, die ein jedes barrierefreies Versorgungsangebot hinsichtlich seiner jeweiligen Patientinnen erfüllen sollte, müssen jedoch im individuellen Fall überprüft werden.

Eine weitere Limitation der Ergebnisse besteht darin, dass die Gründung der Spezialangebote zum Teil schon weit zurück liegt und die damaligen Initiatorinnen und Initiatoren daher nicht mehr für Interviews zur Verfügung standen. Dadurch ließ sich die Entstehungsgeschichte der Angebote nicht mehr vollständig rekonstruieren.

In Bezug auf die Recherche nach Good Practice-Beispielen sind folgende Limitationen zu nennen: Dass keine Good Practice-Beispiele gefunden werden konnten, die den definierten Kriterien entsprechen, kann unterschiedliche Gründe haben. Es besteht zum Beispiel die Möglichkeit, dass es im europäischen Ausland keine gynäkologischen Spezialangebote gibt. Es ist aber auch denkbar, dass es solche Angebote gibt, diese aber nicht im Rahmen von (Evaluations-)Studien im Internet oder Fachjournals vorgestellt werden und folglich nicht die Kriterien zur Aufnahme in die Evaluation der vorliegenden Studie erfüllen bzw. gar nicht recherchierbar sind. Schließlich wurde die Recherche dadurch limitiert, dass ausschließlich auf deutschen, englischen und in geringem Umfang niederländischen Seiten gesucht werden konnten. Schließlich ist ebenfalls vorstellbar, dass die gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderungen in anderen europäischen Ländern besser in die Regelversorgung integriert ist, sodass es weniger Bedarf an gynäkologischen Spezialangeboten gibt.

Die Interpretation der Ergebnisse der Bestandsliste barrierefreier gynäkologischer Praxen ist dadurch limitiert, dass es sich bei beiden Auflistungen nur um Annäherungswerte handelt, die sowohl eine Über- als auch eine Unterschätzung beinhalten können. Zum einen betreiben nicht alle Arztpraxen eine Website und wenn doch, so sind dort nicht zwingend Angaben über die bestehende Barrierefreiheit zu finden. Des Weiteren ist davon auszugehen, dass die Ergebnisse der Suchfunktionen wegen der Freiwilligkeit der Angaben zur Barrierefreiheit unvollständig sind. Zum anderen kann es zu falsch positiven Einschätzungen kommen, weil es sich um Selbstauskünfte handelt, die nicht extern überprüft werden.

6 Handlungsempfehlungen

Im folgenden Kapitel werden Handlungsempfehlungen für die Aspekte der gynäkologischen Versorgung von Frauen mit Behinderungen genannt. Dabei ist angegeben, auf Grundlage welches Teils der Diskussion die jeweiligen Empfehlungen zu einem Aspekt formuliert wurden. Einige Handlungsempfehlungen wurden im Rahmen des Workshops erstmals benannt oder bereits vorhandene Empfehlungen modifiziert oder präzisiert. Nicht alle nachfolgenden Empfehlungen lassen sich daher vollständig auf Basis der Diskussion ableiten.

Aspekt: Gynäkologische Spezialangebote und Regelversorgung (vgl. S.45-49)

- Zur umfassenden Erhebung von Versorgungsdaten wird die Durchführung von Studien zur Situation von Frauen mit Behinderung bezüglich der gynäkologischen Versorgung/ des Zugangs zur medizinischen Versorgung aus intersektionaler Perspektive empfohlen, die Zusammenhänge zwischen Behinderung und Geschlecht über alle Lebensphasen hinweg berücksichtigt.
- Gynäkologische Spezialangebote können kurzfristig die Versorgungslücke in der Regelversorgung für Frauen mit Behinderung schließen. Dennoch gilt es, langfristig eine schnelle und ortsnahe, integrative Versorgung durch barrierefreie gynäkologische Praxen zu gewährleisten. Entsprechende Angebote sollten sowohl Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen als auch mit Mobilitäts- und Sinnesbeeinträchtigungen einbeziehen.
- Um den Zugang zu gynäkologischen Versorgungsangeboten für Frauen mit Behinderungen zu verbessern, sind neben den aktuell existierenden gynäkologischen Spezialangeboten weitere zu gründen. Dieses gilt vor allem für die Regionen, in denen noch keine Angebote zu finden sind sowie für Regionen, in denen nur wenige barrierefreie gynäkologische Praxen bestehen.
- Eine weitere Möglichkeit ist die vereinfachte Ermächtigung im stationären Bereich für ambulante (gynäkologische) Untersuchungen. Für Frauen mit schwerer kognitiver Einschränkung oder schwerer Mehrfachbehinderung sollte überlegt werden, MZEB verstärkt in die gynäkologische Versorgung einzubeziehen.
- Für strukturschwache Gegenden sind mobile Versorgungskonzepte zu diskutieren. Ansätze können ein rotierendes Hausbesuchssystem oder eine barrierefreie, mobile Untersuchungseinheit (vergleichbar mit dem *Mammobil*) darstellen.
- Alternativ und parallel sollte ein verbessertes Transportsystem im ländlichen Raum etabliert werden.

Aspekt: Barrierefreiheit in der Regelversorgung (vgl. S.50-55)

- Es sollte eine Überprüfung der Umsetzung der Barrierefreiheit bei Praxisneugründungen, z.B. durch eine Monitoringstelle der KV, stattfinden. Praxen, die dieser Pflicht nicht nachkommen können oder wollen, könnten eine Ausgleichszahlung leisten müssen (vergleichbar mit der Ausgleichszahlung von Firmen, die die Behinderungenquote bei ihren Angestellten nicht erfüllen). Mithilfe dieser Ausgleichszahlung könnten dann Praxen, deren Inhaberinnen und Inhaber zum Umbau bereit sind, finanziell unterstützt werden. Dieser „Sanktionierung“ ist jedoch die Schaffung eines Anreizsystems durch Bonuszahlungen vorzuziehen
- Für die nahe Zukunft erscheint ein Modell mit einer gewissen Quote barrierefreier Praxen (auch für andere medizinische Fachrichtungen), die von den nicht barrierefreien mitfinanziert werden, ein angemessenes Zwischenziel. Z.B. könnten hierfür Schwerpunktpraxen gebildet oder MVZ gewählt werden. Die Schaffung einer umfassenden Barrierefreiheit für alle Behinderungsformen und in jeder Praxis erscheint aufgrund der hohen Kosten zwar wünschenswert, aber eher unrealistisch.
- Denkbar ist auch ein verpflichtendes Beratungs-/Behandlungskontingent für Menschen mit Behinderungen pro Arztpraxis oder ein Prämiensystem.
- Unterstützung zu Fragen rund um das Thema Barrierefreiheit sollten Lotsen-/ Beratungssysteme der KVen bieten, wie es sie bei einigen KVen bereits gibt, hierfür sollten die KVen Ansprechpersonen zur Verfügung stellen.
- Praxen sollten – wie es in einigen Bundesländern bereits geschieht – bei Neugründung mithilfe eines Flyers über die Umsetzung von Barrierefreiheit informiert werden. Beratung sollte angeboten werden, z.B. in Form einer Begehung des Rohbaus oder einer App zur vereinfachten Überprüfung vorhandener Merkmale der Barrierefreiheit.
- Auch bei der Herstellung der Praxisausstattungen sollte Barrierefreiheit als Norm festgelegt werden und damit die Kosten für Herstellung und Anschaffung barrierefreier Gerätschaften gesenkt werden.
- Frauen mit Behinderungen sollten in die Planung und Überprüfung von barrierefreien Angeboten involviert werden, um die tatsächliche zielgruppenspezifische Nutzbarkeit zu gewährleisten.
- Weiterhin sollten die Bedarfe und Bedürfnisse von Frauen mit Sinnesbehinderungen berücksichtigt werden und die Ärztinnen und Ärzte diesbezüglich sensibilisiert werden. Hier sind vor allem alternative Anmelde-, Kommunikations-, Informations- und Leitsysteme zu nennen.
- Als Ausstattungsmerkmale einer barrierefreien Praxis seien Folgende hier exemplarisch benannt – für eine detaillierte Übersicht vgl. den Fragebogen zur Erhebung

der Strukturdaten/Checkliste (Anhang E: Fragebogen zur Erhebung der Strukturdaten/ Checkliste).

Tabelle 8: Ausstattungsmerkmale barrierefreier gynäkologischer Praxen (Quelle: eigene Darstellung)

Ausstattung gynäkologischer Praxen für Menschen mit	
Mobilitätseinschränkungen	– Parkmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung – Hausnummer, Praxisschild, Klingel aus sitzender Position gut sichtbar bzw. erreichbar – Selbst öffnende oder per Taster zu öffnende Türen – Personenlifter – Behindertengerechte Aufzüge – (Teilweise) abgesenkter Tresen im Empfangsbereich – Höhenverstellbarer Untersuchungsstuhl mit abnehmbaren Beinstützen, höhenverstellbare und feststellbare Untersuchungsfläche – Behindertengerechte Toiletten (nach DIN 18040-1) – Rollstuhlgerechte Räume und Umkleidemöglichkeiten mit ausreichenden Bewegungsflächen (nach DIN 18040-1)
Sehbeeinträchtigungen	– Aufzüge mit akustischen Durchsagen, Tasten in Braille-Schrift – Kontrastreiche Schilder/ Markierungen sowie farbliche Hervorhebungen von Griffen und Stufen – Hilfsführungen im Boden – Beschilderungen in Braille-Schrift – Informationsmaterial und Packungsbeilagen in digitaler Form (per Screenreader lesbar) – Möglichkeit, Assistenzhunde mitzubringen
Hörbeeinträchtigungen	– Terminanmeldungen per E-Mail oder interaktiven Kalender – Beratungen in Gebärdensprache ggf. durch Dolmetscherinnen bzw. Dolmetscher – Visuelle Anzeigetafeln und Aufrufe – Induktionsschleife im Untersuchungszimmer
Kognitiven Beeinträchtigungen	– Informationsmaterial in Leichter Sprache – Anschauungsmaterial und Piktogramme für (sexual)beratende Gespräche

Aspekt: Transparenz der Informationen über barrierefreie Praxen (vgl. S.47-49)

- Es wird empfohlen, mehr Transparenz über die Existenz barrierefreier gynäkologischer Praxen zu schaffen und die Angaben zu validieren. Empfehlenswert erscheint eine systematische Überprüfung anhand einer standardisierten Checkliste und/oder Begehungen der Praxen.
- Die Arztauskunftsdienste der KVen sollten optimiert und vereinheitlicht werden. Die Suche sollte bei allen KVen nach Art der Behinderung sowie nach Merkmalen der Barrierefreiheit differenziert werden können.

- Eine Möglichkeit, Informationen über barrierefreie Praxen zielgruppengerecht aufzuarbeiten, wäre die Veranschaulichung der Ergebnisse in visueller Form. Für eine theoretisch realisierbare Umsetzung wurde das „OpenStreetMap-Tool“⁹ (Open Database Lizenz) recherchiert. Das Tool bildet die Möglichkeit, Adressen zu suchen und dort Marker zu setzen. So lässt sich eine Übersicht über vorhandene Praxen beispielhaft darstellen (Anhang H: Beispiel zielgruppengerechten Optimierung der Arztauskunftsdienste, Abbildung 3).
- Es ist notwendig, die Arztauskunftsdienste unter Frauen mit Behinderungen breiter bekannt zu machen. Die Informationsverbreitung könnte bspw. über geschulte Multiplikatoren erfolgen. Zur Verbesserung der Informationslage sollten auch barrierefrei gestaltete Webseiten der entsprechenden Arztpraxen beitragen.

Aspekt: Gründungsprozess und beteiligte Akteurinnen und Akteure (vgl. S.50-52)

- Bei der (Neu-) Gründung von Spezialambulanzen und gynäkologischen Sprechstundenangeboten sollten regionale Besonderheiten und bereits bestehende Strukturen berücksichtigt werden. Das Thema kann bspw. bei bereits bestehenden Runden Tischen oder Arbeitskreisen zum Thema gynäkologische/ medizinische Versorgung von Frauen mit Behinderung oder Netzwerken für Frauen mit Behinderungen platziert werden.
- Es sollten verschiedene Akteurinnen und Akteure auf Regionaler- und Landesebene einbezogen werden. Diese können über einen regelmäßig stattfindenden Runden Tisch in den Prozess involviert werden. Sinnvoll erscheint es, themengebundene Treffen zu veranstalten, zu denen nur die jeweils direkt beteiligten Akteure anwesend sind. Die Aufgaben der verschiedenen Akteurinnen und Akteure sollten dabei entsprechend deren Kompetenz definiert sein.
- Es wird besonders empfohlen, Netzwerken für Frauen mit Behinderungen, Selbsthilfe- oder Behindertenverbänden in den Prozess und das Angebot einzubeziehen, über die die Adressatinnen erreicht und für die Thematik sensibilisiert werden können. Als besonders effektiv haben sich Kooperationsprojekte erwiesen. (vgl. S.50)
- Denkbar ist es, darüber hinaus Netzwerke zu schaffen (bestehend aus KV-Vertretung, Selbsthilfegruppen und Vereinen von und für Menschen mit Behinderungen sowie der bzw. dem Inklusions-/Behindertenbeauftragten des jeweiligen Landes), welche als dauerhafter Ansprechpartner für Gründungswillige zur Verfügung stehen. Ein positives Beispiel hierfür stellt das *Netzwerk behinderter Frauen Berlin e.V.* dar.

⁹ <https://www.openstreetmap.de/>

Die in Tabelle 8 dargestellten Akteursgruppen sollten bei der Gründung mit einbezogen werden (je nach Konzept und Anbindung) und könnten folgende Aufgaben wahrnehmen:

Tabelle 8: Übersicht über einzubeziehende Akteure und deren Aufgaben (Quelle: eigene Darstellung)

Akteurinnen und Akteure	Aufgaben
Politische Akteure (Referate/ Ministerien/ Gremien)	– Gesamtkoordination und Moderation des Prozesses – Prüfung, Koordination und Bereitstellung von Finanzierungsmöglichkeiten – Öffentlichkeitsarbeit – Organisation von Schulungen – Entwicklung und Evaluation des Projektes
Weitere politische Akteure (Behinderten-, Gesundheits-, Frauenbeauftragte,)	– Vertretung der Interessen von Frauen mit Behinderung
Zuständige Kassenärztliche Vereinigung	– Unterstützung bei der Administration in der Vorbereitungsphase – Organisation der Sprechstunde – Verhandlungen mit Krankenkasse über Abrechnung – fachliche Beratung und Begleitung – Terminkoordination
Beteiligte Gynäkologinnen und Gynäkologen	– Möglichkeiten der medizinischen Ausgestaltung des Angebotes – Fachliche Beratung – Planung und Durchführung des gynäkologischen Angebots
Berufsverband der Frauenärzte e.V. (zuständiger Landesverband)	– fachliche Beratung – Information und Werbung bei der niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen für das Angebot
Landesnetzwerke für Frauen mit Behinderungen, Selbsthilfe- und Behindertenverbände	– fachliche Beratung – Vertretung der Interessen von Frauen mit Behinderungen (z.B. Prüfen geeigneter Räumlichkeiten) – Öffentlichkeitsarbeit – Ggf. Mitwirkung am Angebot (z.B. durch Fahrdienste oder flanierende Angebote)
Träger Klinikum/ Gesundheitsamt/ Beratungsstellen	– Bereitstellung der barrierefreien Räumlichkeiten – Ggf. Bereitstellung nichtärztlichen Personals, medizinischer Sachmittel, Inventar
Ggf. Koordinierungs-Büro zur Umsetzung der UN BRK	– fachliche Beratung und Begleitung. – Ggf. Finanzierung/ Übernahme von Kosten

- Die Implementierung von Spezialambulanzen und gynäkologischen Sprechstundenangeboten sollte in den Aktionsplänen der Länder/ Kommunen und des Bundes festgeschrieben werden und diese auch umgesetzt werden. Auf diese Weise bestehen klare Zuständigkeiten und eine politische Legitimation. So könnten beteiligte Akteursgruppen leichter für die Beteiligung an dem Vorhaben motiviert werden und dieses somit schneller umgesetzt werden.

Aspekt: Standortwahl und Angliederung (vgl. S.51)

- Als Standort geeignet sind Ballungsräume und Gebiete mit guter Anbindung an den ÖPNV. Auch sollten ausreichend Behindertenparkplätze zur Verfügung stehen.
- Eine bereits vorhandene barrierefreie Infrastruktur am Standort ist von Vorteil, um die Umbaukosten vor Inbetriebnahme eines Angebotes möglichst gering zu halten.

Aspekt: Vor- und Nachteile verschiedener Angliederungsformen

- Eine Angliederung an eine bereits bestehende medizinische oder beratungsorientierte Versorgungsstruktur ist empfehlenswert. Bestehende Strukturen bringen gegenüber einer kompletten Neugründung die jeweils mit der bestehenden Einrichtung einhergehenden Vorteile mit sich und je nach gewählter Einrichtung ist die Erweiterung des Angebotes für Frauen mit Behinderung mit relativ wenig Aufwand möglich. In jedem Fall ist bei der Wahl der Angliederung auch an die Finanzierung des Angebotes zu denken: Hilfreich ist es, wenn die Einrichtung bereits über Möglichkeiten zur Abrechnung der medizinischen Leistungen mit den Krankenkassen verfügt. Die weitere Überlegung gilt dann der Frage, auf welchem Wege die Teile der Versorgung, die über die Kassen nicht abrechenbar sind (wie der erhöhte Aufwand oder ggf. bisher nicht im Angebote enthaltene Leistungen), finanziert werden können.

Tabelle 9: Vor- und Nachteile der Angliederungsformen (Quelle: eigene Darstellung)

Angliederungsform	Mögliche Vorteile	Mögliche Nachteile
Angliederung an Frauenklinik	– gemeinsame Nutzung von Räumlichkeiten und Ausstattung – Möglichkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen – sofern mehrere Ärztinnen und Ärzte an dem Angebot beteiligt sind, Möglichkeit zur frei(er)en Arztwahl	– ggf. negative Erfahrungen mit Klinikpersonal besonders bei Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen – sofern mehrere Ärztinnen und Ärzte an dem Angebot beteiligt sind, keine kontinuierliche Ärztin-/Arzt-Patientinnen-Beziehung – evtl. Interessenskonflikt zwischen sozialem Engagement und fehlender Wirtschaftlichkeit eines gynäkologischen Spezialangebotes (gute Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung kann dem vorbeugen)
Angliederung an Beratungsangebote	– häufig bereits umfangreiche Erfahrungen in Bezug auf Menschen mit Behinderungen vorhanden – übriges Beratungsangebot kann die gynäkologische Versorgung unterstützend flankieren, wovon gerade kognitiv eingeschränkte oder von Gewalterfahrungen betroffene Frauen profitieren werden – stellen neutrale Orte dar	– häufig nur eine Ärztin bzw. ein Arzt ermächtigt, was keine freie Arztwahl ermöglicht – häufig keine Abrechnungsgrundlage mit den KVen, so dass eine solche erst geschaffen werden muss – (unterfinanzierte) gynäkologische Versorgung muss mit anderen wichtigen sozialen Themen konkurrieren

		– Ggf. muss Barrierefreiheit erst geschaffen werden
Filialpraxis mehrerer Gynäkologinnen und Gynäkologen	– Bei gemeinsamem Betrieb durch mehrere niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen größtmögliche Freiheit in der Arztwahl – bei mehreren Ärztinnen und Ärzten günstige Verteilung der zusätzlichen Arbeitsbelastung – nach Bedarf Möglichkeit, Frauen auf die niedergelassenen Praxen zu verweisen (z.B. wenn im Rahmen einer Erkrankung, bei der kontinuierliche Betreuung durch eine Ärztin bzw. einen Arzt im Vordergrund steht)	– Filialpraxen sind i.d.R. nicht kontinuierlich besetzt, für das Anmeldeverfahren muss ein zusätzlicher Vertragspartner gefunden werden (z.B. die Terminservicestelle der KV) – je nach genutzten Räumlichkeiten evtl. weniger komplette Ausstattung als in anderen Angeboten – Es muss geklärt werden, ob von der Filialpraxis aus auch Rezepte und Transportscheine ausgestellt werden können. – ggf. Nachteil durch großen Aufwand der Extra-Abrechnung, welcher Ärztinnen und Ärzte teilweise zu ehrenamtlichem Engagement nötigt
Gesundheitsämter, Medizinische Versorgungszentren	– stellen in der Regel neutrale Orte dar	– ggf. Umbaumaßnahmen notwendig
Angliederung an Wohneinrichtung der Behindertenhilfe	– bei Frauen mit starken kognitiven Einschränkungen ggf. Standort auf dem Gelände oder in der Nähe der Wohneinrichtung sinnvoll, um niedrigschwelliges Angebot in gewohnter Umgebung und bekannten Strukturen machen zu können	– Konzept steht der in der Behindertenarbeit allgemein angestrebten Teilhabe an und Inklusion in für alle zugänglichen Dienstleistungsstrukturen entgegen – im Zuge zunehmender dezentraler Wohnformen werden Groß-Einrichtungen auf die Dauer aussterben, daher kein zukunftsträchtiges Modell

Aspekt: Terminvergabe, Wartezeiten und Sprechzeiten, Behandlungszeiten (vgl. S.56f)

- Wünschenswert sind möglichst verschiedene Sprechstundenzeiten, um den Nutzerinnen größtmögliche Flexibilität bei der Terminwahl zu gewährleisten.
- Bei nicht dauerhaft besetzten Angeboten ist zu empfehlen, die Terminvereinbarung über die Terminservicestelle der KV zu organisieren. Die Form der Anmeldung sollte auch für Frauen mit Sinnes- und Hörbeeinträchtigungen nutzbar sein (per E-Mail oder über einen interaktiven, via Internet zugänglichen Kalender).
- Bei der Terminvereinbarung sollten bereits möglichst viele Informationen eingeholt werden (Art der Behinderung, besondere Bedürfnisse oder Hilfebedarf), um den Termin vorbereiten und die benötigte Behandlungszeit abschätzen zu können.
- Um lange Leerlaufzeiten bei evtl. Absagen zu vermeiden, kann z.B. am Tag vorher das Stattfinden des Termins telefonisch abgeklärt werden.

- Für Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen sollten in kürzeren Abständen Termine eingeplant werden, um die Vertrauensbildungen zu fördern.
- Aufgrund des erhöhten Zeitaufwandes ist es empfehlenswert, für Frauen mit Behinderungen extra Sprechzeiten einzurichten oder diesen bei der Terminplanung zu berücksichtigen, um lange Wartezeiten zu vermeiden.
- Die Termindauer kann verkürzt werden, wenn mehrere Umkleide- und/oder Behandlungsräume vorhanden sind, in denen die Frauen ausgekleidet und ggf. schon auf den Untersuchungsstuhl transferiert werden können. Hier ist allerdings zu beachten, dass bei kognitiv oder psychisch beeinträchtigten Frauen der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses essentiell ist.
- Neben der Ärztin bzw. dem Arzt ist mindestens eine weitere Hilfsperson einzuplanen. Wenn auch Frauen mit kognitiven Einschränkungen zu den Adressatinnen des Angebotes gehören, und die Einrichtung auch Sexualpädagoginnen und Sexualpädagogen beschäftigt, ist eine Zusammenarbeit mit diesen auch im Zusammenhang der Untersuchung sinnvoll.

Aspekt: Behandlung von Frauen mit Beeinträchtigungen (vgl. S.58)

- Für die Durchführung von mammografischen Untersuchungen ist zu beachten, höhenverstellbare und für Rollstuhlfahrerinnen nutzbare Mammografiegeräte zur Verfügung zu stellen.
- Gerade bei sehr stark kognitiv beeinträchtigten Frauen ist unbedingt die Zusammenarbeit mit den Angehörigen oder anderen Betreuungspersonen sowie mit Fachkolleginnen und Kollegen zu suchen, um alle notwendigen behandlungsrelevanten Informationen einholen zu können.
- Die Kommunikation sollte mit den Patientinnen und auf Augenhöhe erfolgen. Gerade bei kognitiv beeinträchtigten Frauen sollten sich Medizinerinnen und Mediziner um die Verwendung einer leicht verständlichen Sprache bemühen und ggf. Anschauungsmaterial und Bilder nutzen und Informationsmaterialien in Leichter Sprache sowohl in Print- und Onlineversion auf der Website zur Verfügung stellen.

Aspekt: Arbeitsbelastungen und Herausforderungen (vgl. S.58f)

- Um die körperlichen Herausforderungen, die mit der Vorbereitung (An-/Auskleiden) und dem Transfer auf den gynäkologischen Stuhl bei Frauen mit körperlichen Einschränkungen einhergehen können, möglichst gering zu halten und den Transfer für die Frauen so angenehm wie möglich zu gestalten, sollte in jedem Fall ein Hebelifter Teil der Ausstattung einer barrierefreien gynäkologischen Praxis sein.
- In der gynäkologischen Behandlung von Frauen mit Behinderung können einige wenige Besonderheiten und Entscheidungssituationen auftreten, die bei Frauen ohne

Behinderung seltener vorkommen. Gerade Ärztinnen und Ärzte, für die die Behandlung von Menschen mit Behinderungen eine Ausnahme darstellt, könnten von Leit- oder Richtlinien oder auch von einer speziellen Broschüre profitieren, die facharztspezifisch über die Besonderheiten und angeratene Umgangsweisen damit informiert. In Österreich und der Schweiz existieren hierzu Beispiele, die ggf. übertragbar sind. Eine Orientierung können auch die von *pro familia* herausgegebenen „Qualitätsstandards für die ambulante gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderung und rechtliche Grundlagen für ihre Durchsetzung“ (pro familia 2008) bieten. In Deutschland gibt es inzwischen die konsensbasierte AWMF-Leitlinie „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei Frauen mit Querschnittslähmung“ der Deutschsprachigen Gesellschaft für Paraplegiologie e.V. (Kurze et al. 2019).

- Eine weitere Möglichkeit, Gynäkologinnen und Gynäkologen in komplexen Entscheidungssituationen zu unterstützen, liegt in einer Verbesserung der Vernetzung von Menschen mit entsprechendem Fachwissen. Hierfür können Wissensnetzwerke geschaffen werden, die z.B. über eine Webseite Erfahrungs- und Informationsaustausch ermöglichen.

Aspekt: Öffentlichkeitsarbeit (vgl. S.59f)

- Zur Eröffnung des Angebotes bieten sich Eröffnungs- oder Auftaktveranstaltung an, die sowohl potentiellen Nutzerinnen als auch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren die Möglichkeit zum niedrigschwelligen Kennenlernen des Angebotes bieten. Können Prominente als Schirmpersonen oder Rednerinnen bzw. Redner gewonnen werden, kann dies die gewünschte Aufmerksamkeit in der Presse erhöhen.
- Weitere Bekanntheit kann das Angebot über lokale Zeitungsberichte, Flyer, Plakataktionen und Hinweise auf der eigenen oder fremden Homepages sowie über städtische Gesundheitswegweiser erlangen.
- Als besonders hilfreich ist die langfristige Zusammenarbeit mit örtlichen Trägern der Behindertenhilfe anzusehen. Hier bestehen direkte Kontakte zu den potentiellen Adressatinnen. Die Träger können Frauen mit Behinderungen für das Thema sensibilisieren und motivieren, gynäkologische Vorsorge in Anspruch zu nehmen.
- Ebenfalls hilfreich ist die Kooperation mit Netzwerken und Selbsthilfegruppen. Wichtig für die zu suchenden Kooperationspartner ist deren „Aktionsradius“ und Adressatinnen: der Aktionsradius sollte sich mit dem für das Angebot geplanten Einzugsgebiet möglichst decken und die Adressatinnen des Kooperationspartners die gleiche sein wie beim Spezialangebot (oder diese umfassen).
- Beratungsangebote können flankierend zum Untersuchungsangebot (sexualpädagogische) Veranstaltungen für Mädchen und Frauen mit Behinderungen, aber auch

Mitarbeitende der Behindertenhilfe anbieten, um hierüber für das Thema zu sensibilisieren und auf das gynäkologische Spezialangebot aufmerksam zu machen.

Aspekt: Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen (vgl. 60f)

- Für eine bundesweit einheitliche Sicherung der Versorgung sollten gesetzliche Vorgaben formuliert werden, in denen Versorgungsstandards bzgl. der gynäkologischen Versorgung von Frauen mit Behinderungen formuliert sind. Denkbar wäre in diesem Zusammenhang auch die Schaffung eines „Qualitätsstandards Barrierefreiheit“ für Arztpraxen.
- Auch sollte der G-BA dazu motiviert werden, bei allen Themen und Beschlüssen die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen zu beachten.
- Bei der Gründung eines Spezialangebotes ist in enger Zusammenarbeit mit der jeweiligen KV eine möglichst umfangreiche Ermächtigung anzustreben. Dabei sollte zum einen möglichst das komplette Leistungsspektrum einer gynäkologischen Praxis zur Verfügung stehen. Zum anderen sollten Frauen mit möglichst vielfältigen Behinderungsformen behandelt werden dürfen.
- Finanzielle Zuschüsse für den barrierefreien Umbau bestehender gynäkologischer Praxen sind vorzusehen, ggf. über die Verwendung von Mitteln des Strukturfonds (§105 Abs. 1a SGB V) oder in Form eines *KfW*-Förderprogramms, wie es *KBV*, *BÄK*, *KZBV* und *BZÄK* für „barrierearme Arztpraxen“ fordern (*KBV* 2017). Als juristische Argumentationshilfe hierfür kann das Gleichstellungsgesetz dienen.
- Um notwendige Umbau- und Anschaffungskosten bei der Gründung eines Angebotes zu decken, müssen einmalige Unterstützungen aus Fonds (Inklusionsfond, Strukturfond), dem städtischen Haushalt oder Spenden als Anschubfinanzierung eingeworben werden – es sei denn, es sind selbst erwirtschaftete Überschüsse vorhanden. Das *TSVG* kann hierfür die nötige gesetzliche Grundlage bieten.
- Der Forderung nach der Implementierung einer gesonderten Abrechnungsziffer im *EBM* sollte nachgekommen werden. Eine weitere Möglichkeit ist eine breitere Differenzierung oder Ergänzung der im *EBM* aufgeführten Leistungen mit der Möglichkeit, besondere Leistungen aufwandentsprechend abzurechnen oder die Einführung behinderungsbezogener Komplexziffern. Um zu verdeutlichen, dass die bisherigen Zahlungen der Krankenkassen den zeitlichen Aufwand nicht ausreichend abbilden, bedarf es der Durchführung einer Studie zur Darstellung der Wirtschaftlichkeit.
- Weitere Finanzierungsmöglichkeiten stellen städtische Gelder sowie Spenden (von Firmen oder gemeinnützigen Organisationen), Querfinanzierung über andere Angebote der Einrichtung oder „Scheinverdünner“, Einwerben von Unterstützung durch

die angegliederte Einrichtung (z.B. Zurverfügungstellung von Personal aus der Klinik) dar. Als günstige Alternative erscheint unter dem Aspekt auch die Erweiterung der Angebote von Universitätsfrauenkliniken für Frauen mit Behinderungen, welche mit der Quartalspauschale vergleichsweise gut finanziert sind.

Aspekt: Behandlung von Menschen mit Behinderungen in ärztlicher Aus-, Fort- und Weiterbildung (vgl. 61f)

- Das Thema „Behandlung von Menschen mit Behinderungen“ sollte in Aus- Fort- und Weiterbildung stärker berücksichtigt werden, um angehende Ärztinnen und Ärzte zu sensibilisieren, Wissen zu vermitteln und eventuelle Unsicherheiten zu nehmen.
- Ambulanzen an Universitätskliniken sollten ihr Angebot für Menschen mit Behinderungen bewusst öffnen. So kann dieses Thema leichter und intensiver auch Eingang in Wissenschaft und Forschung finden. Der zahnmedizinische Studiengang an der Universität Witten/Herdecke kann hier als Vorbild dienen (vgl. Good Practice-Beispiele).
- Denkbar ist eine Änderung der Vergabe von Fortbildungspunkten für Ärztinnen und Ärzte, welche den Besuch von Fortbildungen mit einen behinderungsbezogenen thematischen Schwerpunkt erforderlich macht. Möglich wäre auch, dass Medizinerinnen und Mediziner nach Besuch entsprechender Fortbildungen eine Zusatzbezeichnung „Medizinerin/Mediziner für Menschen mit Behinderung“ führen dürfen.
- Ärztinnen und Ärzte, die besonders intensiv mit Menschen mit Behinderungen zu tun haben, werden das Bedürfnis haben, sich intensiver darauf vorzubereiten. Da davon auszugehen ist, dass für facharztspezifische Weiterbildungsmöglichkeiten zur Behandlung von Menschen mit Behinderungen nicht ausreichend Interessierte zusammenkommen, wird empfohlen, diese Informationen in anderer Form (z.B. auf einer Website, als Lehrfilme oder in Buch-/Broschüren-Form) zur Verfügung zu stellen.

7 Fazit und Ausblick

Ein Weiterverfolgen der Schaffung von mehr barrierefreien gynäkologischen Angeboten ist notwendig, sowohl durch Schaffung weiterer Spezialangebote als auch durch flächendeckende barrierefreie Angebote in der Regelversorgung.

Erstens muss (trotz unzureichender Datenlage) davon ausgegangen werden, dass die gynäkologische Versorgungssituation für Frauen mit Behinderungen bundesweit unzureichend ist. Um dem Recht der Frauen auf ein angemessenes gynäkologisches Versorgungsangebot Genüge zu tun, müssen Bedarf und Angebot - z.B. mittels Studien zur Versorgungsforschung - genau eruiert und in Passung gebracht werden.

Zweitens ist damit zu rechnen, dass im Zuge des demographischen Wandels die Zahl an alten Menschen/ Frauen deutlich zunehmen wird, und damit auch die Zahl an Frauen, die aufgrund einer Behinderung besondere Bedarfe in der medizinischen Versorgung haben. Die Schaffung von mehr Barrierefreiheit dient also zukünftig einer wachsenden Personengruppe und kann damit als eine Investition in die Zukunft angesehen werden.

Eine Herausforderung, die mit diesen Absichten einhergeht, ist die „Mobilisierung“ potentieller Anbieter barrierefreier gynäkologischer Angebote. Die beschriebenen finanziellen Probleme bei Gründung und Betrieb barrierefreier Angebote machen das Engagement für diese Angebote eher unattraktiv. Mehrere als Medizinerinnen und Mediziner in Spezialangeboten klagen über befürchtete Nachwuchsprobleme. Wenn die Versorgungssicherung nicht weiterhin auf das Engagement und soziale Bewusstsein einzelner Personen oder Institutionen angewiesen bleiben soll, gilt es hierfür Lösungen zu finden.

Die im Rahmen der vorliegenden Studie entwickelten Handlungsempfehlungen können und sollen zum einen als Grundlage für politische Entscheidungen dienen, um wirkungsvolle und zielgruppenspezifische Maßnahmen zur Verbesserung der gynäkologischen Versorgung von Frauen mit Behinderungen zu ergreifen. Zum anderen können der gesamte Bericht und im Besonderen die Handlungsempfehlungen dazu dienen, künftige Anbieterinnen und Anbieter gynäkologischer Spezialangebote von der Planung an mit umfassenden Informationen zu allen zu beachtenden Punkten von der Angliederung bis zur Öffentlichkeitsarbeit zu versorgen. Schließlich können auch bereits bestehende Angebote von den Erfahrungsberichten anderer profitieren und ihre jeweilige Ausgestaltung optimieren.

Dementsprechend lassen sich aus der vorliegenden Studie folgende gesundheitspolitische Handlungsschritte ableiten:

- Bedarf und Angebot barrierefreier gynäkologischer Angebote genau eruieren und in Passung bringen
- Gründung weiterer barrierefreier gynäkologischer Angebote und/oder barrierefreier Ausbau bestehender Angebote
- Barrierefreiheit in der Regelversorgung vorantreiben
- Finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten bei der Gründung und dem Betrieb barrierefreier gynäkologischer Angebote schaffen
- Einbringung der erarbeiteten Handlungsempfehlungen in gesundheitspolitische Debatten

8 Gender Mainstreaming Aspekte

Bei dem vorliegenden Forschungsvorhaben handelt es sich um ein Forschungsprojekt, welches Frauen fokussiert. Dennoch wurden während des gesamten Forschungsprozesses die verschiedenen Aspekte des Gender Mainstreaming geprüft und berücksichtigt, sofern diese relevant und sinnvoll für das Forschungsvorhaben erschienen. Dabei gab die „Checkliste zum Gender-Mainstreaming“ für die Durchführung von Forschungs- und Entwicklungsvorhaben des Bundesministeriums für Gesundheit Orientierung. Nachfolgend wird die systematische Berücksichtigung von Genderaspekten in den einzelnen Arbeitsschritten näher erläutert.

Im Fokus des vorliegenden Projektes steht die gynäkologische und geburtshilfliche Versorgung von Frauen mit Behinderungen. Vor dem Hintergrund der systematischen Berücksichtigung von Genderaspekten im Kontext Behinderung ist es auch Ziel des Projektes, innerhalb der gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung die Zusammenhänge zwischen Behinderung und Geschlecht über alle Lebensphasen hinweg zu berücksichtigen. Frauen mit Behinderungen sind infolge der Benachteiligung aufgrund der Behinderung und des Geschlechts von Mehrfachdiskriminierung betroffen. Daher erscheint eine genderbezogene Arbeit hier zusätzlich angemessen, um den Abbau von Benachteiligung zu forcieren. Die Identifikation von Verbesserungsmöglichkeiten des gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgungsangebotes für Frauen mit Behinderungen dient laut NAP 2.0 der Sensibilisierung für die besonderen Bedürfnisse von Frauen mit Beeinträchtigungen. Zusätzlich ist anzumerken, dass sich viele Aspekte der gynäkologischen Versorgung (Probleme bei der Suche nach Versorgungsangeboten, mangelnde Barrierefreiheit in Praxen, erhöhter Zeitaufwand bei der medizinischen Behandlung gegenüber Menschen ohne Behinderungen etc.) auf andere medizinische Fachgebiete übertragen lassen, wo sie dann Menschen aller Geschlechter betreffen.

Zum Arbeitsschritt „Forschungsmethoden/ Instrumente/ Maßnahmen“ ist anzumerken, dass als Erhebungsinstrument ein qualitativer Leitfaden für die Durchführung der Expertinnen- und Experteninterviews diente. Im Gegensatz zu anderen qualitativen Erhebungsinstrumenten, wie bspw. dem narrativen Interview, liegt das Forschungsinteresse in dem spezifischen Fachwissen der Befragten und nicht in der Gesamtperson (Meuser & Nagel 1991). Das Erhebungsinstrument enthielt demnach keine geschlechtsspezifischen Unterschiede, da nur das akteursspezifische Wissen für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant war und daher die Expertinnen und Experten aufgrund ihrer Funktion und ihrer Expertise ausgewählt wurden. Allerdings zeigte sich sowohl bei den gynäkologischen Versorgungsangeboten als auch bei einigen der zusätzlich befragten Akteursgruppen, dass deutlich

mehr Frauen dort beschäftigt sind, so dass hier der starke Überhang an weiblichen Interviewteilnehmenden die tatsächlichen Geschlechterverhältnisse unter den Mitarbeitenden widerspiegelt.

Zum Arbeitsschritt „Datenanalyse“ ist anzumerken, dass das Forschungsvorhaben nicht auf eine geschlechtsdifferenzierte Auswertung ausgerichtet war. In der Datenanalyse erfolgte unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen eine Pseudonymisierung der personenbezogenen Daten, so dass bei der Auswertung kein Rückschluss auf die jeweilige Person und deren Geschlecht mehr möglich war. Die Erstellung der Texte folgte dem durchgängigen Leitprinzip der Gleichstellung von Frauen und Männern. Dementsprechend wurden beide Geschlechter sprachlich berücksichtigt.

Zum Arbeitsschritt „Projektorganisation“ der Checkliste zu Gender Mainstreaming ist anzumerken, dass unter den wissenschaftlichen Mitarbeitenden in der Arbeitsgruppe der Drittmittelnehmerin Frauen deutlich überrepräsentiert sind. Auch die im Projekt beschäftigten wissenschaftlichen Mitarbeitenden sind Frauen. Während der Projektlaufzeit waren zwei Männer als Hilfskräfte im Projektteam beschäftigt.

9 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Im Projektzeitraum vom 01.01.2018 bis zum 30.06.2019 erfolgten keine Veröffentlichungen. Die Planung von Veröffentlichungen soll ggf. mit dem Drittmittelgeber abgestimmt werden.

10 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential)

Die im Kapitel Handlungsempfehlungen dargelegten Ergebnisse sollen gemäß *NAP 2.0* zu einer Verbesserung der spezialisierten gynäkologischen Versorgung für Frauen mit Behinderung beitragen.

- Hierzu sollten die Handlungsempfehlungen zunächst in einem Expertinnen- und Expertengremium weitergehend, als dies im Rahmen des Projekt-Workshops möglich war, diskutiert werden. Einige der Handlungsempfehlungen stellen Alternativen dar, so dass vor dem Hintergrund weiterer gesundheitspolitischer Überlegungen zu prüfen ist, welche der Handlungsempfehlungen am dringlichsten sind und welche Alternativen am besten umsetzbar erscheinen. Des Weiteren ist über die Zuständigkeiten für die jeweilige Umsetzung der Empfehlungen zu entscheiden.

- Parallel hierzu sollten die Handlungsempfehlungen, welche sich konkret an Gründungswillige und Anbieterinnen und Anbieter gynäkologischer Spezialangebote richten, so veröffentlicht und bekannt gemacht werden, dass sie den potentiellen Nutzerinnen und Nutzern als Unterstützung zur Verfügung stehen. Auch die Veröffentlichung des gesamten Berichts kann für Akteurinnen und Akteure aus dem Bereich Anregungen bieten und durch Erfahrungsberichte Möglichkeiten für einen Austausch untereinander eröffnen.
- Für Kliniken oder Praxen, die den Aufbau eines ähnlichen Versorgungsangebotes planen, könnten z.B. Checklisten oder eine Art Starterpaket mit Informationsbroschüren und Kontaktadressen entwickelt werden. So gibt die Bestandsaufnahme Hinweise zu folgenden Aspekten:
 - Erhöhung des Anteils barrierefreier gynäkologischer Praxen
 - Etablierung gut funktionierender Netzwerkstrukturen
 - Finanzierungsmöglichkeiten gynäkologischer Spezialangebote und barrierefreier Regelversorgung
 - Öffentlichkeitsarbeit für die Bekanntmachung gynäkologischer Spezialangebote
 - Gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderungen im ländlichen Raum
 - Übertragbarkeit von Konzepten aus anderen Fachdisziplinen.
- Zudem wird angestrebt, nach Absprache mit dem Mittelgeber im Rahmen von einschlägigen Fachtagungen und -kongressen im Bereich Teilhabe von Frauen mit Behinderung/ Gynäkologische Versorgung die Ergebnisse gegenüber der Fachöffentlichkeit und Politik zu präsentieren. Damit soll die Nachhaltigkeit des Projektes gewährleistet und ein Input für den Dialog zwischen Wissenschaft, Praxis und Politik gegeben werden.
- Weiterhin lassen sich die Ergebnisse und die daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen auch auf andere medizinische Fachgebiete übertragen und können daher dazu dienen, die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen zukünftig zu verbessern.

11 Literaturverzeichnis

- AKF (2018): Zur gynäkologischen Versorgung behinderter Frauen. Online verfügbar unter: http://www.akf-info.de/portal/wp-content/uploads/2015/07/Erklaerung_gynaekologische_Versorgung_behinderter_Frauen.pdf, zuletzt geprüft am 24.05.2019
- Architektur- und Ingenieurbüro Oppner (2015): Gutachterliche Stellungnahme "Barrierefreie Arztpraxen" im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Online verfügbar unter: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwingp-O4IbjAhXBsaQKHcJSaKwQF-jAAegQIAxAC&url=http%3A%2F%2Fwww.kbv.de%2Fmedia%2Fsp%2FKBV_Gutachten_Oppner_Barriereumbau.pdf&usg=AOvVaw3495mMplT2Vj09bq_Kg4jp, zuletzt geprüft am 22.05.2019.
- Berufsverband der Frauenärzte e.V. (o.J.): Termine und Veranstaltungen. Online verfügbar unter: <https://www.bvf.de/termine-veranstaltungen/veranstaltungskalender/>, zuletzt geprüft am 22.05.2019.
- Bundesärztekammer (BÄK) (2011): Strukturierte curriculare Fortbildung "Medizinische Betreuung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung". Online verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Curr-Behinderung.pdf, zuletzt geprüft am 04.07.2018.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2011): Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Online verfügbar unter: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a729-un-konvention.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 15.05.2018.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2016a): Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung. Online verfügbar unter: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwie8LvI4IbjAhWS_aQKHcIsBJoQFjAAegQI-ABAC&url=http%3A%2F%2Fwww.bmas.de%2FSharedDocs%2FDownloads%2FDE%2FPDF-Schwerpunkte%2Finklusion-nationaler-aktionsplan-2.pdf%3F__blob%3Dpublication-File%26v%3D4&usg=AOvVaw02oplgTlppBZ2sLyKqk0Gr, zuletzt geprüft am 15.04.2019.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2016b): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. TEILHABE – BEEINTRÄCHTIGUNG – BEHINDERUNG. Online verfügbar unter: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-16-teilhabebericht.pdf;jsessionid=0354D0461B21DF81684A33A70D71D134?__blob=publicationFile&v=9, zuletzt geprüft am 30.05.2018.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2013): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen und Beeinträchtigungen in Deutschland. Qualitative Studie.
- Bundestag (2019): Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG). Bundesgesetzblatt Jahrgang 2019 Teil I Nr. 18.

- Bonn. Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/termin-service-und-versorgungsgesetz.html>. Zuletzt geprüft am 18.06.2019 Bundesverband der Frauenärzte e.V. (BVF): Termine und Veranstaltungen. Online verfügbar unter: <https://www.bvf.de/termine-veranstaltungen/veranstaltungskalender/>, zuletzt geprüft am 25.5.2019
- Bundeszahnärztekammer & Zentrum für Qualität in der Pflege (2016): Tipps für die Mundpflege bei Menschen mit Behinderung. Online Verfügbar unter: <https://www.youtube.com/channel/UCwmGBPNN7xOxFbtrnzN86aw.>, zuletzt geprüft am 22.05.2019.
- Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (2017): Handbuch der Mundhygiene. Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf. Online verfügbar unter: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahU-KEwiY1rLU7_niAhUdQkEAHcnWCOsQFjAAegQI-ABAC&url=https%3A%2F%2Fwww.bzaek.de%2Ffileadmin%2FPDFs%2Fh%2Ffiles%2Fassets%2Fcommon%2Fdownloads%2FMundhygienehandbuch_Pflege.pdf&usg=AOvVaw3lbdmsiGzPgR4VEFMm86IT, zuletzt geprüft am 22.05.2019.
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (o.J.): Weiterbildung – Welche Institution ist die für mich geeignete? Online verfügbar unter: <https://www.dggg.de/weiterbildung-dggg-nachwuchs>, zuletzt geprüft am 09.05.2019.
- Deutsche Gesellschaft für Medizin für Menschen mit geistiger und oder mehrfacher Behinderung e.V. (2019): Fortbildung „Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung“. Online verfügbar unter: <https://dgmgb.de/htmls/Fortbildung.htm>, zuletzt geprüft am 09.05.2019.
- Die Fachverbände (2015): Rahmenkonzeption MZEB 2. Positionspapier. Online verfügbar unter: <https://www.diefachverbaende.de/stellungnahmen/>, zuletzt geprüft am 03.09.2018.
- Gläser, J., Laudel, G. (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. VS Verlag. Online verfügbar unter: https://katalogplus.ub.uni-bielefeld.de/cgi-bin/new_titel.cgi?kat-key=2178332&query=gl%C3%A4ser%20und%20laudel%202010&vr=1&pagesize=10&sprache=GER&bestand=lok&sess=cb45d1ffac3f56d2c0109ec09d3e5180, zuletzt aktualisiert am 01.01.2010, zuletzt geprüft am 01.04.2019.
- Hasseler, M. (2015): Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen als vulnerable Bevölkerungsgruppe in der gesundheitlichen Versorgung. In: Die Rehabilitation 54 (6), S. 369–374.
- Helfferich, C. (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden.
- Helfferich, C. (2014): Leitfaden- und Experteninterviews. In: Nina Baur und Jörg Blasius (Hg.): Baur, Blasius 2014 // Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS, S. 559–574.
- Hornberg, C., Wattenberg, I. (2016): Zugänglichkeit und Barrierefreiheit der gesundheitlichen Infrastruktur – empirische Erkenntnisse?!. In: Bieback KJ, Bögemann C, Igl G,

- Welti F, eds. Der Beitrag des Sozialrechts zur Realisierung des Rechts auf Gesundheit und des Rechts auf Arbeit für behinderte Menschen - Schriftenreihe Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa. Münster, Hamburg, London: LIT-Verlag: S: 101 – 114.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017): Barrierefreiheit in Praxen: KBV wirbt für Zuschussprogramm. Online verfügbar unter: https://www.kbv.de/html/1150_28699.php, zuletzt geprüft am 03.06.2019.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung; Bundeszahnärztekammer (2010): Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter. Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen. Online verfügbar unter: <https://www.bzaek.de/praevention/alters-und-behindertenzahnmedizin.html>, zuletzt geprüft am 22.05.2019.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Bundeszahnärztekammer, Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. & Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (2015): Zahnärztliche Betreuung zu Hause für Ältere, Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung. Online verfügbar unter: https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b15/zahnaerztliche_betreuung_zu_hause.pdf, zuletzt geprüft am 09.05.2019.
- Klinikum der Universität München (LMU) (2012): Zahnmedizin für Menschen mit Behinderungen. Neues Angebot am Klinikum schließt eine Versorgungslücke in der Zahnmedizin. Haffner, Cornelius. Online verfügbar unter: http://www.klinikum.uni-muenchen.de/download/de/pressestelle/pressemitteilungen/Archiv_2010-2013/2012_PM_12_Zahnklinik_Behindertenamb.pdf, zuletzt geprüft am 15.04.2019.
- Kompetenzzentrum Frauen & Gesundheit NRW (Hg.) (2019): Die gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderungen in Deutschland mit besonderem Fokus auf Nordrhein-Westfalen. Behandlungsdefizite, Barrieren, Bedarfe. Online verfügbar unter: http://frauenundgesundheit-nrw.de/wp-content/uploads/2019/03/Faktenblatt_Gyn%C3%A4kologischeVersorgung_FrauenmitBehinderungen.pdf, zuletzt geprüft am 29.04.2019.
- Kooperationsgemeinschaft Mammographie (2019): Mammographie Mobil. Online verfügbar unter: <https://www.mammo-programm.de/mammographie-mobil/>, zuletzt geprüft am 09.05.2019.
- Krüger-Brand, H. E. (2013): Praxis auf Rädern. Mobile Versorgung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 110 (6), S. 212–213. Online verfügbar unter: <https://img.aerzteblatt.de/pdf/110/6/a212.pdf?ts=05%2E02%2E2013+11%3A10%3A58#toolbar=1&statusbar=0&view=Fit>, zuletzt geprüft am 08.05.2018.
- Kurze, I.; Schmidt, M.; Bertschy, S.; Lange, U.; Kues, U.; Fiebag, K. (2018): S2k-Leitlinie 179-002. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei Frauen mit Querschnittslähmung. Online verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/179-002l_S2k_Wochenbett-Schwangerschaft-Geburt-Querschnittlaehmung_2018-10_1.pdf, zuletzt geprüft am 21.06.2019.
- Mayring, P. (1983): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Belz: Weinheim.
- Meuser, M., Nagel, U. (1991): ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Detlef Garz und Klaus Kraimer (Hg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 441–471.

- Ministerium des Inneren des Landes Nordrhein-Westfalen (2018): BauO NRW 2018. Online verfügbar unter: https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_detail?sg=0&menu=1&bes_id=39224&anw_nr=2&aufgehoben=N&det_id=426773, zuletzt geprüft am 17.06.2019.
- pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V., Bundesverband (2009): Qualitätsstandards für die ambulante gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderung. Online verfügbar unter: https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/Fachgespraech_gyn_versorgung_behinderung.pdf, zuletzt geprüft am 21.06.2019.
- Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU) (o.J.): Barrierefreie gynäkologische Praxis. Eine Checkliste für ärztliche Praxen. Online verfügbar unter: https://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Referat-fuer-Gesundheit-und-Umwelt/Gesundheitsfoerderung/Frauengesundheit/Barrierefreie_gyn_Versorgung.html, zuletzt geprüft am 22.05.2018.
- Sächsische Union (2018): Von der Hebamme bis zum Pfleger - Wir stärken die Gesundheitsversorgung in Sachsen! Positionspapier der Sächsischen Union. Online verfügbar unter: <https://www.cdu-sachsen.de/Dateien/von-der-hebamme-bis-zum-pfleger-wir-staerken-die-gesundheitsversorgung-in-sachsen-beschlossen-vom-landesvorstand-am-18-06-2018/7869>, zuletzt geprüft am 15.04.2019.
- Schülle, M., Hornberg, C. (2016): Barrieren der Barrierefreiheit in der medizinischen Versorgung : Fördernde und hemmende Faktoren bei der Etablierung medizinischer Zentren für Erwachsene mit geistiger und Mehrfachbehinderung (MZEB). In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 59 (9), S. 1117–1124.
- Schweizer Paraplegiker-Zentrum (o.J.): Medizinisches Angebot. Online verfügbar unter: <https://www.paraplegie.ch/spz/de/medizinisches-angebot/gynaekologie>, zuletzt geprüft am 22.05.2019.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW) (2008): Medizinische Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung. Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen. 3. Aufl. Online verfügbar unter: <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>, zuletzt geprüft am 21.06.2019.
- Stadt Wien (2008): Gynäkologische Vorsorge und Versorgung bei Frauen mit Behinderung. Wien. Online verfügbar unter: <https://www.wien.gv.at/gesundheit/beratung-vorsorge/frauen/frauengesundheit/pdf/gynaekologische-vorsorge-frauen-mit-behinderung.pdf>, zuletzt geprüft am 28.03.2019.
- Strittmatter, U. (2016): Barrierefrei zum Arzt. Gynäkologische Versorgung von Rollstuhlfahrerinnen in München. In: Münchener Ärztliche Anzeigen 6, S.3-5.
- United Nations (2006): Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Online verfügbar unter: https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convention_accessible_pdf.pdf, zuletzt geprüft am 28.03.2019.
- Universität Witten/Herdecke (o.J.): Department für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Lehrstuhl für behindertenorientierte Zahnmedizin. Online verfügbar unter: <https://www.uni-wh.de/gesundheit/departement-fuer-zahn-mund-und-kieferheilkunde/lehrstuehle/lehrstuhl-fuer-behindertenorientierte-zahnmedizin/>, zuletzt geprüft am 26.03.2019.

- Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (o.J.): Richtlijnen/publicaties. Online verfügbar unter: <https://nvavg.nl/richtlijnen/>, zuletzt geprüft am 28.03.2019.
- World Health Organization (2019): WHO MiNDbank: More Inclusiveness Needed in Disability and Development. Disability Strategies and Plans. Online verfügbar unter: https://www.mindbank.info/collection/type/disability_strategies_and_plans/all?page=all, zuletzt geprüft am 10.04.2019.

12 Anhang

Anhangsverzeichnis

Anhang A: Arbeits- und Zeitplan	- 86 -
Anhang B: Leitfaden Spezialangebote	88
Anhang C: Leitfäden weitere Akteure.....	92
Anhang D: Leitfaden Fokusgruppen.....	96
Anhang E: Fragebogen zur Erhebung der Strukturdaten/ Checkliste	98
Anhang F: Schwerpunkte der Interviews AP 1c	104
Anhang G: Ergebnisse der Bestandsaufnahme der gynäkologischen Spezialangebote.	105
Anhang H: Beispiel zielgruppengerechten Optimierung der Arztbesuchsdienste	127
Anhang I: Datenschutzvereinbarung	129

Anhang A: Arbeits- und Zeitplan

	Quartal							
	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.
	im Jahr 2018				im Jahr 2019			
Phase 1 Bestandsaufnahme und –analyse der bereits bestehenden Einrichtungen und Angebote¹⁰								
AP 1a: Erstellung einer Bestandsliste - Umfassende Recherche und Analyse bestehender Angebote in Deutschland (u.a. organisatorischer Rahmen, Finanzierung, Konzepte, Versorgungsbedarfe, Inanspruchnahme)								
AP 1b: Telefonbefragung bei bestehenden Angeboten (siehe AP 2a)								
AP 1c: Abfrage bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) - u.a. zu den rechtlichen Möglichkeiten, ermächtigten Einrichtungen im Bereich der gynäkologischen Versorgung von Frauen mit Behinderungen und Konzepten der mobilen gynäkologischen Versorgung und ergänzende Befragung der Ärztekammern, verschiedener Fachgesellschaften, Behindertenverbände, Netzwerke von Frauen mit Behinderungen und Landesbehindertenbeauftragter								
Phase 2 Identifikation von Erfolgsfaktoren und Hindernissen bestehender Angebote in Deutschland								
AP 2a: Einbezug der Zielgruppe (u.a. Initiator/-en/-innen, Personal, Trägerorganisation und evtl. koop. Organisationen) - Erhebung mittels qualitativer Leitfragen und quantitativem Fragebogen (u. a. Gemeinsamkeiten, Unterschiede, Hindernisse und Lösungsmöglichkeiten, Auswirkungen der Anbindung an Kliniken vs. individuelle Organisationsformen)								

¹⁰ Spezialambulanzen, spezialisierte Praxen und gynäkologische Sprechstundenangebote für Frauen mit Behinderung

AP 2b: Partizipative Einbeziehung der betroffenen Frauen mittels Fokusgruppen - Identifikation der Bedarfe und Bedürfnisse der Patientinnen, Inanspruchnahme des Angebots und Einzugsgebiet							
Phase 3 Identifikation und Aufbereitung von Best Practice-Modellen anderer Länder							
AP 3: Identifikation und Aufbereitung von 3 Best Practice Modellen anderer europäischer Länder - (u.a. (gesetzliche) Ausgangslage, Angebote, Konzepte der mobilen Versorgung, Erfahrungen, Übertragungsmöglichkeiten für Deutschland)							
Phase 4 Berichtserstellung und Abschlussworkshop							
AP 4: Entwicklung und Ableitung von Handlungsempfehlungen und Berichterstellung - für eine optimierte gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderungen gemäß NAP 2.0.							
AP 5: Workshop mit Expertinnen und Experten - Vorbereitung und Durchführung des Abschlussworkshops							
Meilenstein 1 (M1)		X					
Meilenstein 2 (M2)				X			
Meilenstein 3 (M3)					X		
Meilenstein 4 (M4)						X	

Legende

 Projektlaufzeit 18 Monate
 Verlängerung der Bearbeitungszeit einzelner Arbeitspakete

M 1: Bestandsaufnahme und -analyse der bereits bestehenden Einrichtungen und Angebote ist abgeschlossen.

M 2: Identifikation von Erfolgsfaktoren und Hindernissen bestehender Angebote in Deutschland ist abgeschlossen.

M 3: Identifikation und Aufbereitung von 3 Best Practice-Modellen anderer Länder ist abgeschlossen.

M 4: Der Abschlussbericht ist fertig gestellt und der Abschlussworkshop wurde durchgeführt.

Anhang B: Leitfaden Spezialangebote

Interviewleitfaden Ambulanzen/ gyn. Sprechstundenangebote
Einstieg
🔊 Expertise
<i>Je nach Akteur (Ärzt*innen, med. Personal)</i> ➤ Beschreiben Sie einmal Ihren normalen Arbeitsalltag und Ihre Aufgaben in der Einrichtung¹¹
Hauptteil
Themenblock I: Entstehungsgeschichte und organisatorischer Rahmen 1. Können Sie mir bitte die Entstehungsgeschichte und Ihre eigenen Motive zur Gründung/ zur Mitarbeit in der Ambulanz/ der gynäkologischen Sprechstunde erläutern. ➤ Aus welchem Anlass/ Bedarf entstand die Idee? ○ Gab es Vorbilder (national; international)? / bestand Vorwissen? ○ Wer hatte die Initiative zur Gründung der Ambulanz? ➤ Gibt es Parallelen zu anderen Einrichtungen? ➤ Wie waren Sie persönlich in die Entwicklung und Realisierung des Angebotes involviert? ➤ Inwieweit wurden Frauen mit Behinderungen bei der Planung und Realisierung des Angebotes mit einbezogen? ➤ Wie lange betrug der Zeitraum von der Idee bis zur Eröffnung des Angebotes? ➤ Welche Faktoren haben rückblickend betrachtet zu dem Erfolg der Einrichtung beigetragen? ➤ Welche Hindernisse bestanden? ➤ Welche Faktoren sind jetzt relevant (positiv/ negativ)? ➤ Wie wurden potentielle Kooperationspartner identifiziert/ gewonnen? Wie wurde das Projekt dafür in der Öffentlichkeit bekannt gemacht? 2. Welche Akteure sind/ waren bei der Gründung der Ambulanz/ der Sprechstunde beteiligt? Welche Kooperationen bestehen? ➤ Welche Personen/ Institutionen standen Ihnen in der Gründungsphase beratend zur Seite? ➤ Welche Personen/ Akteure/ Stellen würden Sie als zentral für den gesamten Entwicklungsprozess benennen? ➤ Welche Kooperationspartner sind später dazu gekommen? ➤ Welche Kooperationen sind nicht zustande gekommen? ➤ Wo bestanden Probleme? <i>(Welche Akteure haben sich dem Vorhaben in den Weg gestellt?/ Waren hinderlich beim Entstehungsprozess?)</i> 3. Aus welchen Gründen fiel die Wahl des Standortes auf den Ort/ die Klinik xy?

¹¹ Einrichtung= Spezialambulanz bzw. gynäkologisches Sprechstundenangebot

- Welche Voraussetzungen/ welche Vorteile bringt der Standort xy?
(*bestehende Infrastruktur, Einwohnerzahl.....?*)
- Welche Standorte standen noch zur Debatte?
- Welche Vorteile/ welche Nachteile bringt die Anbindung an die Klinik xy/ die individuelle Organisationsform?

4. Beschäftigtes Personal

- Alternative Einbindung der Ärzte/ Ärztinnen/ des Personals?
- Wie ist das Personal beschäftigt? (*Über kooperierende Ärzte/ Krankenhaus/ ehrenamtlich*)
- Welche Qualifikationen in Bezug auf den Umgang mit Menschen mit Behinderungen/ auf spezifische Behinderungen hat das Personal?
- Welche Motive/ Motivation hat das Personal zur Mitarbeit in der Ambulanz?
- Wie zufrieden sind die Mitarbeiter*innen?
 - Welche Arbeitsbelastungen bestehen?
 - Wie wird mit den Belastungen umgegangen? (Gibt es z. B. Supervisionen?)

Themenblock II: Inanspruchnahme/ Versorgungssituation/ Konzept

5. Welches Konzept verfolgt das Angebot?

- Was unterscheidet sie von einer barrierefreien gynäkologischen Praxis?
- An wen richtet sich das Versorgungsangebot der Spezialambulanz bzw. der Sprechstunde? (Alter/ Art der Behinderung im Fragebogen abgefragt)
 - Gibt es Kooperationen mit Einrichtungen der Behindertenhilfe?
 - Wie sind Ihre Erfahrungen mit FmB mit Migrationshintergrund?
(*Welcher Versorgungsbedarf besteht/ Welche Bedürfnisse hat Zielgruppe/ Wie wird darauf eingegangen?*)
- Welche weiteren Ziele verfolgt das Angebot?
(*z. B. Sensibilisierung von Gynäkolog*innen durch Fortbildungen für die Belange behinderter Frauen und Mädchen*)

6. Schildern Sie bitte einmal den Ablauf der Versorgung von der Terminvergabe bis zur Behandlung und die Gründe für die Inanspruchnahme.

- Welche Art der Terminvereinbarung wird von den Frauen genutzt? (*Telefonisch/ elektronisch*)
- Über wen erfolgt in der Regel die Terminvereinbarung? (*Patientin/ Betreuer*)
- Wie kommen Patientinnen zum Angebot?
- Mit welchem Anliegen suchen die Patientinnen das Angebot auf?
 - Routineuntersuchung vs. akute Fälle
 - Welche Rolle spielt das Thema Kinderwunsch? Wie wird hiermit umgegangen? Was berichten die Frauen für Erfahrungen mit anderen Gynäkolog*innen?
 - Wie sind die Erfahrungen mit Begleitpersonen/ Assistenz?
(*eher förderlich/ hinderlich für Untersuchung*)
 - Was sind besondere Herausforderungen der Untersuchung? Welche Schwierigkeiten treten auf?
- Erfolgt ein Austausch mit anderen ÄrztInnen/ GynäkologInnen?
- Besteht eine Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern?
 - Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit?
- Wie informieren Sie die Patientinnen über Rechte und Ansprüche, Finanzierungs- und Unterstützungsmöglichkeiten und Behandlungsabläufe?

- Frauen mit Behinderungen sind eine vulnerable Zielgruppe bezüglich Gewalterfahrungen und sind prozentual häufiger betroffen. Erleben Sie dieses auch in Ihrem Berufsalltag?
 - Sprechen die Frauen das Thema an?
 - Sprechen Sie das Thema an?
 - Welche Ausprägungsformen berichten die Frauen?
 - Gibt es Beratungsstellen etc., an die Sie die Betroffenen weiterleiten? (*Weitervermittlungsfunktion*)
- 7. welche Besonderheiten sollten bei der Gestaltung eines barrierefreien gynäkologischen Angebotes berücksichtigt werden (allgemein)?**
- 8. Auslastung/ Inanspruchnahme: Wie viele Patientenkontakt wären gut/ mit wie viel Patientenkontakten wäre das Angebot ausgelastet? (*auf Fragebogen eingehen*)**
- 9. Wie zufrieden sind die Patientinnen mit dem Angebot? Wie ist die Akzeptanz/ Resonanz?**
 - Gibt es Möglichkeiten für Feedback? Erfolgt eine Evaluation?
- 10. Haben sich seit der Eröffnung des Angebotes Änderungen ergeben**
(durch gesetzliche Änderungen, bauliche Veränderungen zur Schaffung von mehr Barrierefreiheit; durch Rückmeldung der Patientinnen)
- 11. Wie wird sich das Angebot in Zukunft entwickeln?**
- 12. Wo sehen Sie Verbesserungsbedarf/ Verbesserungsmöglichkeiten (zur Weiterentwicklung des Angebotes)?**

Themenblock III: Öffentlichkeitsarbeit/ Kommunikation

- 13. Durch welche Medien/ Veranstaltungen wird/ wurde auf das Angebot aufmerksam gemacht? Wie wird die Zielgruppe auf das Angebot aufmerksam?**
(*Zielgruppenspezifische Medien? Bekanntmachung über Selbsthilfegruppen/ Fachgesellschaften etc.*)
- 14. Wie sind die Website/ Informationsmaterialien auf die spezifischen Bedarfe der Zielgruppe ausgerichtet?**
(*leichte Sprache, Vorlesefunktion, Blindenschrift, Piktogramme etc.*)
- 15. Sind Sie mit weiteren Akteuren/ Initiatoren anderer oder geplanter Ambulanzen vernetzt? Erfolgt ein Austausch?**
 - Wenn ja, wie und wie regelmäßig erfolgt ein Austausch?
- 16. Haben Sie Kenntnisse über die Gründung/ Planung weiterer Ambulanzen?**
 - Sind Sie hier involviert/ beratend tätig?

Themenblock IV: Rechtliche Grundlagen und Finanzierung

17. Auf welcher gesetzlichen Grundlage basiert die Ermächtigung für die gynäkologische Sprechstunde?

- Gab es alternative Rechtsformen? Was sind die Vor- und Nachteile der jetzigen?

18. Wie verlief das Antragsverfahren für die Ermächtigung/ Zulassung?

- Wer hat den Antrag gestellt?
- Was waren Voraussetzungen für die Zulassung?
- wie lange dauerten die Verhandlungen?
- Wo bestanden Hindernisse/ welche Probleme bestanden?
- Wer sind die Vertragspartner? Was sind die Aufgaben/ Verpflichtungen?
- Wie lange läuft der Vertrag?

19. Wie gestaltet sich die finanzielle Grundlage des Angebotes?/ Wie hoch waren/sind die Kosten der Einrichtung?

- Wie hoch waren die Kosten der Einrichtung in der Gründungsphase (Baukosten, Umbaumaßnahmen, medizinisches Inventar, Anschaffungen)?
- Wie wurde die Einrichtung finanziert? Wurden Mittel des Strukturfonds (§105 Abs. 1 a SGB V) oder andere Fördermaßnahmen genutzt?
- Wer trägt die laufenden Kosten der Einrichtung?
- Ist die Finanzierung des Angebotes auch in der Zukunft gesichert?

20. Wie ist die Vergütung für die Behandlung geregelt?

- Wurden Vergütungszuschläge (§87 a SGB V) vereinbart? Wenn ja, wie viele Zuschlagsvereinbarungen gibt es?

Abschluss

Themenblock V: Ausblick/ Resümee

21. Was würden Sie zukünftigen Praxisgründern/ Initiatoren mitgeben wollen

22. Wie kann es Ihrer Meinung nach gelingen, zukünftig ein flächendeckendes Angebot an barrierefreien gynäkologischen Praxen bereitzustellen und was wünschen Sie sich für die zukünftige Versorgung von Frauen mit Behinderung?

23. Wie nehmen Sie die Inklusionsdebatte im Gesundheitswesen (Umsetzung UN BRK) wahr und wie werden Sie hiermit als Vertreter einer spezifischen Versorgungsform für Menschen mit Behinderung konfrontiert?

24. Sonstige relevante Aspekte?

Anhang C: Leitfäden weitere Akteure

Interviewleitfaden weitere Akteure	
Einstieg <i>Einordnung der Expertise und des Fachwissens</i>	
🔊 Expertise	
➤ Sie sind X (Funktion der Interviewperson) bei Akteur Y, ist das richtig? <i>Oder: Welche Funktion üben Sie beim Akteur Y aus?</i> ➤ Was ist dabei Ihre Hauptaufgabe?	
🔊 Überleitungsfrage	
• Welche Rolle spielt für den Akteur Y die ärztliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen? • Beschäftigen Sie sich mit dem Thema? • <i>(Hier ggf. auf Studien/Positionspapiere/Interviews des Akteurs Y Bezug nehmen.)</i> • Wie schätzen Sie den Bedarf in der gynäkologischen Versorgung von Frauen mit Behinderungen ein?	
Hauptteil <i>Fachinformationen zur gynäkologischen Versorgung von Frauen mit Behinderung</i>	
🔊 Rolle des Akteurs	
Wie sehen Sie die Rolle des Akteurs Y bei der Verbesserung der gynäkologischen Versorgung von Frauen mit Behinderungen? • Engagiert sich der Akteur Y speziell für dieses Thema? • <i>(wenn ja:)</i> In welchem Umfang und wie ist das Engagement ausgestaltet? • Werden Sie bzw. der Akteur Y in Beratungsfunktion für medizinische Fortbildungen zur Behandlung von Menschen mit Behinderungen angefragt?	
🔊 Zu bestehenden Spezial-Einrichtungen und Angeboten	
Sind Ihnen Spezialambulanzen und/oder gynäkologische Sprechstunden zur gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung von Frauen mit Behinderungen bekannt oder solche, die im Entstehen begriffen sind? • <i>(Wenn ja)</i> Welche? War der Akteur Y bei einem solchen Angebot bei der Gründung involviert? In welcher Form? • Wie positioniert sich der Akteur Y zur Entstehung von solchen Spezialeinrichtungen? <i>(Sehen Sie darin eher eine Gefahr für Partizipation und Teilhabe, oder sehen Sie es als Chance auf gleichberechtigten Zugang zu medizinischer Versorgung für Frauen mit Behinderung?)</i> • Werden Sie/der Akteur Y in Beratungsfunktion bei Neugründung oder Spezialisierung ambulanter gynäkologischer Versorgungsangebote angefragt?	
🔊 Zu Medizinischen Zentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (MZE) § 119 c SGB V	
Kennen Sie bereits bestehende oder im Entstehen begründete MZE mit gynäkologischem Schwerpunkt?	

• (Wenn ja): Ist Ihnen bekannt, wie die Spezialisierung aussieht? (<i>gynäkologisches Fachpersonal im MZEB selbst, Kooperation mit niedergelassenen gynäkologischen Praxen...</i>) • Wie positioniert sich der Akteur Y zur Entstehung von MZEB? (<i>Stichwort Teilhabe, universelles Design</i>)
🔊 Mobile gynäkologische Versorgung Sind Ihnen weitere Konzepte zur gynäkologischen Versorgung von Frauen mit Behinderungen, z. B. zur mobilen gynäkologischen Versorgung von Frauen mit Behinderung bekannt? (<i>Hausbesuche/gynäkologisch Ambulanzwagen</i>) • (wenn ja) Wissen Sie auch etwas über den Aufbau, die Finanzierung, die Motivation der Entstehung und die Initiatorinnen und Initiatoren? • (wenn nein) Sehen Sie dafür Bedarf? Wie sichern große Einrichtungen der Behindertenhilfe mit vielen immobilen Bewohnerinnen die gynäkologische Versorgung? • Wie bewerten Sie das Konzept einer mobilen gynäkologischen Versorgung für Frauen mit Behinderung? Welche weiteren Konzepte zur Verbesserung der gynäkologischen Versorgung sind aus Ihrer Sicht noch vorstellbar?
Abschluss <i>Perspektiven und Zukunftsvision</i> Abschließende Aspekte: • Die Bundesregierung hat sich mit Unterzeichnung der UN-BRK und im Rahmen des NAP 2.0 dazu verpflichtet, die gynäkologische Versorgungssituation für Frauen mit Behinderung zu verbessern. Welche Maßnahmen müssten Ihrer Meinung nach ergriffen werden bzw. welche wurden schon ergriffen, um dieses Ziel zu erreichen? • Inwiefern ist der Akteur Y in diese Verbesserungsmaßnahmen einbezogen/beratend tätig? Wenn ja, in welchen Gremien/Ausschüssen etc.? • Wo sehen Sie die größten Entwicklungspotentiale? • Welche weiteren Akteure aus dem Feld halten Sie für besonders relevant für diese Befragung? • Gibt es Aspekte die noch nicht genannt wurden, die aber sehr wichtig für den Themenbereich gynäkologische Versorgung sind?

Zusätzlich wurde der Leitfaden jeweils akteursspezifisch um einige Fragestellungen erweitert; diese Erweiterungen sind im Folgenden dargestellt:

Behindertenverbände und Selbstvertretungen:

🔊 Erfahrungsberichte der Frauen Berichten Ihnen Frauen von ihren Erfahrungen bei (gynäkologischen) Praxisbesuchen? • (wenn ja:) Wie sind diese Erfahrungen? Sind als „barrierefrei“ ausgewiesene Praxen auch tatsächlich barrierefrei; in welcher Hinsicht? • Was sind Ihrer Erfahrung nach die größten Barrieren für Frauen mit Behinderungen in gynäkologischen Praxen? (<i>ggf. nach bestimmten Behinderungsformen fragen</i>) • Wo und wie wurden nach Ihrer Einschätzung Barrieren bereits erfolgreich abgeschafft? • Gibt es von Ihrem Verband Änderungsvorschläge bei der ärztlichen/gynäkologischen Versorgung von Frauen mit Behinderungen?/Gibt es Ihrer Meinung nach Bedarf an solchen Vorschlägen? Wer sollte bei der Formulierung beteiligt sein?
🔊 Rechtliche Grundlagen

- Berät der Akteur Y Frauen mit Behinderungen hinsichtlich rechtlicher und finanzieller Angelegenheiten in Bezug auf medizinische Versorgungsansprüche?
- (wenn ja:) Nehmen Frauen mit Behinderungen die ihnen zustehenden Ansprüche wahr?

Ärzttekammern:

Rolle der Ärztekammern/Fortbildungsangebot

Wie schätzen Sie als Vertreterin bzw. Vertreter der ÄK den Wissensstand der Ärzte zum Thema ärztliche Versorgung von Menschen mit Behinderung ein?

Fort- und Weiterbildung

- Wie schätzen Sie das Interesse der Ärzteschaft an dem Thema ein? Speziell der Gynäkologinnen und Gynäkologen?
- Gibt es diesbezügliche Fortbildungsangebote? Welche Rolle spielt das Thema „Menschen mit Behinderung“ in Fort- und Weiterbildung? Gibt es weitere, von Ihrer ÄK zertifizierte Anbieter von Fortbildungen hierzu?
- Gibt es spezielle Fortbildungen für die gynäkologische Versorgung?
- Gibt es Anreize, sich mit dem Thema zu beschäftigen (z. B. Praxisnetze)?
- Gibt es eine behindertenbezogene Schwerpunktsetzungen in der Weiterbildung zum Facharzt? Wenn ja, bei welchen Facharztrichtungen (z. B. Allgemeinmedizin, Gynäkologie)?

Studium

- Welche Rolle spielt die Behandlung von MmB im Studium von Mediziner/-innen in Ihrem Bundesland?
- Wäre es sinnvoll, diesen Aspekt verstärkt in die Ausbildung zu integrieren? Gibt es evtl. Bestrebungen in diese Hinsicht in Ihrem Bundesland?

Unterstützt Ihre ÄK interessierte Ärztinnen und Ärzte zum Thema barrierefreie Praxis?

- Wenn ja, in welcher Form? (*Infomaterial, Experten als Ansprechpartner, Checklisten, Finanzierungshinweise...*)
- Arbeiten Sie in diesem Kontext mit anderen Akteuren, z. B. der KV, zusammen?
- Gibt es Anreize, die eigene Praxis barrierefrei zu gestalten? Was spricht dagegen?
- Gibt es einen Entwicklungstrend in diesem Bereich (*vermehrtes oder abnehmendes Bestreben, barrierefrei zu werden*)?
- Wie ist Barrierefreiheit definiert? Gibt es Standards?

Berufsverbände, Fachgesellschaften und Runde Tische:

Rechtliche Grundlagen

Beraten Sie Gynäkologinnen und Gynäkologen zu Abrechnungsfragen bei Frauen mit Behinderung?

- Welche Möglichkeiten sehen Sie zur Vergütung des Mehraufwandes?
- Ist Ihnen bekannt, ob Frauen mit Behinderung bezüglich der ärztlichen Versorgung einen besonderen gesetzlichen Anspruch haben? (z. B. auf Barrierefreiheit, Fortbildung des Arztes, mehr Zeit beim Termin)

- Gibt es bestimmte Voraussetzungen, die eine Patientin erfüllen muss (z. B. Behinderungsgrad/Behinderungsform oder ähnliches) um von einer spezialisierten Praxis behandelt zu werden?

Anhang D: Leitfaden Fokusgruppen

1	Frauenärztliche Versorgung
	Leitfrage: Was ist für Sie eine gute frauenärztliche Versorgung? - Haben Sie einen Frauenarzt und nehmen Sie regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch? Fühlen Sie sich gut versorgt? - Wenn nein, warum nicht? Was müsste anders sein, damit auch Sie Vorsorge- und andere frauenärztliche Angebote in Anspruch nehmen würden? - Haben/ Hatten Sie Schwierigkeiten, eine für Sie persönlich nutzbare, also barrierefreie Frauenarztpraxis zu finden? (ggf. Arztpraxis allgemein - falls die Frauen nicht zum FA gehen) - Wie weit müssen Sie dafür fahren? - Wenn Sie beim Frauenarzt Unterstützung durch eine Begleitperson brauchen, welche Probleme/ Herausforderungen bringt das mit sich? - Wenn Sie an Ihren letzten Praxisbesuch denken, was hätte besser sein können?
2.	Barrierefreiheit und Transparenz
	Leitfrage: Barrierefreiheit ist ein wichtiges Thema, gerade wenn es um Arztbesuche geht. Wie müssten die Frauenarztpraxen gestaltet sein, damit Sie diese problemlos nutzen können? - Wo wurden in Ihren Augen erfolgreich Barrieren abgebaut? Und mit welchen Maßnahmen? - Wie holen Sie Informationen über die Barrierefreiheit von Arztpraxen ein? - Stimmen Auskünfte mit tatsächlichem Zustand überein?
3.	Vertrauensverhältnis
	Leitfrage: Beim Frauenarzt geht es oft um sehr persönliche Themen und die ganze Situation braucht ein gutes Vertrauensverhältnis. Ist dieses bei Ihnen und Ihrem Arzt vorhanden? - Wenn ja, wie gelingt das? - Wenn nein, welche Anforderungen müssen für Sie erfüllt sein, damit Sie sagen können: hier fühle ich mich wohl, das ist eine vertrauliche Situation?
4.	Gemeinsame Entscheidungsfindung
	Leitfrage: Beim Arzt müssen oft Entscheidungen über die Weiterbehandlung oder eine Medikamentengabe getroffen werden. Werden Sie dann nach Ihrer Meinung gefragt? Wer war an Entscheidungen (noch) beteiligt?

	• Gab es schon einmal Widersprüche zwischen Ihrer und der Meinung des Arztes? Was geschah dann? • Welche Anforderungen an die Versorgungsangebote müssen erfüllt sein, damit Sie für sich autonome, informierte Entscheidungen treffen können?
5.	Nutzung von Spezialangeboten:
	Leitfrage: Es gibt einige frauenärztliche Angebote speziell für Frauen mit Beeinträchtigungen. <i>(An dieser Stelle Plakat aufhängen: Landkarte, auf der die bisher existierenden Spezialangebote eingezeichnet sind.)</i> Haben Sie schon einmal eines dieser Spezialangebote genutzt? Kennen Sie diese Angebote? • Wenn ja, wie oft und welches? • Wenn Sie bisher kein Spezialangebot besucht haben, käme für Sie der Besuch eines solchen in Frage? ○ Wenn nein, warum nicht? • Spielt es eine Rolle, wo das Angebot angesiedelt ist? <i>(Krankenhaus, Medizinisches Versorgungszentrum, „normale Praxis“)</i> Wie würden/ wie haben Sie von einem (neuen) Spezialangebot erfahren?
6.	Unser Ziel ist es, Handlungsempfehlungen für die Politik und die Praxis abzuleiten. Wir möchten Ihr Wünsche weitergeben. Einige Aspekte hatten wir bereits gesammelt, haben Sie weitere Wünsche in Bezug auf eine gute frauenärztliche Versorgung? • Gibt es spezielle Wünsche bezüglich: Ärzt_innen, medizinisches Personal, Geldgeber, Krankenkassen • <i>Negativ-Beispiele in Positiv-Wünsche formulieren</i> • <i>Ggf. angeschnittene Punkte weiter vertiefen</i>

Anhang E: Fragebogen zur Erhebung der Strukturdaten/ Checkliste

Fragebogen zur Erhebung der Strukturdaten der Spezialambulanzen und gynäkologische Sprechstundenangebote für Frauen mit Behinderungen	
1. Patientinnenkontakte	
1.1 Anzahl der Patientinnenkontakte	
a)	Pro Tag _____
b)	Pro Quartal _____
c)	Pro Jahr _____
1.2 Auf welche Formen der Behinderungen ist das Angebot ausgerichtet? (alles Zutreffende bitte ankreuzen)	
☐	Frauen mit körperlichen Beeinträchtigungen
☐	Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen
☐	Frauen mit Sinnesbeeinträchtigungen
☐	Sonstige Beeinträchtigungen _____
1.3 Wie erfolgt die Terminvergabe? (alles Zutreffende bitte ankreuzen)	
☐	Telefonisch
☐	E-Mail/ SMS/ Fax
☐	Über die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung
1.4 Gibt es Telefonsprechstunden?	
☐	Ja
☐	Nein
1.5 Wie lange beträgt die durchschnittliche Wartezeit auf einen Termin?	
☐	Wenige Tage
☐	1-2 Wochen
☐	Unter 4 Wochen
☐	4-8 Wochen
☐	8-12 Wochen
☐	Mehr als 12 Wochen
1.6 Wie viel Zeit wird pro Patientin eingeplant?	

☐ Unter 30 Minuten ☐ 30-60 Minuten ☐ Mehr als 60 Minuten ☐ Wird mit Patientin bei Terminvergabe individuell abgestimmt
1.7 Was sind die häufigsten Behandlungsanlässe? (alles Zutreffende bitte ankreuzen)
☐ Vorsorge ☐ Behandlung vorliegender Erkrankungen ☐ Kinderwunsch und geburtshilfliche Versorgung ☐ Verhütung, Sexualität und Partnerschaft ☐ Sonstige: _____
2. Allgemeine Strukturdaten
2.1 Angaben zur Größe der Einrichtung
a) Fläche _____ m ² b) Anzahl der Räume _____ c) Anzahl der Behandlungsräume _____
2.2 Wie viele Personen sind in der gyn. Spezialambulanz beschäftigt?
a) Anzahl der Ärzte/ Ärztinnen _____ Mit je _____ Wochenstunden b) Medizinische Praxisassistenzen _____ Mit je _____ Wochenstunden c) Nichtmedizinische Praxisassistenzen _____ Mit je _____ Wochenstunden d) Beruflicher Hintergrund der (nichtärztlichen) Beschäftigten _____
2.3 Bietet Ihre Ambulanz Fortbildungsangebote zum Thema (medizinische Versorgung von) Menschen mit Behinderung angeboten?
☐ ja ☐ Nein
2.4 Werden Fortbildungsangebote von den Beschäftigten der Spezialambulanz zum Thema (medizinische Versorgung) von Menschen mit Behinderung in Anspruch genommen? (alles Zutreffende bitte ankreuzen)
☐ Arzt/ Ärztin ☐ Medizinische Praxisassistenzen ☐ Nichtmedizinische Praxisassistenzen ☐ Werden nicht in Anspruch genommen

Wenn ja, wer führt diese Fortbildungen durch?

2.5 Wie groß ist das Einzugsgebiet der Spezialambulanz?

- ☐ Bis 50 km
- ☐ Bis 100 km
- ☐ Bis 200 km
- ☐ Mehr als 200 km

3. Angaben zur Barrierefreiheit¹²

3.1 Zugang

Die Räumlichkeiten sind

☐ **vollständig barrierefrei** (nur ankreuzen, wenn alle genannten Merkmale zutreffen)

- Ebenerdiger Zugang (Schwellenhöhe max. 3 cm bzw. Rampen mit max. 6 % Steigung) und/oder: rollstuhlgerechter Aufzug (Türbreite mind. 90 cm, Tiefe mind. 140 cm; Fahrstuhlkabine mindestens 110 cm x 140 cm)
- Türbreite der Eingangs- und Innenraumtüren mindestens 90 cm
- Bewegungsflächen¹³ in den Räumen mindestens 150 x 150 cm

☐ **weitgehend barrierefrei** (nur ankreuzen, wenn alle genannten Merkmale zutreffen)

- Weitgehend ebenerdiger Zugang (max. eine Stufe bzw. Rampen mit max. 20 % Steigung) und/oder: Aufzug (Türbreite mind. 70 cm, Fahrstuhlkabine mind. 70 cm x 90 cm)
- Türbreite der Eingangs- und Innenraumtüren mindestens 80 cm
- Bewegungsflächen in den Räumen mindestens 110 x 110 cm

☐ **Für gehbehinderte Patientinnen zugänglich** (nur ankreuzen, wenn alle genannten Merkmale zutreffen)

- Zugang mit max. drei aufeinander folgenden Stufen (Höhe der Stufen je max. 15 cm)
- Beidseitige Handläufe/Geländer vorhanden
- Sitzgelegenheiten in Anmelde- und Wartezonen

☐ **Für sinnesbehinderte Patientinnen zugänglich** (nur ankreuzen, wenn alle genannten Merkmale zutreffen)

- Taktile Leitsysteme
- Markierte Treppenstufen
- Beidseitige Handläufe

¹² Die technischen Angaben bilden die **DIN-Norm 18040-1 Barrierefreies Bauen für Gebäude und Arbeitsstätten** ab (gültig ab Oktober 2010)

¹³ Zusammenhängende, unverstellbare Bodenfläche

- Zugang mit Blindenführhund möglich

3.2 Haustür/ Eingangsbereich (alles Zutreffende bitte ankreuzen)

- ☐ Tür öffnet automatisch/ mit Taster
- ☐ Klingel mit Sprechanlage
- ☐ Lichtsignal ergänzt durch akustisches Signal

3.3 Lage und Merkmale der Praxisräume (alles Zutreffende bitte ankreuzen)

- ☐ Erdgeschoss
- ☐ Etage
- ☐ Ebenerdig
- ☐ Kontrastreiche Glasflächen
- ☐ Taktile Bodenelemente
- ☐ Blendfreie Beleuchtung von Fluren und Treppenhäusern
- ☐ Gut lesbare Schilder in Augenhöhe
- ☐ Beschriftung in leichter Sprache
- ☐ Beschriftung in Blindenschrift
- ☐ Empfangstheke ist an einer Stelle abgesenkt (mind. auf 50 cm)
- ☐ Induktive Höranlage am Anmeldetresen und/ oder Behandlungszimmer
- ☐ Behindertengerechte Toilette¹⁴
- ☐ Wartebereich: Stellfläche für Personen im Rollstuhl, Stühle mit Armlehnen zum Abstützen
- ☐ Wartebereich: akustischer/ optischer Aufruf

3.4 Medizinische Ausstattung/ Untersuchungsräume (alles Zutreffende bitte ankreuzen)

- ☐ Unterschiedliche Räume für Beratung und Untersuchung
- ☐ Schalldämmung
- ☐ Rollstuhlgerechte Umkleidekabine (mind. 150 x 150 cm)
- ☐ Unterfahrbares Mobiliar

¹⁴ Türen öffnen nach außen, Türbreite mindestens 90 cm; Bewegungsfläche vor dem WC mindestens 150 x 150 cm; Toilette von der Seite mit Rollstuhl anfahrbar, d. h. Bewegungsraum neben WC mind. 90 cm; Waschbecken unterfahrbar (max. 80 cm hoch und 55 cm tief); Haltegriffe und Notruf vorhanden

- ☐ An entsprechenden Stellen mit Leitern an den Wänden ausgestattet (z.B. über dem Untersuchungsstuhl, an der Untersuchungsliege)
- ☐ Extra breite, hydraulisch verstellbare Untersuchungsliege
- ☐ Sonstige spezielle Ausstattung/ Gestaltung:

3.5 Untersuchungsstuhl (alles Zutreffende bitte ankreuzen)

- ☐ Ohne Stufen begehbar
- ☐ Höhenverstellbar
- ☐ Auf Höhe absenkbar, die Sitzhöhe in einem Rollstuhl entspricht
- ☐ Leicht verstellbare/ abzunehmende Elemente (Beinstützen)
- ☐ Hebelift
- ☐ Verbindungsrutsche

3.6 Erreichbarkeit der Praxis (alles Zutreffende bitte ankreuzen)

Weg von der Haltestelle zur Praxis (Gehminuten)

	Bus	Bahn	Straßenbahn
Bis 10 Gehminuten	☐	☐	☐
10-15 Gehminuten	☐	☐	☐
Mehr als 15 Gehminuten	☐	☐	☐

3.7 Behindertenparkplätze (alles Zutreffende bitte ankreuzen)

- ☐ Behindertenparkplätze sind vorhanden¹⁵
Anzahl _____
- ☐ In unmittelbarer Nähe zur Einrichtung
- ☐ Etwas entfernt von der Einrichtung, ca. _____ m

3.8 Kommunikation (alles Zutreffende bitte ankreuzen)

Verfügbarkeit von Informationsmaterialien und Kommunikationsmittel

- ☐ Leichte Sprache
- ☐ Brailleschrift
- ☐ Piktogramme
- ☐ Digital
- ☐ Audio
- ☐ Gebärdensprachedolmetscher bei Bedarf verfügbar

¹⁵ Breite mindestens 3,5 m; Bordsteine abgesenkt

Anhang E: Fragebogen zur Erhebung der Strukturdaten/ Checkliste

☐ Fremdsprachendolmetscher bei Bedarf verfügbar

Anhang F: Schwerpunkte der Interviews AP 1c

Tabelle 10: Thematische Schwerpunkte der Interviews, dargestellt nach Akteursgruppe (Quelle: eigene Darstellung).

Akteursgruppe	Schwerpunkt/ Erkenntnisinteresse
(1) <i>Kassenärztliche Vereinigungen</i>	• Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen der barrierefreien gynäkologischen Versorgung • Rolle der KVen bei der Gründung von spezialisierten Angeboten • Identifikation von weiteren/ alternativen Versorgungskonzepten (mobile gyn. Versorgung/ MZEBs...)
(2) <i>Ärztikammern</i>	• Aus-/ Fort- und Weiterbildungsangebote zur medizinischen Versorgung von Frauen mit Behinderung • Identifikation von weiteren/ alternativen Versorgungskonzepten (mobile gyn. Versorgung/ MZEBs...)
(3) <i>Fachgesellschaften, Berufsverbänden</i>	• Aktivitäten/ Einbezug in (bestehende) Angebote • Identifikation von weiteren Versorgungsangeboten, insbesondere Flächenangebote
(4) <i>Behindertenverbände, Selbstvertretungen</i>	• (ggf.) Erfahrungsberichte betroffener Frauen zur gynäkologischen Versorgungssituation

Anhang G: Ergebnisse der Bestandsaufnahme der gynäkologischen Spezialangebote

Tabelle 11: Ergebnisse der Befragung der 5 kooperierenden gynäkologischen Spezialangebote. (Quelle: eigene Darstellung)

	Gynäkologische Sprechstunde im Familienplanungszentrum BALANCE Berlin (FPZ)	Barrierefreie gynäkologische Praxis Bremen	Gynäkologische Ambulanz für Frauen mit Behinderung, Frauenklinik Dachau	Spezialambulanz für Frauen und Mädchen mit Behinderung, Universitätsklinikum Erlangen	Gynäkologische Sprechstunde, pro familia Frankfurt am Main
Entstehungsgeschichte und organisatorischer Rahmen					
Art des Angebotes	– Gynäkologische Sprechstunde ist im FPZ angesiedelt und wird von den dort angestellten Gynäkologinnen angeboten.	– Praxis ist in den Räumlichkeiten des Klinikums Mitte angesiedelt, jedoch unabhängig vom Klinikum. Derzeit bieten sieben niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen abwechselnd im Zwei-Wochen-Rhythmus die gynäkologische Sprechstunde an.	– Ambulanz ist an der Frauenklinik Dachau angesiedelt. Eine hierfür ermächtigte Klinikärztin bietet die gynäkologische Sprechstunde an.	– Spezialambulanz ist in der Frauenklinik am Universitätsklinikum Erlangen angesiedelt. Ein festes Team von Klinikärztinnen und Klinikärzten ist abwechselnd in der Spezialambulanz tätig.	– Gynäkologische Sprechstunde ist in der <i>pro familia</i> -Beratungsstelle Frankfurt am Main angesiedelt. Eine bei <i>pro familia</i> angestellte Gynäkologin bietet die Sprechstunde an.
Gründungsjahr	Ausrichtung auf Frauen mit Behinderung seit mindestens 15 Jahren	2011	2007	2009	1998
Hintergrund/ Entstehung	– Gründung Verein FPZ Berlin e.V. im Jahr 1992 – Ausrichtung des Angebotes auf Frauen mit Behinderungen da es in Berlin für Frauen mit Behinderungen keine adäquaten Versorgungsstrukturen gab. – 2009 barrierefreier Umbau, davor nur eingeschränkteres Angebot möglich.	– Anfang 2008: nicht repräsentative E-Mail-Umfrage mit Rollstuhlfahrerinnen und körperbehinderten Frauen zeigte, dass viele Frauen Vorsorgeuntersuchung nicht wahrnehmen und nur ein ungenügendes Angebot an barrierefreien gynäkologischen Praxen in Bremen besteht. – August 2008: Start der Initiative zur Einrichtung eines Spezialangebotes	– Initiative begann um das Jahr 2000 durch Zusammenschluss behinderter Frauen (<i>Netzwerkfrauen Bayern</i>) und einer Gynäkologin. – Keine adäquaten Versorgungsstrukturen für die gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderungen im Raum München. Viele negative Erfahrungen mit Gynäkologinnen und Gynäkologen seitens der Frauen.	– Anstoß für die Schaffung eines barrierefrei zugänglichen Angebotes für Frauen mit Behinderung erfolgte durch Erkundigungen einer mobilitäts-eingeschränkten Frau (damalige Geschäftsführerin ZSL Erlangen), inwieweit eine gynäkologische Untersuchung in der Frauenklinik Erlangen für sie möglich sei.	– Um die gynäkologische Versorgungssituation und Beratung für Frauen mit Behinderungen zu verbessern, entstand im Jahr 1998 die Kooperation zwischen der <i>pro familia</i> Beratungsstelle Frankfurt am Main und dem „ <i>Club Behinderter und ihrer Freunde in Frankfurt und Umgebung (CeBeeF)</i> e.V.“ – Im Rahmen der Kooperation wurden Fördergelder

		durch Beratungsstelle <i>Selbstbestimmt Leben e.V.</i>, <i>Bremer Netzwerk behinderter Frauen</i> und der <i>Bremischen Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (ZGF)</i>. – Spezialambulanz in Dachau und Angebot von <i>pro familia</i> waren Ansporn, Angebot auch in Bremen aufzubauen (Initiatorin: „das wollen wir auch haben“ #1:41) – Gründung <i>Runder Tisch</i> (Teilnehmende s.u.): Fernziel, ein breites Angebot an wohnortnahen barrierefreien gynäkologischen Praxen zu schaffen, um eine echte freie Arztwahl zu schaffen und verlässliche Informationen über Barrierefreiheit im Internet bereitzustellen. Eröffnung im Oktober 2011. <u>Hindernisse:</u> – langwierige Verhandlungen mit der <i>KV Bremen</i>, da diese keinen Bedarf für eine gynäkologische Spezialambulanz gesehen hat. – Aufbau des <i>Runden Tisches</i> wird ebenfalls als langwieriger Prozess beschrieben.	– Das Angebot war zunächst am Klinikum Neu-perlach in München geplant, wurde jedoch durch den Wechsel der Initiatorin an das Klinikum Dachau verlegt. – Eröffnung im Jahr 2007 <u>Hindernisse:</u> – Lange Verhandlungen mit der <i>KV Bayern</i> (7 Jahre) – Gründungsprozess und Verhandlungen waren sehr mühsam. – Zustimmung der <i>KV Bayern</i> nur unter der Prämisse absoluter Barrierefreiheit und keiner Mehrkosten für Behandlung. <u>Erfolgsfaktoren:</u> – (ehrenamtliches) Engagement der Ärztinnen	– Prüfung ergab, dass die damaligen Räumlichkeiten nur schwer für mobilitätseingeschränkte Frauen zu erreichen waren und somit eine Untersuchung nicht möglich sei. Zudem erwies sich die Durchführung einer Mammografie für Frauen im Rollstuhl als schwierig. – Umbaumaßnahmen wurden durchgeführt und Räumlichkeiten barrierefrei gestaltet. – Da die Renovierung der Ambulanz und einer Station (Palliativstation) bevorstand, konnte die Umsetzung des Vorhabens inklusive Einbau eines behindertengerechten Aufzugs schnell realisiert werden. – Zunächst sollten keine speziellen Behandlungszeiten für Frauen mit Behinderungen geschaffen werden. Aufgrund des erhöhten Zeitaufwandes in der regulären Sprechstunde, wurde eine Sprechstunde speziell für Frauen mit Behinderungen eingerichtet. – Eröffnung im Jahr 2009	durch die Stadt Frankfurt erworben. – Somit entstand das erste Angebot dieser Art in Deutschland. – Das Angebot wurde im Laufe der Zeit mehr und mehr an die Bedürfnisse von Frauen mit Behinderungen angepasst.
--	--	--	--	--	--

Beteiligte Akteure	FPZ Balance, Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin als Geldgeber	<u>Initiative:</u> ZSL, ZGF, Netzwerk behinderter Frauen Bremen <u>Beteiligte Runder Tisch:</u> Beauftragten für die Gleichstellung der Frau, Behindertenbeauftragte, Senatorin für Gesundheit und Soziales, KV Bremen, Vertreter Berufsverband der Frauenärzte e.V., Netzwerk Selbstbestimmt Leben e.V. <u>Vertragspartner:</u> Klinikum Mitte, Gesundheitsresort, KV Bremen	<u>Initiative:</u> Netzwerkfrauen Bayern, Gynäkologin <u>Beteiligte Akteure:</u> Bayrische Sozialministerin, KV Bayern, Klinikum Dachau	Chefarzt der Frauenklinik des Universitätsklinikums Erlangen, (Anstoß durch damalige Vorsitzende ZSL) Bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege Frau Melanie Huml, damalige Behindertenbeauftragte der Bayrischen Staatsregierung Frau Badura, Schirmherrin Frau A. Balleis.	Pro familia, CeBeeF, Stadt Frankfurt als Geldgeber
Standortwahl	– Gynäkologisches Angebot im FPZ bereits vorhanden, wurde dann auf Frauen mit Behinderungen ausgeweitet.	– Mehrere Standorte standen zur Diskussion (Krankenhäuser, ärztlicher Notdienst der KV, Gesundheitsamt). – Kriterien waren ausreichend große Räumlichkeiten sowie Barrierefreiheit, einschließlich einer behindertengerechten Toilette. Standorte wurden besichtigt. Aufgrund der infrastrukturellen Vorteile fiel die Wahl des Standortes schließlich auf das Klinikum Mitte. Hier werden Räume des Chefarztes für die Zeiten der Sprechstunde mitbenutzt.	– Ambulanz war zunächst am Klinikum Neuperlach angedacht. Durch den beruflichen Wechsel der Initiatorin/ Gynäkologin ans Klinikum Dachau ist das Angebot mit der Initiatorin „mit umgezogen“.	– Es wurde kein anderer Standort diskutiert.	– Gynäkologisches Angebot in der pro familia-Beratungsstelle in Frankfurt bereits vorhanden, wurde dann auf Frauen mit Behinderungen ausgeweitet.
Vor- und Nachteile des Standortes/ der Organisationsform	<u>Vorteile:</u> – Beratungsstelle, deren Konzept im Bereich Frauengesundheit, Sexualität	<u>Vorteile:</u> – Barrierefreie Infrastruktur in Klinik vorhanden.	<u>Vorteile:</u> – Interdisziplinäre Versorgung und infrastrukturelle Gegebenheiten.	<u>Vorteile:</u> – Interdisziplinäre Versorgung und infrastrukturelle Gegebenheiten	<u>Vorteile:</u> – Beratungsstellen, deren Konzept im Bereich Frauengesundheit, Sexualität

	und Familienplanung schon immer offen für Menschen mit Beeinträchtigungen war. Dies kann einen Förderfaktor darstellen, da die entsprechenden Strukturen sowie die Expertise im Umgang mit Menschen mit Beeinträchtigungen bereits vorhanden waren. Vorteil einer solchen Angliederung ist die Interdisziplinarität innerhalb der Einrichtung, in der z. B. Ärztinnen, Sexualpädagoginnen und Psychologinnen eng zusammenarbeiten. Dies ermöglicht ein vielfältiges und ganzheitliches Angebot.	– Klinik stellt nichtärztliches Personal. – „Win-Win-Situation“: Krankenhaus bekommt neuen Untersuchungsstuhl und Ultraschallgerät und Räumlichkeiten können für die Praxis genutzt werden. – Freie Arztwahl. <u>Nachteile:</u> – Zunächst Bedenken hinsichtlich des Standortes „Krankenhaus“, da dieses häufig mit negativen Erfahrungen verbunden ist. – Bedenken wurden laut der Interviewpersonen nicht bestätigt.	– Im Falle einer Weiterbehandlung kurze Wege sowie weniger organisatorischer Aufwand für die Patientinnen, da die Patientinnen sich nicht selber um die weitere gynäkologische Untersuchung kümmern müssen. – Keine Umbaukosten, da Barrierefreiheit bereits gegeben. <u>Nachteil:</u> – Für viele Frauen ist der Standort Dachau nicht ideal, da dieser vom Großraum München mit langen Wegen verbunden ist.	– Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Bei Bedarf können auf kurzem Wege zusätzliches Personal akquiriert sowie Konsile veranlasst werden; andere Behandlungen und Nachsorge sind im selben Haus möglich. Daraus entstehen im Falle einer Weiterbehandlung kurze Wege sowie weniger organisatorischer Aufwand für die Patientinnen, da die Patientinnen sich nicht selber um die Organisation der weiteren Untersuchungen kümmern müssen.	und Familienplanung schon immer offen für Menschen mit Beeinträchtigungen war. Dieses kann Förderfaktor darstellen, da die entsprechenden Strukturen sowie die Expertise im Umgang mit Menschen mit Beeinträchtigungen bereits vorhanden waren. Vorteil einer solchen Angliederung ist zum einen die Interdisziplinarität innerhalb der Einrichtung, in der z. B. Ärztinnen und Ärzte, Sexualpädagoginnen und Psychologinnen eng zusammenarbeiten. Dies ermöglicht ein vielfältiges und ganzheitliches Angebot.
Inanspruchnahme/Versorgungssituation/ Konzept					
Konzept des Angebotes (Zielgruppe, weitere Ziele...)	<u>Konzept:</u> – Gynäkologische Sprechstunde ist an das FPZ Balance angegliedert. – Ziel des FPZ ist eine effektive Gesundheitsversorgung für jede Person, unabhängig von Alter, Herkunft, religiöser Ausrichtung, Status, Beeinträchtigung, Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung. Interdisziplinäre Ausrichtung mit Sexual- und Sozialpädagoginnen sowie Ärztinnen.	<u>Konzept:</u> – Wichtiger Aspekt des Angebots ist die Möglichkeit einer möglichst freien Arztwahl. – Die Tätigkeit in der barrierefreien gynäkologischen Praxis wird von derzeit 7 niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen abwechselnd ausgeübt.	<u>Konzept:</u> – Aufbau einer gynäkologischen Spezialambulanz nach dem Vorbild der gynäkologischen Sprechstunde in Frankfurt a.M.	<u>Konzept:</u> – Barrierefreier Zugang zu umfassender und interdisziplinärer Beratung und Behandlung; Anspruch: Frauen mit Behinderung sollen die gleiche Versorgungsqualität bekommen wie Frauen ohne Behinderungen; nicht die Behandlung an sich ist das Besondere, sondern die Transfermöglichkeiten und die Möglichkeit zur Mammografie im Rollstuhl.	<u>Konzept:</u> – Ärztliche Sprechstunde und gynäkologische Untersuchung. – Themen sind Sexualität, Liebe, Partnerschaft, Familienplanung, Gesundheit. – Nur Vorsorgeuntersuchungen, bei pathologischen Befunden Weiterleitung an kooperierenden Kliniken (Transport durch Fahrdienst durch CeBeeF).

	– Einplanung von ausreichend Zeit für gute Vorbereitung der Frauen. Z. B. ist erster Termin meist Vorgespräch mit Sexualpädagogin und/o-der Psychologin, Kennenlernen der Fachärztin wird angestrebt, oft mehrere Termine, bis es zur Untersuchung kommt. <u>Zielgruppe:</u> Frauen mit körperlichen Beeinträchtigungen, Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen, Frauen mit Sinnesbeeinträchtigungen, Mehrfachbeeinträchtigte Frauen	<u>Zielgruppe:</u> Frauen mit körperlichen Einschränkungen stehen im Vordergrund. Das Angebot ist aber für alle offen, die Schwierigkeiten beim Zugang in normaler gyn. Praxis haben.	<u>Zielgruppe:</u> Frauen mit körperlicher Beeinträchtigung	<u>Zielgruppe:</u> Frauen mit körperlichen Beeinträchtigungen, Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen, Frauen mit Sinnesbeeinträchtigungen.	<u>Zielgruppe:</u> Geplant als medizinische Sprechstunde für Frauen mit körperlichen Behinderungen Inzwischen immer mehr Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen (etwa 50:50), Frauen mit Sinnesbeeinträchtigungen
Inanspruchnahme	30 Frauen pro Quartal, – Früher waren es 2-3 Untersuchungen im Monat, jetzt 2-3 pro Woche (größere Bekanntheit, auch Internetauftritt). – Die Nachfrage ist größer als das Angebot es terminlich hergibt, da die gynäkologische Spezialsprechstunde mit 30 Frauen pro Quartal ausgelastet ist.	Aktuell etwa 60 pro Jahr (Stand 2018), ca. 15 pro Quartal. 2011: 11 Termine 2012: 42 Termine 2013: 28 Termine 2014: 39 Termine 2015: 43 Termine 2016: 64 Termine 2017: 67 Termine¹⁶ – Inanspruchnahme zunehmend sehr schleppend. Angebot wurde dann etwas zurückgefahren und	30 pro Quartal – Bedarf wäre größer, besonders, wenn auch Frauen mit geistigen Behinderung behandelt werden dürften.	12-15 pro Quartal – Kontinuierlicher Patientenzufluss, Angebot ist nahezu ausgelastet.	Pro Quartal 36 – Angebot ist voll ausgelastet (Bedarf theoretisch noch größer, aber durch finanzielle Deckelung keine Ausweitung des Angebots möglich).

¹⁶ Bei der Anzahl der Termine zwischen 2011-2017 ist zu beachten, dass Frauen die Sprechstunde auch mehrmals innerhalb 1 Jahres aufgesucht haben.

Anhang G: Ergebnisse der Bestandsaufnahme der gynäkologischen Spezialangebote

		Sprechstunden nur noch alle 2 Wochen angeboten.			
Einzugsgebiet	Bis 100 km	Bis 100 km	Mehr als 200 km	Mehr als 200 km	Bis 200km
Terminvergabe und Anmeldung	<u>Sprechzeiten:</u> Jeden Donnerstag werden die ersten zwei Stunden der Sprechstunde für Frauen mit Behinderungen freigehalten <u>Terminvergabe:</u> – Telefonisch	<u>Sprechzeiten:</u> Alle zwei Wochen Mittwoch 15 bis 19 Uhr <u>Terminvergabe:</u> – Zunächst Terminvergabe über den ärztlichen Notdienst der KV Bremen. Termine jedoch nur zwischen 20 und 22 Uhr vereinbart werden. – Inzwischen erfolgt die telefonische Terminvereinbarung über die Terminservicestelle der KV Bremen und wird als zufriedenstellend betrachtet.	<u>Sprechzeiten:</u> 2x monatlich Mittwochnachmittag 13-15.00 Uhr <u>Terminvergabe:</u> – Telefonisch – Ausschließlich auf Überweisung	<u>Sprechzeiten:</u> jeden Dienstagnachmittag 14.00 bis 16.00 Uhr <u>Terminvergabe:</u> – Telefonisch – Mail	<u>Sprechzeiten:</u> ca. 3h an 2-3 (manchmal 4) Tagen pro Woche <u>Terminvergabe:</u> – Telefonisch
Wartezeiten	i.d.R. werden Termine innerhalb von 4 Wochen vergeben. Bei starken und Mehrfach-Beeinträchtigungen kann es aufgrund aufwändigerer Vorplanungen jedoch auch 4-8 Wochen dauern, bis ein Termin angeboten werden kann	8-12 Wochen	unter 4 Wochen	1-2 Wochen bei Beschwerden 4-8 Wochen ohne Beschwerden	Unter 4 Wochen
Ablauf der Versorgung	<u>Eingeplante Zeit pro Patientin:</u> 30-60 Minuten – zunächst Vorgespräch mit Sexualpädagoginnen oder Psychologinnen und Patientin, um die Untersuchung vorzubereiten.	<u>Eingeplante Zeit pro Patientin:</u> 30-60 Minuten	<u>Eingeplante Zeit pro Patientin:</u> – Wird mit Patientin bei terminvergabe individuell abgestimmt.	<u>Eingeplante Zeit pro Patientin:</u> 30-60 Minuten	<u>Eingeplante Zeit pro Patientin:</u> Mehr als 60 Minuten; wird individuell abgestimmt. – Für den ersten Termin werden ca. 1,5h beansprucht, da eine ausführliche Anamnese erfolgt:

	Hierdurch wird ein vertrauliches Setting geschaffen, welches auch die spätere Untersuchung erleichtern kann. Bei einem Termin können mehrere Fachkräfte mit dabei sein. <u>Häufigste Behandlungsanlässe:</u> – Vorsorge – Verhütung, Sexualität und Partnerschaft.	<u>Häufigste Behandlungsanlässe:</u> – Behandlung vorliegender Erkrankungen.	<u>Häufigste Behandlungsanlässe:</u> – Behandlung vorliegender Erkrankungen – Verhütung, Sexualität, Partnerschaft.	<u>Häufigste Behandlungsanlässe:</u> – Gynäkologische Krebsvorsorge – Behandlung vorliegender Erkrankungen – Verhütung, Sexualität, Kinderwunsch, Betreuung in der Schwangerschaft (meist über Kinderwunschprechstunde, Hormonsprechstunde bzw. Risikoschwangerschaftsambulanz, eher nicht in Spezialambulanz) – sonstige: Spezialambulanz für Endometriose, Myome, Kinderwunsch in denselben Räumlichkeiten an anderen Tagen).	Gerade bei Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen sind häufig mehrere Termine notwendig, bis eine Untersuchung erfolgen kann. – Kontinuität in den Behandlungen wird betont, Frauen mit geistiger Behinderung kommen alle 3-4 Monate, um sich an die Arztbesuche zu gewöhnen. <u>Häufigste Behandlungsanlässe:</u> – Kinderwunsch und geburtshilfliche Versorgung – Verhütung, Sexualität, Partnerschaft.
Gestaltung/ Ausstattung des Angebotes	Vollständig barrierefrei ¹⁷	Vollständig barrierefrei	Vollständig barrierefrei	Vollständig barrierefrei	Vollständig barrierefrei

¹⁷ Vollständige Barrierefreiheit = Ebenerdiger Zugang (Schwellenhöhe max. 3 cm bzw. Rampen mit max. 6 % Steigung) und/oder: rollstuhlgerechter Aufzug (Türbreite mind. 90 cm, Tiefe mind. 140 cm; Fahrstuhlkabine mindestens 110 cm x 140 cm); Türbreite der Eingangs- und Innenraumbtüren mindestens 90 cm; Bewegungsflächen² in den Räumen mindestens 150 x 150 cm (Die technischen Angaben bilden die DIN-Norm 18040-1 Barrierefreies Bauen für Gebäude und Arbeitsstätten ab)

	<u>Lage und Merkmale der Praxisräume:</u> – behindertengerechte Toilette – Wartebereich: Stellfläche für Personen im Rollstuhl, Stühle mit Armlehnen zum Abstützen, akustischer/ optischer Aufruf	<u>Lage und Merkmale der Praxisräume:</u> – behindertengerechte Toilette – Wartebereich: Stellfläche für Personen im Rollstuhl, Stühle mit Armlehnen zum Abstützen	<u>Lage und Merkmale der Praxisräume:</u> – Behindertengerechte Toilette – Wartebereich: Stellfläche für Personen im Rollstuhl, Stühle mit Armlehnen zum Abstützen	<u>Lage und Merkmale der Praxisräume:</u> – Gut lesbare Schilder in Augenhöhe – Wartebereich: Stellfläche für Personen im Rollstuhl	<u>Lage und Merkmale der Praxisräume:</u> – Gut lesbare Schilder auf Augenhöhe – Beschriftung in leichter Sprache, Beschriftung in Blindenschrift – behindertengerechte Toilette – Wartebereich: akustischer/ optischer Aufruf
	<u>Medizinische Ausstattung/ Untersuchungsräume:</u> – Rollstuhlgerechte Umkleidekabine (mind. 150 x 150 cm) – Unterfahrbares Mobiliar – Extra breite, hydraulisch verstellbare Untersuchungsliege – Sonstige spezielle Ausstattung/ Gestaltung: Hebelifter	<u>Medizinische Ausstattung/ Untersuchungsräume:</u> – Schalldämmung – Rollstuhlgerechte Umkleidekabine (mind. 150 x 150 cm) – Unterfahrbares Mobiliar – Extra breite, hydraulisch verstellbare Untersuchungsliege – Sehr variabel verstellbarer gynäkologischer Stuhl – Lifter	<u>Medizinische Ausstattung/ Untersuchungsräume:</u> – Schalldämmung – Lifter	<u>Medizinische Ausstattung/ Untersuchungsräume:</u> – Unterschiedliche Räume für Beratung und Untersuchung (durch Vorhang getrennt) – Kein Lifter (bei Bedarf von Station holbar)	<u>Medizinische Ausstattung/ Untersuchungsräume:</u> – Schalldämmung – Unterfahrbares Mobiliar – Extra breite, hydraulisch verstellbare Untersuchungsliege – Sonstiges: Raumtrennung Beratung/ Untersuchung durch Vorhang
	<u>Untersuchungsstuhl:</u> – Höhenverstellbar – Auf Höhe absenkbar, die Sitzhöhe in einem Rollstuhl entspricht – Leicht verstellbare/ abzunehmende Elemente (Beinstützen) – Hebelifter	<u>Untersuchungsstuhl:</u> – Ohne Stufen begehbar – Höhenverstellbar – Auf Höhe absenkbar, die Sitzhöhe in einem Rollstuhl entspricht – Leicht verstellbare/ abzunehmende Elemente (Beinstützen) – Hebelifter	<u>Untersuchungsstuhl:</u> – Höhenverstellbar – Auf Höhe absenkbar, die Sitzhöhe in einem Rollstuhl entspricht – Leicht verstellbare/ abzunehmende Elemente (Beinstützen) – Hebelifter	<u>Untersuchungsstuhl:</u> – Ohne Stufen begehbar – Höhenverstellbar – Auf Höhe absenkbar, die Sitzhöhe in einem Rollstuhl entspricht – Leicht verstellbare/ abzunehmende Elemente (Beinstützen) – Verbindungsrutsche	<u>Untersuchungsstuhl:</u> – Ohne Stufen begehbar – Höhenverstellbar – Auf Höhe absenkbar, die Sitzhöhe in einem Rollstuhl entspricht – Leicht verstellbare/ abzunehmende Elemente (Beinstützen) – Hebelifter – Verbindungsrutsche
Patientenfeedback/ Evaluation	– Regelmäßige Evaluation der Untersuchungen durch Fragebogenerhebung.	– Begleitforschung wurde angedacht, wurde jedoch von Vertragspartnern abgelehnt. Gynäkologen	– Feedback: offiziell nicht vorgesehen, aber es kommen gelegentlich E-Mails, in denen die	– Allgemeine Patientinnen-evaluation (ambulant und stationär).	– Bisher noch keine Evaluation, aber Interesse besteht.

	– Frauen mit kognitiver Beeinträchtigung können eventuell den Fragebogen in leichter Sprache beantworten.	führen eigene Statistik, wer in die Praxis kommt. – Früher gab es Evaluationsbögen: hier wurde z. B. Terminvergabe kritisiert und diese dann angepasst.	Frauen Fragen stellen, Ergebnisse mitteilen, und sich manchmal auch bedanken – 1x wurde <i>Sanego</i> (Bewertungswebsite) als Feedbackmöglichkeit genutzt.		
Öffentlichkeitsarbeit/ Kommunikation					
Werbung für das Angebot	– Über Träger der Behindertenhilfe, Information im „Gesundheitswegweiser Berlin Lichtenberg“ – Vernetzung in Gremien, Runden Tischen und weitere Netzwerke – Informationen auf Homepage, Mund-zu-Mund-Propaganda	– Zu Beginn Berichte in der lokalen Presse; (kostenlose) Zeitschriften; Bekanntmachung des Vorhabens bei einer Auftaktveranstaltung. – Lokaler Fernsehsender hat noch nicht über Praxis berichtet (warum ist nicht bekannt) – Plakataktion, Flyer (unter anderem in öffentlichen Verkehrsmitteln, Einrichtungen), Einbezug aller relevanten Akteure (z. B. Pflegedienste, Gynäkologinnen und Gynäkologen) – Umland wurde durch genutzte Medien nicht erreicht (nur Radius Bremen) – Internetseite/ Suchmaschine (hierfür muss die Praxis jedoch erst einmal bekannt sein)	– Pressemitteilung 03/2018 im Zusammenhang mit der Übergabe; – Geplant waren auch Flyer (wurde angeregt, bisher keine Rückmeldung), die in Einrichtungen verteilt werden sollen.	– Gründung: Die Ambulanz wurde offiziell eröffnet (u.a. mit Anstoßgeberin, Behindertenbeauftragten, bayrischer Gesundheitsministerin). Es musste darauf vertraut werden, dass die Zielgruppe über Mund-zu-Mund-Propaganda, Selbsthilfegruppen, Internet erreicht wird (und nicht über die Netzwerke der Frauen mit Behinderungen). – Vorstellung der Ambulanz bei Aktion: „Bayern bewegt sich“ – Auszeichnung der Frauenklinik mit dem Signet „Bayern barrierefrei“ der Bayerischen Staatsregierung im Jahr 2017. – Aktuell: Internetseite, Flyer (liegen vor allem in der Klinik aus). – Newsletter der Klinik, Zeitungsbericht, Integrative Veranstaltung auf dem Marktplatz, hier gab es einen Stand, Stand bei Univeranstaltung	– Über andere Institutionen, viele Multiplikatoren kennen Angebot, Homepage, externe Veranstaltungen und durch Materialien – „Werbung“ für das Angebot läuft vor allem über andere Angebote des <i>CeBeeF</i> mit „attraktiveren Themen“, bei denen die Frauen auf das gynäkologische Angebot aufmerksam gemacht werden. – Es ist dennoch schwierig, die betroffenen Frauen zu sensibilisieren und zu mobilisieren

Vernetzung mit anderen Akteuren/ Initiatoren/ Ambulanzen	– Kooperation mit einem Nachbarschaftszentrum, mit <i>pro familia</i>, mit der <i>Lebenshilfe</i> und mit dem <i>Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF)</i> e.V. – Bisher noch keine Vernetzung mit anderen Angeboten, Wunsch besteht	– Angebot in Frankfurt und Dachau bekannt und tlw. eingesehen.	– Es gab keinen Austausch mit anderen Gynäkologinnen. – Jetzige Ärztin tauscht sich oft mit Vorgängerin aus – Keine Koop. mit Behindertenhilfe – Gynäkologin plant Vernetzung mit Erlangen, um Erfahrungen auszutauschen. Möchte sich auch mit der Ambulanz in Schwabing vernetzen.		– Wichtigster Vernetzungspartner ist <i>CeBeeF</i> – Netzwerkpartner sind Einrichtungen der Behindertenhilfe, Selbsthilfegruppen, "Liebe unbehindert" im Bereich der Sexualpädagogik, Klientinnen können demnach hier weitervermittelt werden – Es besteht Kontakt zur <i>Uniklinik Frankfurt</i> und zwei weiteren Kliniken, mit denen die Einrichtung zusammenarbeitet.
Rechtliche Grundlagen und Finanzierung					
Rechtliche Grundlage (Ermächtigung)	– Angebot verfügt über eine Institutsermächtigung; eine der 3 Ärztinnen hat eine Teilermächtigung für das Angebot der gynäkologischen Untersuchung.	– Niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen beantragen bei KV Bremen jeweils einzeln eine Ermächtigung zum Betreiben einer Filialpraxis.	– Eine Krankenhausärztin ist zur Ausübung der Tätigkeit in der Spezialambulanz ermächtigt (persönliche Ermächtigung) – Ermächtigung umfasst nur mobilitätseingeschränkte Frauen.	– Gesamtzulassung (Poliklinik = Universitätskliniken haben Anspruch auf ambulante Versorgung zu Forschung und Lehre) = alle angestellten Ärztinnen und Ärzte können in der Sprechstunde tätig sein. – Keine weiteren Bedingungen an die Behandlung von Patientinnen geknüpft. Keine Fallbeschränkung.	– Gynäkologin verfügt über eine (eingeschränkte) Ermächtigung.
Finanzierung	<u>Vergütung der ärztlichen Leistungen/ Abrechnung:</u> – Mischfinanzierung: je nach Angebot (Gynäkologie, Sexualpädagogik, Schwangerschaftsabbruch)	<u>Vergütung der ärztlichen Leistungen/ Abrechnung:</u> – Gynäkologinnen und Gynäkologen rechnen Leistungen jeweils mit KV Bremen ab.	<u>Vergütung der ärztlichen Leistungen/ Abrechnung:</u> – Abrechnung über begrenzten Leistungskatalog mit KV Bayern – Keine Zuschlagsvereinbarungen	<u>Vergütung der ärztlichen Leistungen/ Abrechnung:</u> – Pauschale von 94€ pro Quartal und Patientin (=ambulante Erlöse), unabhängig vom Versorgungsaufwand. – Keine Fallbezogene Kalkulation	<u>Vergütung der ärztlichen Leistungen/ Abrechnung:</u> – Mischfinanzierung: Abrechnung über begrenzten Leistungskatalog mit KV Hessen, allerdings nur Leistungen zum Thema Verhütung

	– Abrechnung über begrenzten Leistungskatalog mit <i>KV Berlin</i>. – Weiterhin wird das Angebot durch den Senat bezuschusst. Problem: Abrechnung über die <i>KV Berlin</i> nicht kostendeckend, ohne Bezuschussung wäre die Versorgung so nicht möglich. Um Angebot weiter auszubauen, ist eine höhere Finanzierung notwendig.			– Privatabrechnung über GOÄ – Keine weiteren Versorgungsverträge Problem: Fallbezogene Pauschale deckt die laufenden Kosten ab, nicht ausreichend, um den Personal- und Zeitaufwand abzudecken. Die Kosten für die Ambulanz kann nur über die anderen Spezialsprechstunden/ Leistungen an der Frauenklinik querfinanziert werden.	– Bezuschussung durch die Stadt Frankfurt in Höhe von 32.000€/ Jahr durch Kooperation mit <i>CeBeeF</i> Problem: Kooperationsförderung muss regelmäßig neu beantragt werden. Ohne Förderung der Stadt Frankfurt wäre Erbringung des Angebotes nicht möglich, da Abrechnung über <i>KV</i> nicht kostendeckend. (Finanzierung ist Hauptproblem dieses Angebots.)
--	--	--	--	--	---

	<u>Finanzierung Personal/ Umbau/ Investitionen:</u> – Personal im <i>FPZ</i> angestellt – Anschubfinanzierung durch Stiftung der <i>Aktion Mensch</i> für Aufbau eines Beratungsangebots für Menschen mit Behinderung 2001-2004 – Anschubfinanzierung durch <i>Lotto-Stiftung</i> (Umbaumaßnahmen) – Beiträge Nutzerinnen und Nutzer, Spenden, <i>FPZ</i> – Zuschüsse des Senats	<u>Finanzierung Personal/ Umbau/ Investitionen:</u> – 25.000€ Anschubfinanzierung durch das Gesundheitsresort der Stadt Bremen für den Umbau – 5.000€ Anschubfinanzierung durch die Bremische Ärztekammer – Klinikum stellt nichtärztliches Personal, Räume, Einrichtung – <i>Helmut & Ruth Märtens-Stiftung</i> (gynäkologische Stuhl, Ultraschallgerät, wahrscheinlich auch höhenverstellbare, breite Liege) – Spenden	<u>Finanzierung Umbau/ Investitionen:</u> – Klinik stellt Personal und Räumlichkeiten – Ärztin am Klinikum angestellt, bekommt einen Teil der Stunden, die sie in der Ambulanz tätig ist, vergütet, der Rest wird ehrenamtlich ausgeführt. – Keine Umbaukosten, da barrierefreier Zugang bereits gegeben – Angeschafft wurde ein Lifter ; verstellbare gynäkologische Stühle waren bereits vorher vorhanden – Anschubfinanzierung durch <i>Zenith, Bayrische Landesstiftung, SZ Adventskalender</i>; Schirmfrau Nina Ruge	<u>Finanzierung Umbau/ Investitionen:</u> – Personal am Klinikum angestellt – Reine Eigenfinanzierung durch Krankenhaus (Kosten-Erlös-Prinzip) – Kosten für Sprechstunden werden durch die anderen Leistungen des Krankenhauses gedeckt	<u>Finanzierung Umbau/ Investitionen:</u> – Anschubfinanzierung der Stadt FFM
Zentrale Hindernisse und Erfolgsfaktoren	<u>Erfolgsfaktoren:</u> – Interdisziplinäres und ganzheitliches Angebot. Alles zum Thema Frauengesundheit und Sexualpädagogik in einem Zentrum. – <i>FPZ</i> in Berlin bekannt und etabliert.	<u>Hindernisse:</u> – Lange Verhandlungen mit der <i>KV Bremen</i>. – Finanzierung schwierig (keine öffentlichen Gelder verfügbar, viel ehrenamtliches Engagement) – Aufbau des <i>Runden Tisch</i>es zäher Prozess <u>Erfolgsfaktoren:</u> – Idee stieß auf viel Zustimmung und Engagement seitens der beteiligten Akteur*innen	<u>Hindernisse:</u> – Lange Verhandlungen mit der <i>KV Bayern</i> (7 Jahre) – Gründungsprozess und Verhandlungen waren sehr mühsam. – Standort Dachau für viele Frauen aus dem Raum München schwer zu erreichen. <u>Erfolgsfaktoren:</u> – (Ehrenamtliches) Engagement der Ärztinnen, In-foveranstaltung und Öffentlichkeitsarbeit Netzwerkfrauen, Erfahrungsaustausch betroffener	<u>Erfolgsfaktoren:</u> – Vorhandene Infrastruktur – Interdisziplinäre Arbeit – Kurze Wege – Da eine Renovierung der Klinik ohnehin anstand, konnte die Umsetzung des Vorhabens inklusive Einbau behindertengerechter Aufzüge schneller realisiert werden.	<u>Erfolgsfaktoren:</u> – Kooperation mit dem <i>CeBeeF</i> – „Werbung“ für das Angebot läuft vor allem über andere Angebote des <i>CeBeeF</i> mit „attraktiveren Themen“, bei denen die Frauen auf das gynäkologische Angebot aufmerksam gemacht werden. – Finanzielle Unterstützung durch die Stadt Frankfurt. – Angebot ist fest etabliert, gewollt und „Prestigeobjekt“

			Frauen mit wissenschaftlicher Begleitung; Networking, z. B. auch Spendenakquise für Anschubfinanzierung und Kooperationspartner – Keine Umbaukosten, da Barrierefreiheit bereits gegeben		
--	--	--	---	--	--

Tabelle 12: Ergebnisse der Befragung der zusätzlich ermittelten gynäkologischen Angebote. (Quelle: eigene Darstellung)

	Berlin: pro familia Beratungs- stelle	Bielefeld: Facharztambulanz Gynä- kologie Krankenhaus Mara, Bethel	Hamburg: pro familia Beratungs- stelle	München: gynäkologische Sprech- stunde für Mädchen und Frauen mit Mobilitätsein- schränkungen in Mün- chen Schwabing ¹⁸	Ursberg: Medizinisches Versor- gungszentrum Ursberg
Entstehungsgeschichte und organisatorischer Rahmen					
Art des Angebotes	– Die Sprechstunde ist in der <i>pro familia</i> Beratungsstelle Berlin angesiedelt. Eine bei <i>pro familia</i> angestellte Gynäkologin bietet die Sprechstunde an.	– Die Facharztambulanz ist an das <i>Krankenhaus Mara</i> angegliedert und wird von einer niedergelassenen Gynäkologin angeboten.	– Die Sprechstunde ist in der <i>pro familia</i> Beratungsstelle Berlin angesiedelt. Eine bei <i>pro familia</i> angestellte Gynäkologin bietet die Sprechstunde an.	– Angliederung der gynäkologischen Sprechstunde an das Klinikum Schwabing durch den Verbund mehrere niedergelassener Gynäkologinnen und Gynäkologen (nach dem Vorbild des Bremer Angebots). – Praxis soll in den Räumlichkeiten des Klinikums Schwabing angesiedelt werden aber ansonsten unabhängig vom Klinikum sein. Eröffnung voraussichtlich Mitte 2019	– Die Sprechstunde ist Teil des <i>MVZ Ursberg</i> und wird von einem niedergelassenen Gynäkologen angeboten.
Hintergrund/ Entstehung	– Schon immer Konzept für sexuelle Bildung für Menschen mit Behinderungen über die sexualpädagogischen Angebote bei <i>pro familia</i> . – Über dieses Fachteam/ die Organisation wurde Bedarf nach Durchführung von Krebsfrüherkennungen für Frauen mit Behinderungen ersichtlich.	– Gyn. Facharztambulanz existiert seit 1981 – Stiftungsbereich fördert das gesamte Facharztambulanz-Angebot (niedergelassene Ärztinnen und Ärzten in verschiedenen Facharztambulanzen für Menschen mit Behinderungen).	– Einrichtungen von <i>pro familia</i> sind schon immer offen für Menschen mit Behinderungen und verfügen über ein breites Angebot – Großer Bedarf für gynäkologisches (Beratungs-) Angebot für Frauen und Mädchen festgestellt. Umbaumaßnahmen für mehr Barrierefreiheit vorgenommen (2011).	– Ab 2002: <i>Netzwerkfrauen</i> setzten sich aufgrund der Defizite in der gynäkologischen Versorgung für eine Spezialambulanz in Bayern ein. Zunächst Gründung in Dachau. Aber es sollte auch eine Ambulanz in München geben. – Sommer 2013 Münchener Aktionsplan: beinhalten	– Gynäkologisches Untersuchungsangebot für Frauen mit Behinderungen im <i>MVZ Ursberg</i> besteht bereits seit vielen Jahren (jetziger Arzt ist als Nachfolger in das Angebot eingestiegen)

¹⁸ Zusätzlich zu der Durchführung telefonischer Experteninterviews erfolgte eine Dokumentenanalyse der Sitzungsvorlage Nr. 14-20/V 12080 der RGU München (Referat für Gesundheit und Umwelt, 2018)

			– Öffnung des gyn. Vorsorge-Angebotes erst im Laufe der Zeit für Frauen mit Behinderungen.	tete eine Maßnahme „Initiierung bedarfsgerechter ambulanter gynäkologische Versorgungsstrukturen für Mobilitätsbehinderte Frauen; das war die Grundlage – 2013: Bei einer Abfrage bei Münchener Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie Mammografie-Screening-Einheiten hat sich die Mehrheit der Befragten für die Implementierung eines Angebotes ausgesprochen. – 2016 Auftrag vom Stadtrat an <i>Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU)</i> zur Einrichtung eines Angebotes in München – Gründung einer Arbeitsgruppe unter Federführung des <i>RGU</i>, ca. vierteljährliche Treffen, nicht immer mit allen Beteiligten – <i>Netzwerkfrauen-Bayern</i> ließen u.a. Vorerfahrungen aus dem Aufbau der gynäkologischen Spezialambulanz in Dachau einfließen und verwiesen darauf, dass auch andere Formen von (Mehrfach-) Behinderungen mitbedacht werden müssen) – Herbst 2018 Vorstellung und Genehmigung des Konzeptes durch Stadtrat/Gesundheits- und	
--	--	--	---	--	--

				Umweltausschüsse (Beschlussvorlage); hierbei auch Festlegung auf Räumlichkeiten im München-Klinikum Schwabing – Antrag der Grünen/Rosa Liste: auch Prüfung, welche Versorgungsstrukturen Frauen mit anderen Behinderungsformen brauchen. Dieser Antrag wurde ebenfalls angenommen. Hierfür soll das <i>RGU</i> bis Ende 2019 ein Konzept für erarbeiten. – Dezember 2018 erstes Umsetzungstreffen im Klinikum – Alle Gynäkologen im Münchener Raum wurden angeschrieben, ob sie interessiert sind, bei dem Angebot mitzuarbeiten. – Mitte 2019 Start der 3jährigen Projektphase geplant.	
Beteiligte Akteure	<i>Pro familia</i> Berlin	Stiftungsbereich <i>Mara</i> , niedergelassene Ärztin	<i>Pro familia</i> Hamburg	<u>Runder Tisch (Leitung durch <i>RGU</i> und nach Vorbild des Bremer Modells):</u> – Gleichstellungsstelle für Frauen (Direktorium) – <i>KV Bayern</i> – Städtisches Klinikum München Schwabing – Berufsverband der Frauenärztinnen und Frauenärzte – Netzwerkfrauen Bayern	<i>MVZ Ursberg</i> , niedergelassener Arzt

				– <i>Koordinierungs-Büro zur Umsetzung der UN BRK München.</i> <u>Aufgaben:</u> – RGU: Gesamtkoordination des Projektes/ der Finanzierung; Öffentlichkeitsarbeit, Organisation von Schulungen; Entwicklung und Evaluation des Projektes – Städtisches Klinikum Schwabing: Bereitstellung der barrierefreien Räumlichkeiten und Pflegekraft, medizinische Sachmittel, gyn. Sonografiegerät (unentgeltlich) – KV: Terminkoordination, Organisation der Sprechstunde mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Unterstützung bei der Administration in der Vorbereitungsphase, Verhandlungen mit KK über Abrechnung, fachliche Beratung und Begleitung – Ärztinnen und Ärzte: Anbieten der gynäkologischen Sprechstunde – Netzwerkfrauen Bayern: Öffentlichkeitsarbeit, fachliche Beratung – Berufsverband der Frauenärzte: Information der niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzte in München, fachliche Beratung	
--	--	--	--	---	--

				– Koordinierungsbüro: Übernahme der Kosten für den mobilen Hebelfter, fachliche Beratung und Begleitung.	
Standortwahl	– Einrichtung bestand bereits, wurde nur um ein barrierefreies Angebot erweitert.	– Mara hat bereits eine lange Tradition als Krankenhaus für Menschen mit Behinderungen.	– Einrichtung bestand bereits, wurde nur um ein barrierefreies Angebot erweitert.	– Ergänzung zum Angebot in Dachau, da Dachau gerade für mobilitätsbeeinträchtigte Frauen schwer zu erreichen ist. – Angliederung der Ambulanz an Klinikum Schwabing: sowohl interne Barrierefreiheit, ausreichendes Platzangebot, als auch gute Anbindung an öffentlichen Nahverkehr.	– Die Behandlungen finden in den Räumen des MVZ Ursberg statt. – Vorteil: Patientinnen sind in ihrer gewohnten Umgebung (die Behandlungsräume sind auf dem Gelände der Behinderteneinrichtung Ursberg), was die Teilnahme an der gynäkologischen Versorgung einfacher macht.
Personal	– Untersuchungen werden von einer Gynäkologin von <i>pro familia</i> durchgeführt. Kein weiteres Personal bei der Untersuchung. Ärztin: „ich bin das jetzt so gewöhnt“.	– Eine niedergelassene Gynäkologin. – Pflegepersonal (2-3) sind Angestellte der Klinik, werden für diesen Zeitraum über Stiftungsgeld finanziert.	k. A.	– Sprechstundenangebote niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, bisher 12 Interessierte – Möglichst großer Grundstock an Ärztinnen und Ärzten geplant, damit die Patientinnen möglichst frei wählen können – Es soll eine Schulung für den Umgang mit Menschen mit Behinderung geben für die Ärztinnen und Ärzte, die den Dienst übernehmen.	– Niedergelassener Gynäkologe. – Die Arzthelferinnen stellt MVZ Ursberg. Diese sind sehr erfahren, gut geschult und beherrschen Gebärdensprache.
Inanspruchnahme/Versorgungssituation/ Konzept					
Konzept des Angebotes (Zielgruppe, weitere Ziele...)	<u>Konzept:</u> – Multiprofessionalität, Offenheit für Vielfalt, Integration in das Beratungs-	<u>Konzept:</u> k. A.	<u>Konzept:</u> – Zunächst Versuch, in die Regelversorgung zu vermitteln, da keine Zulassung und daher keine	<u>Konzept:</u> – Bremer Modell als Vorbild (mehrere Ärztinnen und Ärzte).	<u>Konzept:</u> – Untersuchungen in den Räumen des MVZ Ursberg. – Patientinnen kommen mit ihren Wohngruppen zu

	konzept, Arbeit mit Menschen mit Behinderungen ist selbstverständlich. <u>Zielgruppe:</u> – Vor allem Frauen mit Lernbehinderungen und ältere Frauen mit Bewegungseinschränkungen. Oft sind es Frauen, die aus der <i>pro familia</i>-Beratung kommen. Viele Frauen aus dem betreuten Wohnen.	<u>Zielgruppe:</u> – Frauen mit einer geistigen Behinderung, die aber auch häufig eine körperliche Behinderung haben; überwiegend sehr schwer kognitiv eingeschränkte Patientinnen, meist keine Kommunikation möglich, meistens Frauen aus dem Heimbereich.	„vollwertige Untersuchung“ möglich: keine Ultraschallgerät und keine Ausstellung von Rezepten. <u>Zielgruppe:</u> – Frauen mit körperlichen Beeinträchtigungen, Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen.	<u>Zielgruppe:</u> – Fokus ausschließlich auf Frauen mit Mobilitätseinschränkungen. – Ausweitung des Versorgungsangebotes auf weitere Zielgruppen soll nach Ablauf der Pilotphase geprüft werden.	den Terminen (etwa 10 Patientinnen und 2 Betreuerinnen). – Auch Hausbesuche für bettlägerige Patientinnen. <u>Zielgruppe:</u> – Die meisten Patientinnen sind kognitiv (sehr stark) beeinträchtigt und multimorbide. Körperliche (zumindest leichte) und kognitive Beeinträchtigung.
Inanspruchnahme	– Keine Daten zur Inanspruchnahmen, diese ist sehr wechselhaft.	– Etwa 4-6 Patientinnen/Monat. – Angebot ist nicht ausgelastet, Bedarf scheint nicht so groß zu sein.	– Keine Statistik, Schätzung: 2-5 im Monat. – Keine große Anzahl an Patientinnen, da i.d.R. mehrere Termine notwendig sind, bis Untersuchung stattfinden kann.	– Aufgrund der ungenügenden Daten über Anzahl der mobilitätseingeschränkten Frauen in München ist Umfang des Versorgungsbedarfes bisher nur schwer abschätzbar.	– Patientinnen kommen in ihren Wohngruppen (bis zu 20 Patientinnen pro Tag). – Zulauf zunehmend.
Terminvergabe und Anmeldung	<u>Sprechzeiten:</u> – Keine feste Sprechstunde, Angebot richtet sich nach Bedarf. – Behandlung der Frauen mit Behinderungen aufgrund des hohen Zeitaufwandes nicht während der offenen Sprechstunde.	<u>Sprechzeiten:</u> – Sprechstunde 1x mtl. <u>Terminvergabe:</u> – Terminvergabe erfolgt über <i>Mara</i>.	<u>Sprechzeiten:</u> – Keine Sprechstunde, nur terminierte Untersuchungen.	<u>Sprechzeiten:</u> – Möglichst flexible Zeiten für das Angebot, so dass es sowohl vor- als auch nachmittags oder in den Abendstunden möglich ist, Termine zu machen. <u>Terminvergabe:</u> – Über die <i>KV Bayern</i>.	<u>Sprechzeiten:</u> – In der Regel 2mal im Monat; Turnus jedoch wechselhaft je nach Bedarf. Im Moment eher alle 4 Wochen. Bei Bedarf auch häufiger. <u>Terminvergabe:</u> – Terminvergabe über <i>MZV Ursberg</i>. – Termine werden weit im Voraus geplant. I.d.R.

					werden die Termine mit den Wohngruppen vereinbart (mind. 1mal im Jahr).
Ablauf der Versorgung	<u>Eingeplante Zeit pro Patientin:</u> -Mind. 30-40 Minuten. Erstkontakt i.d.R. auch länger. <u>Behandlungsanlässe:</u> - Basisversorgung, Entzündungen, Probleme mit der Brust, Vorsorge. Keine Einschränkung. - Sonografie der Brust (fachlich) nicht möglich. - Z. T. Überweisung an <i>Balance</i>.	<u>Eingeplante Zeit pro Patientin:</u> - Jeweils ¼ Stunde, Verlängerung problemlos möglich. Frauen werden in Umkleieräumen vorbereitet, so dass die reine Zeit bei der Ärztin so kurz sein kann. <u>Behandlungsanlässe:</u> - Blutungsstörungen, gyn. Vorsorge, Verhaltensveränderungen (oft stationär abzuklären). - Frauen mit Epilepsie werden im Epilepsiezentrum behandelt.	<u>Behandlungsanlässe:</u> - Anlass wird im Vorgespräch erfragt. - Vielfältig (Pille, Gespräch über Verhütung, Beratung von Eltern, Kinderwunsch, Routinevorsorge-Untersuchungen...).	<u>Behandlungsanlässe:</u> - Angebot soll Früherkennung, Behandlung von gynäkologischen Beschwerden, Beratung zur Verhütung, Kinderwunsch- und Sexualberatung umfassen.	<u>Eingeplante Zeit pro Patientin:</u> - Frauen werden parallel vorbereitet (2 Räume), Untersuchung daher recht zügig. <u>Behandlungsanlässe:</u> - Hauptsächlich Vorsorgeuntersuchungen. - Nicht alle Untersuchungen können in Ursberg vorgenommen werden (z.B. Sonographie). In diesen Fällen werden die Patientinnen dann in die Praxis bestellt
Gestaltung/ Ausstattung des Angebotes	- Eingeschränkte Barrierefreiheit. <u>Lage und Merkmale der Praxisräume:</u> - Zugang ohne Stufen möglich (über Parkplatz). Eingang ist breit, für elektrische Rollstühle passierbar. Gesprächsraum, Beratungsraum, Untersuchungsraum, Rollstuhlgerechte Toilette, keine Schwellen.	<u>Lage und Merkmale der Praxisräume:</u> - Zwei Umkleieräume, in denen parallel umgekleidet werden kann, und die Untersuchung zeitlich entlastet ist; viel Platz.	- Fast komplett barrierefrei. <u>Lage und Merkmale der Praxisräume:</u> - Die Haupteingangstür ist noch nicht selbstöffnend. Mobiliar unterfahrbar, Türen selbstöffnend, PVC-Boden statt Teppich, Lifter (Ärztinnen haben Liftertraining), barrierefreie Toilette. kein Ultraschallgerät (deswegen kann keine „vollwertige“ gynäkologische Untersuchung angeboten werden)	- Anforderungen an die gynäkologische Versorgung für mobilitätseingeschränkte Frauen des Landesfrauenrates dienen als Grundlage für die Umsetzung (RGU 2018).	- Bauliche Barrierefreiheit gegeben. <u>Lage und Merkmale der Praxisräume:</u> - Zwei Untersuchungsräume (1x Liege, 1x Gynäkologischer Stuhl) - Patientinnen werden parallel vorbereitet, Untersuchung daher recht zügig.

	<u>Untersuchungsstuhl:</u> – Höhenverstellbarer Untersuchungsstuhl. – Mechanischer Lifter.	<u>Untersuchungsstuhl:</u> – Untersuchungsliege, die zum gyn. Stuhl umgebaut werden kann. – Kein Lifter (kann aber hingestellt werden, wenn die Heime dies mitbringen, was aber eher selten ist).	– Umbau für mobilitätseingeschränkte und sehbehinderte Menschen. <u>Untersuchungsstuhl:</u> – Verstellbarer gynäkologischer Stuhl.		
Öffentlichkeitsarbeit/ Kommunikation					
Werbung für das Angebot	– Keine Werbung: Weiterempfehlung vom Netzwerk behinderter Frauen und Mund-Mund-Propaganda. – Frauen kommen auch über die anderen Angebote der <i>pro familia</i> (Sexualpädagogik) in Sprechstunde.	– Mund-zu-Mund-Propaganda. – Angebot bei Ärztinnen und Ärzten in Bielefeld bekannt.	– Mund-zu-Mund-Propaganda. (Da es keine Ermächtigung gibt, wird auch nicht für das Angebot geworben). – Mund-zu-Mund-Propaganda. Angebot bei Ärztinnen und Ärzten in Bielefeld bekannt.	– Eröffnungsveranstaltung direkt in den Räumlichkeiten geplant. – Gezielte Öffentlichkeitsarbeit geplant, um möglichst viele Frauen und Mädchen zu erreichen, insbesondere die, die keine gynäkologische Versorgung erhalten.	– Keine Öffentlichkeitsarbeit nach außen. – Das Angebot ist in Ursberg bekannt (<i>MVZ Ursberg</i> ist einer großen Einrichtung für Menschen mit Behinderungen mit vielen Außenstätten angeschlossen).
Rechtliche Grundlagen und Finanzierung					
Rechtliche Grundlage (Ermächtigung)	– „Kleine Ermächtigung“ (Bestimmte Leistungen können nicht erbracht werden, hier wird weitergeleitet. z. B. Mammographie, Mammasonographie, Narkoseuntersuchung).	– Angebot gilt als normale gynäkologische Sprechstunde (keine zusätzliche Ermächtigung erforderlich).	– Keine Zulassung durch die <i>KV Hamburg</i> . – Teil-Zulassung für spezielle Klientel wurde beantragt, Bestreben aber gescheitert.	– Ambulante Filialeröffnung durch niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen. – Ermächtigung der Ärztinnen und Ärzte des Klinikums Schwabings wie in Dachau ist aufgrund der bestehenden Überversorgung in München nicht möglich.	– Angebot muss bei der KV als Nebenbetriebsstätte gemeldet werden (Filialpraxis).
Finanzierung	<u>Vergütung der ärztlichen Leistungen/ Abrechnung:</u>	<u>Vergütung der ärztlichen Leistungen/ Abrechnung:</u>	<u>Vergütung der ärztlichen Leistungen/ Abrechnung:</u>	<u>Vergütung der ärztlichen Leistungen/ Abrechnung:</u>	<u>Vergütung der ärztlichen Leistungen/ Abrechnung:</u> – Abrechnung über die KK.

	– Mischfinanzierung: Abrechnung über begrenzten Leistungskatalog mit KV Berlin, Stadt Berlin/ Senatsverwaltung bezuschusst Angebot. Problem: – <i>Pro familia</i> wird nicht für gyn. Sprechstundenangebot finanziert sondern für Themen der Sexualpädagogik. <u>Finanzierung Personal/ Umbau/ Investitionen:</u> – Finanzierung des Mobiliars über Gelder der Lotto-stiftung (Stuhl). Finanzierung des Lifters nicht bekannt (über <i>pro familia</i> oder über Zuschuss). Umbaumaßnahmen der Räume im EG: hier hat sich der Vermieter mit beteiligt.	– Keine Zuschlagsvereinbarungen, auch nicht bei konsiliarischen Untersuchungen – Arbeit hat eher ideellen Wert, wirtschaftlich rechnet es sich nicht. <u>Finanzierung Personal/ Umbau/ Investitionen:</u> – Pflegepersonal sind Angestellte der Klinik, werden für diesen Zeitraum vom Stiftungsgeld bezahlt. – Finanzierung über Stiftungsbereich sehr komfortabel.	– Keine Abrechnung möglich. <u>Finanzierung Personal/ Umbau/ Investitionen:</u> – <i>Pro familia</i> (Personal) – Barrierefreier Umbau/ Inventar wahrscheinlich über die Stadt Hamburg mitfinanziert.	– Abrechnung über KV Bayern. <u>Gesamtkosten:</u> – Kosten betragen 26.750€ (2019) und jeweils 22.500€ in den Jahren 2020-2021. <u>Finanzierung Personal/ Umbau/ Investitionen:</u> – Personalkosten werden über bereitstehende Gelder finanziert. – Klinikum stellt Räumlichkeiten, Sachmittel, Sonografiegerät (bekommt jährlichen Zuschuss) – mobiler Hebelifter durch Sozialreferat-Koordinierungsbüro (Inklusionsfond) – <i>RGU/ Stadt München</i>	– keine weiteren Zuschlagsvereinbarungen. – Besuche in den Wohngruppen können gesondert abgerechnet werden. (normale Kassenabrechnung). <u>Finanzierung Personal/ Umbau/ Investitionen:</u> – Angebot wird über den Träger finanziert (<i>Domenicus Ringeisen Werk</i>).
Zentrale Hindernisse und Erfolgsfaktoren	– Verbesserungsbedarf: Angemessene Finanzierung, Abbildung der Arbeitszeit, Unterstützung der Ausstattung (Instrumente).	– Standortvorteil: Kooperation mit der Klinik. – Schwierig, in Zukunft Nachfolger für das Angebot zu finden.	– Finanzierung, fehlende Zulassung.	– Engagement und Hartnäckigkeit der Beteiligten. – UN-BRK als Rechtsgrundlage, sowie die Aktionspläne der Stadt München. – Gute Verbindungen von <i>RGU</i> und <i>KV</i>; Netzwerke in der Landeshauptstadt haben funktioniert. – Hindernisse/ Schwierigkeiten: Finanzierung, Finden einer passenden Örtlichkeit.	

Anhang H: Beispiel zielgruppengerechten Optimierung der Arztauskunftsdienste

Wie in Kapitel 6 erwähnt, könnten Informationen über barrierefreie Praxen visuell zielgruppengerecht dargestellt werden. Für eine theoretisch realisierbare Umsetzung wurde das „OpenStreetMap-Tool“¹⁹ (Open Database Lizenz) recherchiert. Das Tool bildet die Möglichkeit, Adressen zu suchen und dort Marker zu setzen. So lässt sich eine Übersicht über vorhandene Praxen beispielhaft darstellen.

Eingepflegt wurden sämtliche bestätigt barrierefreien gynäkologischen Praxen (blaue Marker) sowie beispielhaft die nicht bestätigt barrierefreien Praxen der Zuständigkeitsbereiche der kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Hessen (gelbe Marker). Die grünen Marker stellen die identifizierten gynäkologischen Spezialambulanzen dar.

Die Karte lässt sich mit den aktuellen Einstellungen mit einem Link öffnen²⁰ und nicht über öffentliche Suchmaschinen finden.



Abbildung 2: Beispiel für eine (interaktiv nutzbare) Karte aller barrierefreien gynäkologischen Praxen in Deutschland

Durch ein Inhaltsfeld gibt es die Möglichkeit, die identifizierten barrierefreien Merkmale den jeweiligen Praxen zuzuordnen, sodass bei der Auswahl eines Merkmals der Praxisname und die Beschreibung in Form der Merkmale, angezeigt werden (siehe Abbildung 3). Solch eine Kartenansicht könnte online für Frauen mit Behinderung eingerichtet werden. So müsste theoretisch nur die eigene Adresse in das Suchfeld eingegeben werden, um den Umkreis des eigenen Wohnraumes auf verfügbare Angebote zu überprüfen. Bei dieser interaktiven Karte ist von großem Vorteil, dass es möglich ist, auf verschiedenen Ebenen zu arbeiten.

¹⁹ <https://www.openstreetmap.de/>

²⁰ http://umap.openstreetmap.fr/de/map/bestätigte-barrierefreie-praxen_296697#9/50.5693/8.1052

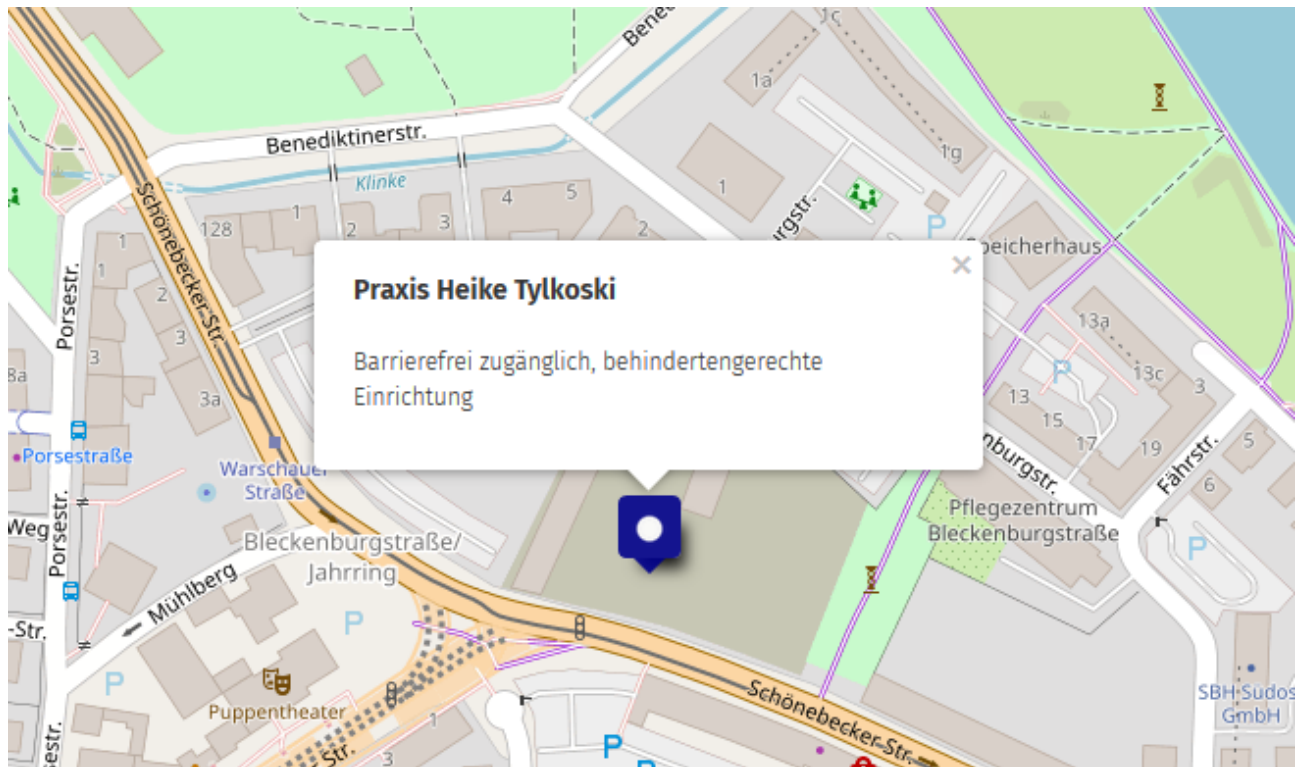


Abbildung 3: Beispiel Praxissuche mit Angabe der jeweiligen Merkmale der Barrierefreiheit

In diesem beispielhaften Format wurden daher die bestätigten und nicht bestätigten Praxen, und die Spezialambulanzen auf jeweils einer Ebene dargestellt. In diesem Fall ist eine bessere Übersicht gewährleistet, wenn nach bestimmten Kriterien gesucht werden soll. In einer realen praktischen Umsetzung könnte somit eine Ebene für eine Behinderungsform (beispielsweise Hörbehinderungen) eingerichtet werden. Es können dann, zusammen mit der Adresse der Praxis, auch die jeweils registrierten Merkmale der Barrierefreiheit aufgerufen werden (vgl. Abb. 4).

Anhang I: Datenschutzvereinbarung



Fakultät für Gesundheitswissenschaften
School of Public Health

Evaluation von Spezialambulanzen und gynäkologischen Sprechstundenangeboten zur gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung von Frauen mit Behinderung (E-GYN-FMB) - Informationsblatt zum Datenschutz -

Wir möchten Sie über die Datenschutzrichtlinien in unserem Projekt informieren. Daher bitten wir Sie, das Nachfolgende aufmerksam zu lesen. Sämtliche im Projekt erhobenen Daten werden gemäß der aktuellen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) behandelt. Im Einzelnen bedeutet dies:

1. Projekt und Erhebungsinstrument

Die in der Studie erhobenen Daten dienen ausschließlich der in der Projektbeschreibung erläuterten Zielsetzung. Das Interview wird als Gedächtnisstütze aufgezeichnet. Daher werden Sie zu Beginn des Interviews um Ihre Einwilligung zur Teilnahme, Aufnahme des Gesprächs und zur Auswertung der Daten gebeten.

2. Freiwilligkeit der Teilnahme und Löschung

Die Einwilligung zur Teilnahme und zur Datenauswertung ist freiwillig und stellt die Rechtsgrundlage der Befragung dar. Sie können auch die Antwort auf einzelne Fragen verweigern. Sie haben jederzeit das Recht, Ihre Einwilligung zu widerrufen und auch nach Beendigung der Datenerhebung die Einschränkung oder Löschung Ihrer Daten zu verlangen. Dadurch entstehen Ihnen keine Nachteile. Im Falle Ihres Widerrufs werden das aufgenommene Interview und die Abschrift sofort vernichtet. Sie haben weiterhin das Recht, sich ggf. bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren. Die pseudonymisierten Transkripte werden für 10 Jahre an die Universität aufbewahrt und anschließend vernichtet. Diese Aufbewahrungszeit entspricht den Empfehlungen der Deutschen Forschungsgemeinschaft DFG zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis, d.h. zur Überprüfbarkeit der Primärdaten von wissenschaftlichen Studien.

3. Anonymität, Trennungsgebot und Kontrolle des Zutritts und des Zugangs

Das Forschungsteam geht sorgfältig mit dem Erzählten um. Die aufgezeichneten Inhalte werden verschriftlicht. Dabei werden personenbezogene Daten pseudonymisiert. Danach werden personenbezogene Daten und Transkripte getrennt aufbewahrt, so dass kein Rückschluss auf die jeweilige

Person mehr möglich ist. Ortsangaben und Organisationsnamen werden jedoch zur Auswertung der Ergebnisse beibehalten, so dass während der Auswertung evtl. Rückschlüsse auf die interviewte Person möglich sind. Nach der Pseudonymisierung werden Rohdaten und Transkripte getrennt, verschlüsselt und in einem Passwortgesichert Datencontainer aufbewahrt. Der Zugriff und die Weiterbearbeitung sind allein den zuständigen Projektmitarbeiter/innen möglich. Weder das aufgenommene Interview noch die Abschrift werden an Dritte außerhalb des Projektes weitergegeben.

4. Verpflichtung auf das Datengeheimnis

Die Abschrift des Gesprächs wird nicht veröffentlicht und ist nur für die Auswertung den Projektmitarbeiter/innen, die auf das Datengeheimnis verpflichtet sind, zugänglich. Die Ergebnisse der Auswertung werden in einem Bericht dem Bundesministerium für Gesundheit übergeben. Die Universität ist berechtigt, Publikationen zur Darstellung der Projektergebnisse zu veröffentlichen. Da Ortsangaben erhalten bleiben, kann dies ggf. zu einem Rückschluss auf die jeweilige Organisation führen. Verantwortliche für die Einhaltung des Datenschutzes für das Projekt: Prof./in Dr. Hornberg (Kontakt s.u.).

Mit herzlichem Dank für Ihre Bereitschaft, uns Auskunft zu geben

Bielefeld den 06.06.2018

Claudia Hornberg
Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
AG7 Umwelt und Gesundheit
Tel.: 0521 - 106-4366 (Sekretariat)

Universität Bielefeld
Universitätsstraße 25
33615 Bielefeld

Öffentliche Verkehrsmittel:
Stadtbahnlinie 4 Richtung
Lohmannshof

Bankverbindung:
WestLB AG, Düsseldorf
BLZ: 300 500 00, Konto: 61 036

Umsatzsteuer-Nr.:
305/5879/0433
Finanzamt Bielefeld Innenstadt

→ www.uni-bielefeld.de