



LANDKREIS  
BREISGAU-  
HOCHSCHWARZWALD

Ergebnisbericht Praxenbefragung 2020

## Ambulant-ärztliche Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen

im Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald und dem Stadtkreis Freiburg



# Vorwort



Anke Glenz

Kommunale Behindertenbeauftragte des Landratsamtes Breisgau-Hochschwarzwald

Sehr geehrte Damen und Herren,

„Umfassende Barrierefreiheit“ von Arztpraxen hat vielerlei Facetten und es gibt mehrere gute Gründe sich mit dem Thema intensiv zu befassen:

Zum einen zeigen verschiedenste Studien weltweit, dass es große Unterschiede bei der Gesundheit und in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen gibt. So bescheinigte zum Beispiel die Weltgesundheitsorganisation noch im Jahr 2018, dass Menschen mit Behinderungen mehr Leistungen zur Gesundheitsvorsorge benötigen, diese Bedarfe aber auch in den Industrieländern nicht hinreichend gedeckt werden [1]. In weiteren Studien wurden diese Befunde für das ganze Spektrum der Gesundheitsleistungen von der Gesundheitsversorgung über die Prävention bis hin zur Gesundheitsförderung dargelegt [2].

Dies steht im Widerspruch zu einer Verpflichtung der UN-Behindertenrechtskonvention, welche in Deutschland bereits im Jahr 2009 ratifiziert wurde. In § 25 heißt es, Menschen mit Behinderungen „das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“ zu garantieren.

Das Thema dieser Forschungsarbeit behandelt dabei jedoch weit mehr als einen stufenfreien Zugang oder einen Aufzug in eine Praxis und betrifft auch weit mehr als die rund 10 % der Bevölkerung, welche mit einer dauerhaften Behinderung lebt und die bei der Erstellung dieser Arbeit umfassend eingebunden wurden. So ist doch der Arzt gerade oft dann unser aller Anlaufstelle, wenn wir nicht mehr ohne jede Einschränkung durch das Leben gehen und wir uns gerade dann in einem Umfeld ohne Hürden – seien sie baulicher, kommunikativer oder struktureller Natur - einfach leichter bewegen.

Nicht zuletzt geht es beim Thema „Umfassende Barrierefreiheit“ auch um einen Teil gesundheitlicher Daseinsvorsorge, bei der Barrierefreiheit von Anfang an mitgedacht werden sollte, um die Standortattraktivität langfristig zu sichern.

Aufgrund der oben beschriebenen Potentiale sowie der Bandbreite des Themas für den Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald und der Stadt Freiburg, haben wir uns dem Thema gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung in einer Arbeitsgruppe der Kommunalen Gesundheitskonferenz gemeinschaftlich angenommen.

Die vorliegende Arbeit ist ein wichtiger Bestandteil der Analyse der Ausgangssituation. Ich danke in erster Linie der Autorin Sophia Warnecke aber auch allen, die sich an der Fragebogenerstellung und Umfrage beteiligt haben.

Wir werden die vorliegenden Ergebnisse als Grundlage nutzen, um zur Verbesserung der Situation beizutragen.

Im Namen der Arbeitsgruppe

*Anke Glenz*

# Editorial

Die aktuelle Lage ist eine sehr herausfordernde Zeit. Insbesondere die Gesundheit steht dabei im Mittelpunkt der Gespräche. Unter diesen Bedingungen werden Missstände im Gesundheitssystem noch sichtbarer. Ein Personenkreis, der von diesen ganz besonders betroffen ist, sind Menschen mit Behinderungen.

Der vorliegende Ergebnisbericht entstand im Rahmen meiner Masterarbeit zur „Umfassenden Barrierefreiheit in der ambulant-ärztlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen im Stadtkreis Freiburg und dem Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald“. Aufgrund der Gegebenheiten der Corona-Pandemie musste das geplante methodische Vorgehen, insbesondere beim Zugang zu Menschen mit Behinderungen, angepasst werden. Dennoch konnte die Bestandsanalyse zur Erfassung der Ist-Situation aus Sicht der Praxen durchgeführt und die Arbeit nach neun Monaten abgeschlossen werden.

Mit dem vorliegenden Bericht möchte ich Ihnen auf Grundlage wissenschaftlicher Empirie darstellen, wie sich die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen in der Region Freiburg gestaltet, wo es Angebotslücken gibt und erste Anhaltspunkte, wie diese verbessert werden könnten. Auch wenn das Thema „Umfassende Barrierefreiheit“ zunächst erschlagend wirkt und die Umsetzung aller angesprochenen Punkte zweifelsohne schwierig ist, können schon kleine Maßnahmen entscheidend die ambulant-ärztliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen und vieler anderer Personengruppen erleichtern. Ich möchte Sie hiermit dazu einladen, diesen Themen Aufmerksamkeit zu schenken. Denn erst durch eine möglichst umfassend barrierefrei gestaltete Umwelt kann eine gleichberechtigte Teilhabe und gesundheitliche Chancengleichheit geschaffen werden, die spätestens seit der UN-Behindertenrechtskonvention gefordert wird [3].

An dieser Stelle möchte ich den Interviewpartnerinnen und -partnern sowie allen teilgenommenen Praxen meinen außerordentlichen Dank aussprechen. Ebenso möchte ich der Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz (Maria Borho und Maike von Hirschhausen), den Kommunalen Behindertenbeauftragten (Anke Glenz und Sarah Baumgart) sowie der Arbeitsgruppe Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderung für die tolle Zusammenarbeit danken.

Ich bin sehr stolz, eine derartig praxisorientierte Abschlussarbeit schreiben zu dürfen und bedanke mich von Herzen bei allen Mitwirkenden!

*Sophia Warnecke*

Sophia Warnecke  
Gesundheitswissenschaftlerin M. A.

Hochschule Ravensburg-Weingarten  
Ehemalige Masterandin bei der Kommunalen Gesundheitskonferenz, Dezernat 3 Gesundheit und Versorgung, Landratsamt Breisgau-Hochschwarzwald



Sophia Warnecke  
Gesundheitswissenschaftlerin M. A.

# Zusammenfassung

## Hintergrund, Fragestellung und Zielsetzung

Der vorliegende Ergebnisbericht entstand im Rahmen einer wissenschaftlichen Abschlussarbeit, die in Kooperation mit der Kommunale Gesundheitskonferenz für den Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald und die Stadt Freiburg absolviert wurde. Auftraggeber ist die Arbeitsgruppe „Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderung“, welche das Ziel verfolgt, die Ist-Situation der „Umfassenden Barrierefreiheit“ in der regionalen ambulant-ärztlichen Versorgung in den Blick zu nehmen und konkrete Handlungsempfehlung zur Verbesserung zu erarbeiten. Die zugrundeliegende Hauptfragestellung lautet: „Wie gestaltet sich die Barrierefreiheit der ambulant-ärztlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen in der Region?“.

## Methodik

Es wurden zwei Teilstudien durchgeführt – die Fragebogenentwicklung unter Beteiligung von Menschen mit Behinderungen einerseits und die quantitative Bestandsanalyse andererseits. Im ersten Schritt wurden zehn Experteninterviews mit Menschen mit verschiedenen Beeinträchtigungen geführt, um das komplexe Konstrukt der „Umfassenden Barrierefreiheit“ zu erfassen und ein angemessenes Erhebungsinstrument zu entwickeln. Insgesamt wurden 56 Kriterien der Barrierefreiheit identifiziert, die sich in die drei Dimensionen „Allgemeine Umgangsweisen“, „Kommunikation“ sowie „Bauliche und räumliche Barrierefreiheit“ untergliedern lassen. Die Bedeutsamkeit der einzelnen Kriterien für Menschen mit akustischen, visuellen, motorischen oder kognitiven Beeinträchtigungen wurde von einem Expertenteam beeinträchtigungsspezifisch bewertet. Auf dieser Grundlage konnten (beeinträchtigungsspezifische) Indizes berechnet und Barrierefreiheit-Levels gebildet werden. Der entwickelte Fragebogen wurde anschließend postalisch an über 1.000 Arztpraxen im Stadt- und Landkreis versendet.

## Ergebnisse

An der Befragung nahmen 252 Praxen teil, dies entspricht einem Rücklauf von 25,1 %. Insgesamt erreichen 2,9 % der befragten Praxen das Level „voll barrierefrei“, 38,4 % „erheblich“, 46,7 % „mäßig“ und 8,7 % „leicht barrierefrei“. Im dimensional Vergleich schneiden die „Allgemeinen Umgangsweisen“ (Mittelwert =  $4,32 \pm 0,6$ ) am besten, gefolgt von der „Kommunikation“ (Mittelwert =  $3,33 \pm 0,7$ ) und die „Bauliche und räumliche Barrierefreiheit“ am schlechtesten ab (Mittelwert =  $3,03 \pm 1,0$ ). Übergreifend konnten hierbei Mittelwerte zwischen 1 und 5 erreicht werden. Bei der beeinträchtigungsspezifischen Betrachtung zeigt sich, dass die Barrierefreiheit insbesondere für Menschen mit visuellen Einschränkungen sowie Personen, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind, eingeschränkt ist. Signifikante Stadt-Land-Unterschiede wurden im Angebot von Videosprechstunden, ÖPNV-Anschlüssen und Behindertenparkplätzen festgestellt.

## Schlussfolgerung

Auf Grundlage der Ergebnisse lassen sich folgende Schlussfolgerungen ableiten, um die ambulant-ärztliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen zu verbessern:

1. Kriterien der Barrierefreiheit von Arztpraxen umfassend weiterentwickeln und einheitlich definieren, flächendeckend erfassen und transparent kommunizieren.
2. Zeitlichen Mehraufwand in der Versorgung von Menschen mit Behinderungen durch die Kostenträger angemessen vergüten.
3. Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen für die Belange von Menschen mit Behinderungen und Barrierefreiheit sensibilisieren und eine Bewusstseinsbildung erwirken.
4. Digitale Kommunikationswege im Rahmen von Videosprechstunden, Terminvereinbarungen und Gebärdensübersetzung weiterentwickeln.
5. Bauliche und räumliche Barrierefreiheit verbessern und barrierefreie Räume zur Verfügung stellen.
6. Bedarf eines Medizinischen Zentrums für Erwachsene mit Behinderung im Regierungsbezirk Freiburg ermitteln.
7. Menschen mit Behinderungen dazu befähigen, ihr Leben mit ihrer Beeinträchtigung gesundheitskompetent zu bewältigen.

# Inhalt

<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>Methoden</b> .....	<b>4</b>
• Fragebogenentwicklung.....	4
• Messung von Umfassender Barrierefreiheit .....	7
• Studiendesign und Durchführung der Befragung .....	9
• Datenmanagement .....	10
<b>Befragungsergebnisse</b> .....	<b>11</b>
• Stichprobenzusammensetzung .....	11
• Überblick zur Umfassenden Barrierefreiheit.....	14
• Allgemeine Umgangsweisen .....	17
• Kommunikation .....	18
• Bauliche und räumliche Barrierefreiheit.....	20
• Ausblick und Weiterentwicklung .....	25
<b>Einordnung der Ergebnisse</b> .....	<b>28</b>
• Resümee.....	28
• Limitationen.....	28
• Ausblick.....	29
<b>Schlussfolgerungen</b> .....	<b>30</b>
<b>Verzeichnisse</b> .....	<b>34</b>
• Abkürzungsverzeichnis .....	34
• Abbildungsverzeichnis .....	34
• Tabellenverzeichnis .....	35
<b>Literatur</b> .....	<b>36</b>
<b>Anhang</b> .....	<b>38</b>
Anhang A: Der Fragebogen .....	38
Anhang B: Tabellenband.....	40

# Einleitung

“ Im Prinzip muss man sich den Arzt aussuchen nach der Barrierefreiheit und nicht, weil man zu einem bestimmten Arzt gehen möchte. “

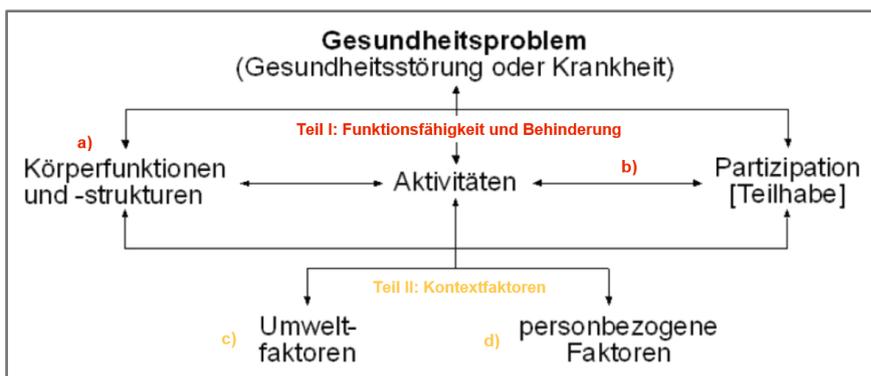
Zitat einer nahezu blinden Frau aus der Region Freiburg.

Vor dieser Problematik stehen viele Menschen mit Behinderungen. Sich dieser Herausforderung anzunehmen, hat sich die Arbeitsgruppe „Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderung der gemeinsamen Kommunalen Gesundheitskonferenz\* für die Stadt Freiburg und den Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald zum Ziel gesetzt. Die Arbeitsgruppe beschäftigt sich aktuell insbesondere mit der Barrierefreiheit in der ambulanten-ärztlichen Versorgung von Erwachsenen. Als eine der ersten Maßnahmen wurde eine Bestandsanalyse zur Erfassung der Ist-Situation als gesundheitswissenschaftliche Qualifikationsarbeit in Auftrag gegeben. Mittels der vorliegenden Arbeit sollen Antworten auf die Hauptfragestellung: „Wie gestaltet sich die umfassende Barrierefreiheit der ambulanten-ärztlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen im Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald und dem Stadtkreis Freiburg?“ gegeben werden.

\*Kommunale Gesundheitskonferenzen sind gemäß § 5 Landesgesundheitsgesetz Gremien der Beratung, Koordinierung und Vernetzung in Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention, der medizinischen Versorgung, der Pflege und der Rehabilitation.

Um sich dem Begriff der Behinderung zu nähern, ist eine Erörterung aus sozialwissenschaftlicher und epidemiologischer Perspektive sinnvoll. So wird eine Behinderung aus einem biopsychosozialen Verständnis heraus laut der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) durch dynamische Wechselwirkungen von individuellen und umweltbedingten Faktoren bestimmt (vgl. Abb. 1) Funktionsfähigkeit und Behinderung (Teil I) werden hierbei durch Körperfunktionen und -strukturen (a) sowie durch Aktivitäten und Partizipation (b) beschrieben. Dabei stellen Körperfunktionen die physiologischen (einschließlich psychologischen) Aufgaben von Körpersystemen dar, Körperstrukturen sind die anatomischen Teile des Körpers wie bspw. Organe. Aktivitäten werden durch die Durchführung einer Handlung eines Menschen beschrieben. Partizipation bzw. Teilhabe ist das Einbezogensein in eine Lebenssituation. Kontextfaktoren (Teil II) werden durch Umweltfaktoren (c) und personenbezogene Faktoren (d) beschrieben. Erstere bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der die Menschen leben [4].

Abb. 1: Das biopsychosoziale Modell – Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit [4]



Behinderung entsteht aus dynamischen Wechselwirkungen von individuellen und Umweltfaktoren [4].

Dementsprechend schwierig ist zu bestimmen, wie viele Menschen nun von einer Behinderung betroffen sind. Vollständige und zuverlässige epidemiologische Daten dazu gibt es nicht [6-7]. In den Statistiken des Bundes werden nur Zahlen zu Menschen mit einem amtlich anerkannten (Schwer-) Behindertenstatus geführt, also nur Personen, die einen entsprechenden Ausweis erhalten haben, aber nicht diejenigen, die einen beantragen könnten. Daher kann die Anzahl derer nur geschätzt werden.

Schätzungsweise ist jede/sechste Bundesbürger/in von einer Behinderung betroffen [8].

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales geht davon aus, dass 16,7 % der Gesamtbevölkerung in Deutschland eine Beeinträchtigung hat [8], das entspricht mehr als zehn Millionen Bundesbürgerinnen und -bürgern. Der Anteil der Schwerbehinderten (mit einem Grad der Behinderung von 50 bis 100) liegt bei 7,5 Millionen und der Personen mit einer leichteren Behinderung (Grad der Behinderung von 20 bis 50) bei 2,8 Millionen. Umgerechnet auf den Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald und den Stadtkreis Freiburg wären somit ungefähr 83.000 der rund 500.000 wohnhaften Personen von einer Behinderung betroffen [9].

Die (spezialisierte) medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen ist bis zu ihrem 18. Lebensjahr sichergestellt, anschließend ist die Regelversorgung zuständig [12].

Die Gesundheitsversorgung wird bei Kindern und Jugendlichen mit einer Behinderung bis zu ihrem 18. Lebensjahr in sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) sichergestellt. Solch eines ist bspw. in der Uniklinik Freiburg am Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin angegliedert. Für Erwachsene mit einer Behinderung gibt es als vergleichbares Konzept Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZE). Für deren Errichtung wurde 2015 in den §§ 43b und 199c SGB V eine gesetzliche Grundlage im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz geschaffen. Die MZEBs sind speziell auf die multidisziplinäre Behandlung von Erwachsenen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung ausgerichtet, die aufgrund ihrer spezifischen Gesundheitsprobleme (Art, Schwere, Komplexität der Behinderung) durch zugelassene Vertragsärzte nicht ausreichend bzw. bedarfsgerecht behandelt werden können. Allerdings sind MZEBs in Deutschland noch nicht flächendeckend eingerichtet [10-13], sodass die Regelversorgung nach wie vor die Grundlage der ambulanten Versorgung von Menschen mit Behinderungen darstellt.

Es liegen keine umfassenden und flächendeckenden Informationen über Barrieren in Arztpraxen vor.

Aktuell liegen nur wenige und nicht sehr verlässliche Daten zur Barrierefreiheit von Arztpraxen vor, obwohl alle Ärztinnen und Ärzte seit dem 01.01.2020 durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) dazu verpflichtet sind, die Barrierefreiheit ihrer Praxis auf der Homepage der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung anzugeben [14]. Jedoch unterliegen die abgefragten Kriterien keinem umfassenden Verständnis von Barrierefreiheit im Sinne des Behindertengleichstellungsgesetzes (§ 4 BGG):

*„Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere **gestaltete Lebensbereiche**, wenn sie für Menschen mit Behinderungen **in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar** sind. Hierbei ist die Nutzung behinderungsbedingt notwendiger Hilfsmittel zulässig.“*

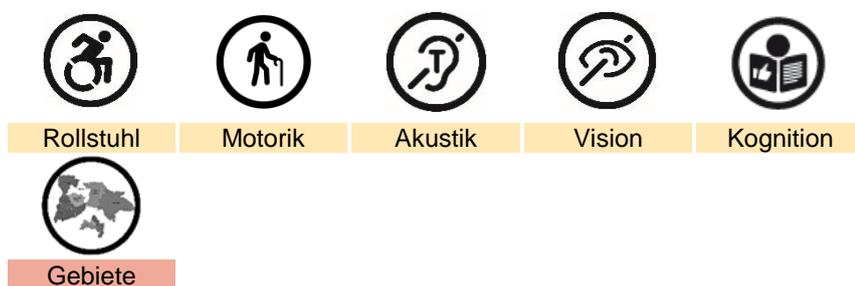
Die DIN 18040-1 ist seit 2018 für Neubauten und Nutzungsänderungen u. a. für Arztpraxen gesetzlich verbindend [15].

Diese Definition ist sehr weitreichend und unspezifisch zugleich, da keine konkreten Vorgaben benannt werden. Sie obliegen den einschlägigen behördlichen Durchführungsbestimmungen, technischen Regelwerken und zivilrechtlichen Vereinbarungen [16]. Hierbei ist, dem Untersuchungsgegenstand entsprechend, allen voran die DIN 18040-1:2010-10 „Barrierefreies Bauen – Planungsgrundlagen – Teil 1: Öffentlich zugängliche Gebäude“ von Bedeutung, da sie u. a. für Einrichtungen des Gesundheitswesens gilt. DIN-Normen haben per se keinen verbindlichen Rechtscharakter, sondern fungieren lediglich als allgemeine Empfehlungen bzw. technische Regel [17]. Erst durch die Einführung als Technische Baubestimmungen sind sie in der Muster- bzw. Landesbauordnung durch die Gesetzgebung verpflichtend [18]. So ist auch die DIN 18040-1:2010-10 seit 2018 in Baden-Württemberg für Neubauten gesetzlich verbindlich (§ 39 LBO), sowie bei Planungen von Umbauten oder Modernisierungen bzw. Nutzungsänderungen in ihrer bezweckten Funktion sinngemäß umzusetzen [15]. Ausnahmen stellen Umbauten dar, die einen unverhältnismäßigen Mehraufwand (>20 % der Baukosten) verursachen würden [19]. In diesem Fall können Anträge auf Nutzungsänderung unter einer Strafzahlung

an das Baurechtsamt dennoch bewilligt werden. In der DIN werden insbesondere die Bedürfnisse von Menschen mit sensorischen (Blindheit, Seh-, Hörbehinderung) und motorischen Einschränkungen (mit Mobilitätshilfen, Rollstühlen) berücksichtigt [15].

In Bezug auf die Barrierefreiheit ist nicht die Ursache einer Behinderung, sondern die Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit wichtig (vgl. ICF). Daher werden in dieser Arbeit folgende fünf übergreifende Beeinträchtigungsarten verwendet, wie sie auch oft in der Literatur vorliegen: Menschen, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind (Rollstuhl), Menschen mit Einschränkungen der Motorik (Motorik), der akustischen (Akustik) oder der visuellen Wahrnehmung (Vision) sowie Menschen mit kognitiven Einschränkungen (Kognition). Außerdem wurden regionale Unterschiede (Gebiete) bezüglich der Barrierefreiheit analysiert. Diese Kategorien werden im vorliegenden Bericht mit folgenden Piktogrammen gekennzeichnet:

Tab. 1: Piktogramme



Die Piktogramme der Beeinträchtigungsarten wurden von der Stadt Freiburg für die einheitliche Kennzeichnung von Veranstaltungen entwickelt [20, 21].

Das Piktogramm „Gebiete“ entstand innerhalb dieser Arbeit.

Um die Ist-Situation der Barrierefreiheit möglichst umfassend abbilden zu können, ist der Einbezug Betroffener von großer Bedeutung. Dies wurde in der vorliegenden Arbeit mittels einer Instrumentenentwicklung unter Einbezug von Menschen mit Behinderungen erreicht (s. Kapitel Methoden, S. 4 ff.). Eine tiefgehende Analyse der Betroffenen-sichtweise in der Region erfolgte ferner in einer zeitgleich stattfindenden Studie der Katholischen Hochschule Freiburg. Besagte Studie ist an das Projekt „Gesundheit für alle“ des Netzwerks Inklusion Region Freiburg e. V. angegliedert. Es ist ein besonderes Anliegen der Kommunalen Gesundheitskonferenz, alle Untersuchungsergebnisse zusammenzubringen und beide Perspektiven (Leistungserbringende und Betroffene) gemeinsam zu betrachten. Schnittstellen zu ersten Ergebnissen aus der Parallelstudie werden in der vorliegenden Arbeit in den Handlungsempfehlungen aufgezeigt.

**Die vorliegende Untersuchung kooperiert mit dem Projekt „Gesundheit für alle“, das vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg gefördert wird.**

Der vorliegende Bericht gliedert sich in fünf Teile: Nach dieser kurzen Einführung werden alle methodischen Schritte dargelegt sowie die Befragungsergebnisse detailliert dargestellt. Der Bericht wird mit einem kurzen Resümee und Schlussfolgerungen für die Praxis abgeschlossen.

# Methoden

Die zugrundeliegende Studie setzt sich aus zwei Teilstudien zusammen: Der partizipativ angelegten Fragebogenentwicklung einerseits und der Bestandsanalyse andererseits. Im vorliegenden Ergebnisbericht werden insbesondere die Ergebnisse der Praxenbefragung (Bestandsanalyse) dargestellt.

- **Fragebogenentwicklung**

Die aktive Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen in die sie betreffenden Belange werden in der UN-Behindertenrechtskonvention und im Behindertengleichstellungsgesetz als Verpflichtung aufgeführt (Art. 4 Abs. 3 UN-BRK; § 19 BGG). Daher ist die Beteiligung von ihnen und der sie vertretenden Organisationen sowie Akteurinnen und Akteure im Forschungsprozess sicherzustellen [12]. Aus diesem Selbstverständnis heraus, wurde die Partizipative Gesundheitsforschung als zugrundeliegender Forschungsansatz für die Fragebogenentwicklung gewählt. Der gesamte Forschungsprozess wurde engmaschig mit der Arbeitsgruppe „Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderung“ der Kommunalen Gesundheitskonferenz abgestimmt. Für die explorative Untersuchung von persönlichen Erfahrungen, Bedarfen und Bedürfnissen im Rahmen der ambulant-ärztlichen Versorgung wurden zehn Experteninterviews mit Menschen mit verschiedenen Beeinträchtigungen aus der Region durchgeführt. Diese ermöglichten u. a. die Bestimmung von beeinträchtigungsspezifischen Kriterien der Barrierefreiheit.

Nach Abgleich und Ergänzung der identifizierten Kriterien mittels Literaturrecherche wurden in der vorliegenden Studie insgesamt 56 Kriterien der Barrierefreiheit berücksichtigt. Diese lassen sich den drei Dimensionen „Allgemeine Umgangsweisen“, „Kommunikation“ sowie „Bauliche und räumliche Barrierefreiheit“ zuordnen. Um die Kriterien zu erfassen wurde im Fragebogen (s. Anhang, S. 38 f) für jedes Kriterium ein Item entwickelt. Als Antwortmöglichkeiten wurde eine fünfstufige Likert-(Rating)-Skala verwendet (trifft gar nicht zu, trifft eher nicht zu, trifft teilweise zu, trifft eher zu, trifft völlig zu). Die drei Abschnitte zu den drei Dimensionen der Barrierefreiheit wurden im Fragebogen um zwei weitere Blocks ergänzt: Ein Anfangsblock zu „Angaben zur Praxis und zum Personal“ sowie mit einem abschließenden Block zum „Ausblick und Weiterentwicklung“, der neben Verbesserungsvorschlägen, die aus der Arbeitsgruppe und den Interviews resultierten, auch Freitextfelder für ergänzende Punkte und Ideen anbietet. Somit umfasst der zweiseitige Fragebogen fünf Themenblöcke.

Der Fragebogen wurde drei unterschiedlichen Pre-Tests unterzogen. Zunächst überprüften die Mitglieder der Arbeitsgruppe das Instrument hinsichtlich der Validität und Gegenstandsangemessenheit. Anschließend prüften die betreuende Professorin und ein Methodenexperte der Hochschule Ravensburg-Weingarten die Wissenschaftlichkeit. Zuletzt füllte eine Medizinische Fachangestellte den Bogen exemplarisch aus, um dessen Verständlichkeit sowie Handhabbarkeit zu testen. Die Rückmeldungen aller Pre-Tests wurden berücksichtigt.

Da die Anforderungen an die Barrierefreiheit beeinträchtigungsspezifisch sehr unterschiedlich sind, wurde die Relevanz jedes einzelnen Kriteriums beurteilt (s. Piktogramme in Tab. 2, S. 5 f.). Dafür wurde ein dreiköpfiges Expertenteam herangezogen, welches jedes Kriterium auf einer Skala von 0 bis 4 bewertete (vgl. Tab. 2, S. 5 f.). Das Bewertungsschema orientiert sich hierbei an der ICF-Skala zur Bestimmung des Ausmaßes eines Umweltfaktors als Barriere bzw. Förderfaktor: 0 = nicht vorhanden, 1 = leicht ausgeprägt, 2 = mäßig ausgeprägt, 3 = erheblich ausgeprägt, 4 = voll ausgeprägt [4].

Der Fragebogen ist im Anhang auf Seite 38 f. aufgeführt.

**Die Anforderungen an die Barrierefreiheit sind beeinträchtigungsspezifisch sehr unterschiedlich.**

Tab. 2: Matrix der Barrierefreiheit

Matrix der Barrierefreiheit	$\bar{X}$					
<b>I. Allgemeine Umgangsweisen (AU)</b>	<b>32</b>	<b>34</b>	<b>32</b>	<b>31</b>	<b>29</b>	<b>30</b>
<b>Freundlicher</b> und respektvoller Umgang, Behinderung wird nicht in den Vordergrund gestellt.	4	4	4	4	4	4
<b>Empathie</b> , Sensibilität und Verständnis für die individuelle Situation	4	4	4	4	4	4
Patient ist <b>Experte</b> für eigene Gesundheit (Begleitperson wird akzeptiert, aber Patient direkt angesprochen)	4	4	4	4	4	3
<b>Flexibilität</b> : Bereitschaft zur Improvisation/ von der Routine abzuweichen, um Behandlung zu ermöglichen	4	4	4	4	3	3
<b>Geduld</b> : Zeitlichen Mehraufwand gewähren	4	4	4	4	4	4
Beeinträchtigung in <b>Akte</b> für Team sichtbar	3	3	2	3	3	3
Alle Aktionen <b>verbalisieren</b>	2	2	2	3	2	3
<b>Wartezeit</b> kurzhalten	2	2	1	1	2	3
<b>Hausbesuche</b>	3	4	4	3	2	2
<b>Videosprechstunde</b>	2	3	3	1	1	1
<b>II. Kommunikation (KO)</b>	<b>23</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>23</b>	<b>39</b>	<b>26</b>
<b>Transparenz</b> : Informationen über vorliegende Barrieren	4	4	4	4	3	3
<b>Terminvereinbarung</b> per E-Mail, Fax, Homepage	2	2	1	3	4	0
<b>Sprache</b> : Langsam und deutlich mit Blickkontakt sprechen (Lippenlesen)	2	1	0	2	4	3
<b>Einfache Sprache</b>	2	1	0	0	4	3
Handlungen verständlich kommunizieren, Medikamenteneinnahme ausführlich <b>erklären</b>	3	2	2	3	4	3
Rückversichern und ggf. <b>Wiederholen</b>	1	1	1	1	1	2
<b>Memo</b> : Wichtige Sachen aufschreiben und mitgeben	2	1	1	2	4	3
<b>Induktionsschleife</b>	1	0	0	0	4	1
<b>Gebärdensprache</b>	1	0	0	0	4	1
<b>Infos_Braille</b> : Informationsmaterialien und Formulare in Brailleschrift, digital, Audiodatei o. Ä.	1	0	0	4	0	1
<b>Infos_einfach</b> : Informationsmaterialien und Formulare in einfacher Sprache	1	0	0	1	3	3
<b>Anzeigetafel</b> oder persönliche Abholung aus Wartezimmer	3	3	3	3	4	3
<b>III. Bauliche und Räumliche Barrierefreiheit (BR)</b>	<b>65</b>	<b>103</b>	<b>89</b>	<b>61</b>	<b>33</b>	<b>37</b>
<b>Behindertenparkplatz</b> (305 x 500 cm)	2	4	4	1	1	1
<b>ÖPNV</b> -Anschluss binnen 10 Gehminuten	3	4	4	3	2	2
<b>Weg_taktil</b> : Taktile Bodenelemente, akustische Ampeln	1	0	0	4	0	0
<b>Weg_rollstuhlgerecht</b>	2	4	3	1	0	0
<b>Eingang_Erkennen</b> : Direktes Erkennen / Auffinden der Praxis	3	2	2	3	2	4
<b>Eingang_Beschilderung</b> : gut sichtbare Beschilderung	3	3	2	4	3	3
<b>Eingang_taktil</b> : Taktile Bodenelemente / Blindenleitsystem	1	0	0	4	0	1
<b>Klingel_Erkennen</b> : Separat ausgewiesen, beschriftet	3	4	2	3	3	3
<b>Klingel_optisch</b> : Mit optischer Rückmeldung	1	1	0	1	4	1
<b>Klingel_taktil</b> : Mit taktilen und akustischen Elementen	2	0	0	4	2	2
<b>Stufenloser Zugang</b>	2	4	3	1	0	0

Matrix der Barrierefreiheit	MW					
<b>Aufzug_optisch:</b> Mit optischen Signalen	2	2	1	1	3	2
<b>Aufzug_taktil:</b> Taktile Elemente, akustische Signale	2	2	1	4	2	2
<b>Aufzug_rollstuhlgerecht</b>	1	4	3	0	0	0
<b>Innenraum_Ebenerdig</b>	2	4	4	2	0	1
<b>Innenraum_Keinen Stolperfallen,</b> rutschfest	3	4	4	3	2	2
<b>Innenraum_Breite Durchgänge</b> (90 cm)	2	4	4	1	0	1
<b>Innenraum_Bewegungsflächen</b> (150x150cm)	2	4	4	1	0	0
<b>Innenraum_Schalter</b> auf 85-105 cm	2	4	4	1	0	0
<b>Innenraum_Haltegriffe,</b> Stühle mit Armlehnen	2	4	4	2	1	1
<b>Innenraum_ (beidseitiger) Handlauf</b>	2	2	4	3	1	1
<b>Innenraum_gute Beleuchtung</b>	2	2	2	3	2	2
<b>Innenraum_Starke Kontraste</b>	2	1	1	4	1	1
<b>Innenraum_Umgebungsgeräusche und Reize</b> minimieren	2	1	1	3	3	4
<b>Empfang_Tresen</b> abgesenkt und unterfahrbar	1	4	3	0	0	0
<b>Empfang_Abstellplätze</b> für Rollstühle, Rollatoren	2	4	4	0	0	1
<b>Empfang_Halterungen</b> für Hilfsmittel	1	4	3	0	0	0
<b>Empfang_Bedarfs-Rollstuhl</b>	2	3	3	1	1	1
<b>Toilette_Tür</b> geht nach außen auf bzw. Wenden möglich	2	4	3	1	0	0
<b>Toilette_Mit dem Rollstuhl</b> direkt neben die Toilettenschüssel fahren möglich	2	4	3	1	0	0
<b>Toilette_Waschbecken</b> unterfahrbar	1	4	3	0	0	0
<b>Behandlungsraum_Behandlungsmöbel höhenverstellbar</b>	2	4	4	0	0	1
<b>Behandlungsraum_Lift</b>	1	4	3	0	0	0
<b>Behandlungsraum_große Umkleidefläche</b>	2	4	3	1	0	0
<b>Gesamtscores</b>	<b>120</b>	<b>152</b>	<b>133</b>	<b>115</b>	<b>101</b>	<b>93</b>

Einzelne Kriterien der Barrierefreiheit werden über alle Beeinträchtigungsarten hinweg als ungemein wichtig empfunden – allen voran die „Allgemeinen Umgangsweisen“.

Die Matrix der Barrierefreiheit verdeutlicht, dass die verschiedenen Kriterien je nach Beeinträchtigung (s. Spalten mit Piktogrammen) aber auch unabhängig der vorliegenden Beeinträchtigung (s. Spalte MW) unterschiedlich wichtig ist (MW steht hierbei für den gerundeten, beeinträchtigungsübergreifenden Mittelwert). Über alle Beeinträchtigungsarten hinweg werden die „Allgemeinen Umgangsweisen“ als ungemein wichtig empfunden. Dies zeigt sich, indem die ersten fünf Kriterien im Durchschnitt 4 Punkte erhalten haben. Die größten beeinträchtigungsspezifischen Unterschiede zeigen sich in den Dimensionen II. (Kommunikation) und III. (Baulich-Räumlich), indem die Kriterien der „Kommunikation“ für schwerhörige und gehörlose Menschen im Vergleich zum Dimensionsdurchschnitt nahezu doppelt so wichtig sind. Demgegenüber sind die „Baulichen und räumlichen Gegebenheiten“ allen voran für mobilitätseingeschränkte Menschen relevant, gefolgt von Menschen mit Seheinschränkungen. Insgesamt ist zu beobachten, dass Menschen mit kognitiven Einschränkungen am wenigsten (Score = 93) und mobilitätsbeeinträchtigte Menschen am meisten (Scores = 133 bis 152) Bedarfe an eine barrierefreie Gestaltung haben.

- **Messung von Umfassender Barrierefreiheit**

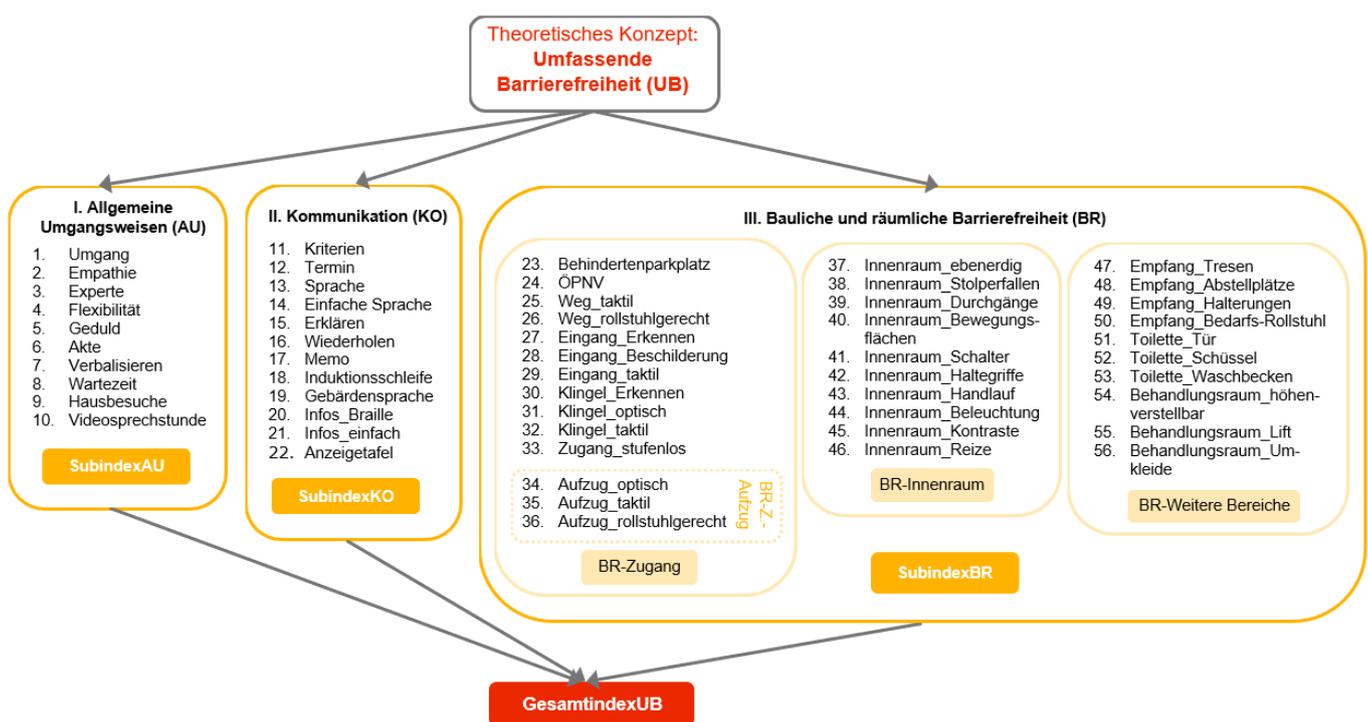
Um Aussagen über das Konstrukt „Umfassende Barrierefreiheit“ (UB) treffen zu können, müssen die einzelnen Informationen aus den Item-Messungen zusammengefasst werden. Dies erfolgt in einer sogenannten Indexbildung. Hierfür wurden insgesamt acht Mittelwertindizes gebildet (vgl. Abb. 2):

Um komplexe, theoretische Sachverhalte statistisch messbar zu machen, müssen diese operationalisiert werden.

- „Umfassende Barrierefreiheit“ → GesamtindexUB
- „Allgemeine Umgangsweisen“ → SubindexAU
- „Kommunikation“ → SubindexKO
- „Bauliche und räumliche Barrierefreiheit“ → SubindexBR - darunter BR-Zugang mit BR-Z.-Aufzug, BR-Innenraum und BR-Weitere Bereiche

Da die dritte Dimension „Bauliche und räumliche Barrierefreiheit“ (BR) so umfangreich ist, wurde diese in die drei etwa gleich großen Teilindizes „BR-Zugang“, „BR-Innenraum“ und „BR-Weitere Bereiche“ zerlegt, die gemeinsam den „SubindexBR“ bilden. Eine Ausnahme stellen zudem die drei Items zu Aufzügen dar, welche lediglich von Praxen mit Aufzügen ausgefüllt werden konnten. Für diese drei Items wurde eine neue Variable („BR-Z.-Aufzug“) gebildet, die in den Indexbildungen von „BR-Zugang“ und „GesamtindexUB“ berücksichtigt wurde, wenn mindestens zwei der drei Items beantwortet wurden, da viele fehlende Werte sonst die Indexbildung verfälschen [22]. Fehlende Werte wurden registriert, sobald eine Frage in der Erhebung von den Praxen nicht beantwortet wurde.

Abb. 2: Operationalisierung von „Umfassender Barrierefreiheit“



Für die Berechnung der Indizes wurden den Antwortkategorien numerische Werte zugewiesen 1 = trifft gar nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft teilweise zu, 4 = trifft eher zu, 5 = trifft völlig zu. Damit ein Index berechnet werden konnte, mussten mindestens 80 Prozent der zum (Sub-) Index gehörenden Items beantwortet sein. Um Berechnungen, Vergleiche und die Interpretation zwischen den einzelnen Indizes zu vereinfachen, wurden diese in eine gemeinsame Metrik (zwischen den Werten 0 und 50) transformiert. Höhere Werte drücken eine bessere Barrierefreiheit aus (vgl. Tab. 3, S. 8).

Tab. 3: Indexbildung

Formel zur Berechnung der Transformation:

$$I = (x - 1) * \frac{50}{4}$$

*I = Berechneter Index*  
*X = Mittelwert aus allen validen Items des Indexes*  
*1 = kleinster valider Wert, den ein Item annehmen kann*  
*50 = Gewähltes Maximum*  
*4 = Spannweite der Item-Werte*

Hintergrund der Indexbildung						
Indexbildung	UB	AU	KO	BR-Z	BR-I	BR-W
Items	54	10	12	12	10	10
Minimum notwendiger Anzahl von validen Antworten für die Indexkalkulation (mind. 80 %)	43	8	9	9	8	8
Neue Metrik der Indizes	UB	AU	KO	BR-Z	BR-I	BR-W
Minimum	0	0	0	0	0	0
Maximum	50	50	50	50	50	50

Um die Ergebnisse der Barrierefreiheit-Indizes darzustellen, wurden auf Grundlage des Fragebogens und der ICF Barrierefreiheit-Levels festgelegt

Nach der Transformation haben alle Indizes Werte zwischen 0 und 50. Um diese einordnen zu können wurden Barrierefreiheit-Levels gebildet. Die Festlegung der fünf Levels beruht zum einen auf der zugrundeliegenden fünfstufigen Antwortskala im Fragebogen und zum anderen auf der fünfstufigen Einteilung der ICF zur Bewertung eines Umweltfaktors als Barriere bzw. Förderfaktor, wie sie auch schon zur Bewertung der Matrix der Barrierefreiheit verwendet wurde (vgl. Tab. 2, S. 5 f.). Dies ermöglicht eine Einteilung der Indizes in: „Nicht vorhanden“, „Leicht barrierefrei“, „Mäßig barrierefrei“, „Erheblich barrierefrei“, „Voll barrierefrei“ (vgl. Tab. 4) [4]. Um die Unterschiede in den einzelnen Indizes besser vergleichen zu können, wurden bei allen Indizes dieselben numerischen Punkte für die Grenzwerte gewählt. Unterschiede zwischen den Mittelwerten der einzelnen Indizes wurden bei der Festlegung der Levels somit nicht berücksichtigt.

Tab. 4: Barrierefreiheit-Levels

Um zu bestimmen, ab wann eine Praxis inwiefern als „barrierefrei“ gilt, wurden Barrierefreiheit-Levels gebildet. Die Grenzwerte für diese wurden so festgelegt, dass möglichst wenige Informationen verloren gehen.

Kennwerte der Barrierefreiheit-Levels		
Index	Levels	
0-50 Punkte	Nicht vorhanden	0-10 Punkte
	Leicht barrierefrei	>10-20 Punkte
	Mäßig barrierefrei	>20-30 Punkte
	Erheblich barrierefrei	>30-40 Punkte
	Voll barrierefrei	>40-50 Punkte

Darüber hinaus wurden entsprechend der Matrix der Barrierefreiheit (vgl. Tab. 2, S. 5 f.) gewichtete (beeinträchtigungsspezifische) Indizes gebildet:

- Der GesamtindexUB und die drei Subindizes wurden anhand der gebildeten Mittelwerte aus der Matrix gewichtet: UB\_gewichtet, AU\_gewichtet, KO\_gewichtet, BR\_gewichtet.
- Des Weiteren wurde für jede der fünf Beeinträchtigungsarten der GesamtindexUB beeinträchtigungsspezifisch gewichtet: UB\_Rollstuhl, UB\_Motorik, UB\_Vision, UB\_Akustik, UB\_Kognition.
- Abschließend wurden die beiden Dimensionen „Kommunikation“ sowie „Bauliche und räumliche Barrierefreiheit“ beeinträchtigungsspezifisch gewichtet. Dabei wurden jeweils die drei Beeinträchtigungsarten, die laut der Matrix besonders viele Anforderungen an die Barrierefreiheit stellen (jeweils die drei höchsten dimensional Scores; S. 14 ff.), berücksichtigt: KO\_Akustik, KO\_Vision, KO\_Kognition, BR\_Rollstuhl, BR\_Motorik, BR\_Vision.

Aufgrund des Rechenumfanges erfolgte das Gewichtungsverfahren in Excel, indem jedes Item aus dem Datensatz mit dem jeweiligen Gewichtungsfaktor aus der Matrix multipliziert und in dem neuen beeinträchtigungsspezifischen Gesamtindex bzw. in der beeinträchtigungsspezifischen Dimension zusammengefasst wurde. Damit fehlende Werte die Indexbildung nicht zu sehr verfälschen, mussten auch hier mindestens 80 % der Items beantwortet sein. Um die Werte der neu gebildeten, beeinträchtigungsspezifischen Indizes an die anderen Indizes anzupassen und damit eine Vergleichbarkeit zu ermöglichen, wurden sie durch die Summen der jeweiligen Gewichtungsfaktoren (Scores, vgl. Tab. 2, S. 5 f.) dividiert. Anschließend wurden sie als Variablen in den Datensatz in SPSS zurückgespeist, transformiert (vgl. Tab. 3, S. 8) und mit denselben Grenzwerten gelevelt (vgl. Tab. 4, S. 8).

- **Studiendesign und Durchführung der Befragung**

Die Praxenbefragung wurde mithilfe des in der ersten Feldphase partizipativ entwickelten Fragebogens durchgeführt. Dieser wurde im Papierformat an verschickt, jedoch konnten die Praxen ebenfalls per Link bzw. QR-Code auf dem Anschreiben online über das Tool SoSci Survey an der Befragung teilnehmen.

Adressatinnen und Adressaten der Befragung waren alle (Zahn-) Arztpraxen im gesamten Stadtkreis Freiburg und Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald - davon ausgenommen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Dafür wurde auf Anfrage ein Verteiler der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg zur Verfügung gestellt. Der Verteiler der gelisteten Hauptbetriebsstätten wurde im Anschluss um weitere Praxisstandorte sowie um die zahnärztlichen Praxen gemäß der Homepage der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg händisch erweitert. Abschließend umfasste der Verteiler 1.007 Adressen von Praxen, welche mittels eines offiziellen Anschreibens der Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz um die Teilnahme an der Befragung gebeten wurden.

Der sechswöchige Befragungszeitraum erstreckte sich vom 24.08. bis zum 02.10.2020, sodass alle angeschriebenen Praxen trotz der Sommerferien die Möglichkeit hatten, an der Befragung teilzunehmen. Um die Befragung zu bewerben und für diese zu sensibilisieren, wurde zu Beginn des Befragungszeitraumes eine Pressemitteilung vom Landrat samt Breisgau-Hochschwarzwald herausgegeben, die von zwei lokalen Zeitungen aufgegriffen wurde.

- **Datenmanagement**

Vor der statistischen Datenauswertung wurden die erhobenen Daten mit Hilfe von Microsoft Excel sorgfältig bereinigt und aufbereitet. Zunächst wurde entsprechend des Fragebogens ein Codebuch erstellt, das für jede (operationalisierte) Variable und ihre Ausprägungen Codes hinterlegt. Auf dieser Grundlage konnte eine Datenmaske erstellt werden, in die alle Daten aus den ausgefüllten Fragebögen übertragen wurden. Anschließend wurde der Datensatz hinsichtlich (Übertragungs-) Fehlern überprüft und entsprechend korrigiert.

Zusammengefasst wurden in diesem Rahmen folgende Arbeitsschritte durchgeführt:

- Identifizierung von Ausschlussfällen (s. Stichprobenszusammensetzung, S. 11 f.)
- Definition von benutzerdefinierten Missings
- Generierung neuer aggregierter Variablen
- Operationalisierung neuer Variablen (u. a. s. Messung von Umfassender Barrierefreiheit, S. 7 f.)
- Kodierung von Freitexten
- Dokumentation im Codebuch

Die Daten wurden im Statistikprogramm SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL, Version 25) ausgewertet. Anhand von deskriptiven Analysen wurden Minimum (Min), Maximum (Max), Mittelwert (MW), Standardabweichung (SD) und Häufigkeitsverteilungen bestimmt. Darüber hinaus wurden verschiedene statistische Tests zum Vergleich von Zusammenhängen bzw. Unterschieden berechnet. Dabei handelt es sich um ungerichtete Hypothesen, die einer zweiseitigen Testung unterliegen. Zur Überprüfung der Signifikanz wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von  $\alpha = 0,05$  festgelegt.

# Befragungsergebnisse

Zunächst wird die Stichprobe der teilnehmenden Praxen beschrieben und ein allgemeiner Überblick zur vorliegenden Barrierefreiheit in der Untersuchungsregion Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald und Stadt Freiburg gegeben. Anschließend werden die Ergebnisse entsprechend der Reihenfolge im Fragebogen dargestellt.

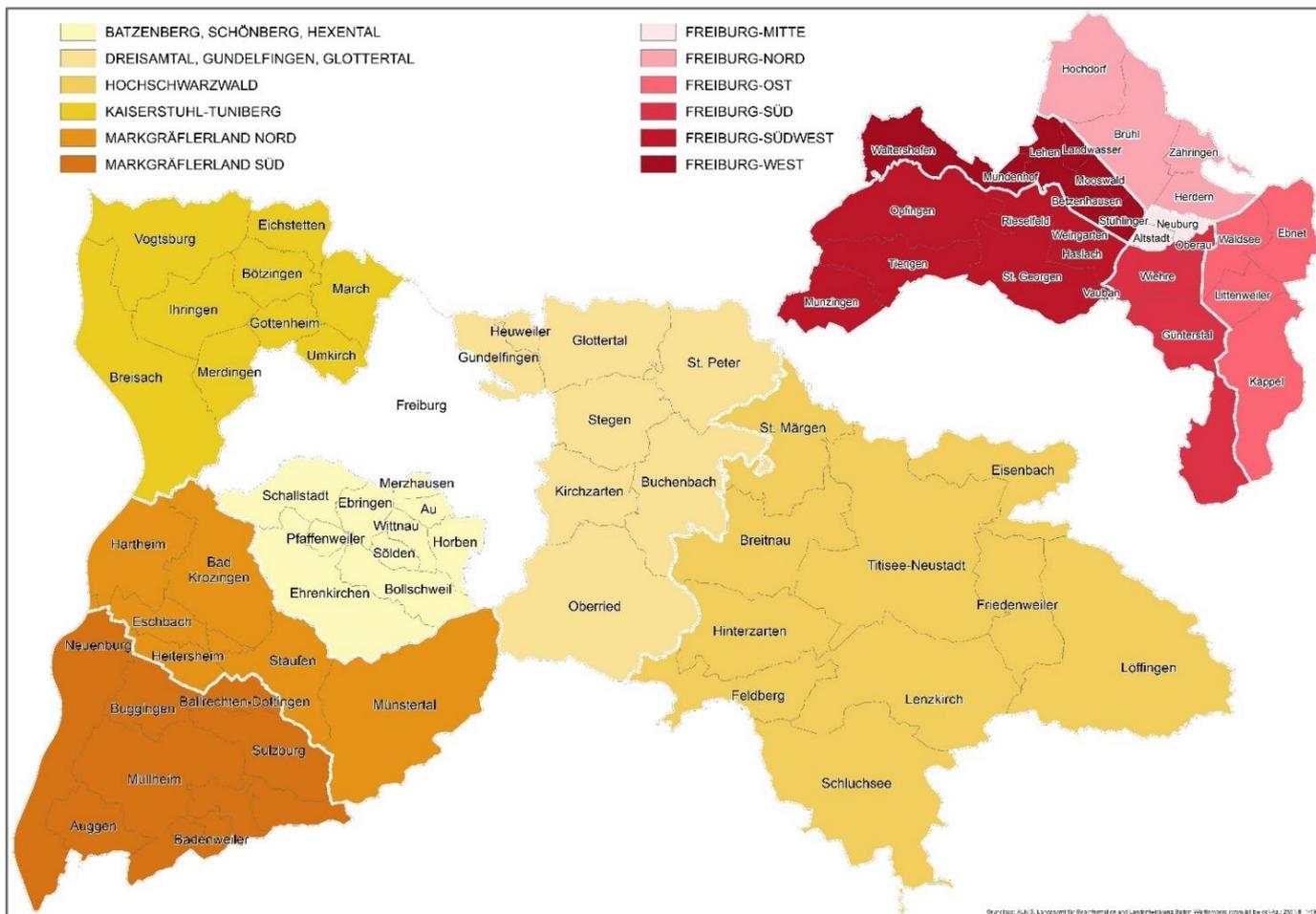
Ein Überblick zu allen Befragungsergebnissen sind im anhängenden Tabellenband aufgeführt (s. S. 40 ff.).

## Stichprobenszusammensetzung

Jede vierte der insgesamt 1.007 angeschriebenen Praxen nahm an der Befragung teil. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 25,1 %. Nach Bereinigung u.a. aufgrund von unzustellbaren Briefen betrug die Stichprobe 1.002 Praxen im Stadt- und Landkreis. Insgesamt schickten 252 Praxen einen ausgefüllten Fragebogen zurück (188 per Post, 29 per Fax, 5 per E-Mail, 30 per Online-Fragebogen). Von diesen konnten zehn Praxen aufgrund ihrer Fachrichtung (fünf Praxen aus dem Bereich Kinder- und Jugendmedizin sowie fünf Psychotherapeutinnen und -therapeuten) in der Datenauswertung nicht berücksichtigt werden. Letztlich umfasst die Stichprobe nach der Datensatzaufbereitung 242 gültige Fälle.

Ein Viertel der Praxen aus der Region hat an der Befragung teilgenommen.

Abb. 3: Karte mit Gemeinden und Stadtteilen, eingefärbt nach Regionen [24-26]



Es nahmen etwas mehr Praxen aus dem Stadtkreis Freiburg (53,7 %) als aus dem Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald (45,5 %) an der Befragung teil. Insbesondere die Regionen Batzenberg, Schönberg, Hexental und Hochschwarzwald sind in der vorliegenden Studie leicht überpräsentiert (vgl. Tab. 5, S. 12).

Tab. 5: Regionale Zugehörigkeit der Stichprobe im Vergleich zur Grundgesamtheit

Region	Stichprobe (n = 242)		Grundgesamtheit (n = 1.002)	
	Absolut	Relativ	Absolut	Relativ
<b>Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald</b>	<b>110</b>	<b>45,5 %</b>	<b>390</b>	<b>38,9 %</b>
Dreisamtal, Gundelfingen, Glottertal	19	7,9 %	75	7,5 %
Batzenberg, Schönberg, Hexental	14	5,8 %	30	3,0 %
Hochschwarzwald	18	7,4 %	46	4,6 %
Kaiserstuhl-Tuniberg	21	8,7 %	74	7,4 %
Markgräflerland Süd	24	9,9 %	76	7,6 %
Markgräflerland Nord	14	5,8 %	89	8,9 %
<b>Stadtkreis Freiburg*</b>	<b>130</b>	<b>53,7 %</b>	<b>612</b>	<b>61,1 %</b>
Freiburg Mitte	56	23,1 %	188	18,8 %
Freiburg Nord	16	6,6 %	148	14,8 %
Freiburg Ost	11	4,5 %	29	2,9 %
Freiburg Süd	21	8,7 %	154	15,4 %
Freiburg Südwest	9	3,7 %	41	4,1 %
Freiburg West	17	7,0 %	52	5,2 %

Es nahmen etwas mehr Praxen aus dem Stadt- als aus dem Landkreis teil.

Die Stichprobe repräsentiert zu großen Teilen die Grundgesamtheit.

\*Bei den Freiburger Stadtbezirken Nord, Ost, Süd, Südwest, West und Mitte überschneiden sich einige Postleitzahlen, so dass die regionale Zugehörigkeit der Praxen im Verteiler nur bedingt die Realität abbildet.

Von den teilgenommenen Praxen gehören 28,1 % der hausärztlichen und 71,1 % der fachärztlichen Versorgung an. Unter den Fachrichtungen sind am stärksten Praxen für Allgemeinmedizin und Innere Medizin (29,8 %), Praxen für Zahnheilkunde (26,4 %), psychiatrische und psychosomatische (9,9 %) sowie gynäkologische Praxen (5,8 %) vertreten (vgl. Tab. 6).

Tab. 6: Merkmale der Stichprobe

Merkmale der Stichprobe (n = 242)	Absolut	Relativ
<b>Arztgruppe</b>		
Hausarztpraxis	67	28,5 %
Facharztpraxis	167	71,1 %
<b>Fachrichtung</b>		
Allgemeinmedizin u. Innere Medizin	72	29,8 %
Augenheilkunde	8	3,3 %
Gynäkologie u. Geburtshilfe	14	5,8 %
HNO	9	3,7 %
Neurologie u. -chirurgie	5	2,1 %
Orthopädie u. Unfallchirurgie	9	3,7 %
Psychiatrie, Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie	24	9,9 %
Urologie	7	2,9 %
Zahnheilkunde u. Kieferorthopädie	64	26,4 %
Weitere*	26	10,7 %
<b>Praxisgröße**</b>		
klein (bis zu 5 Personen)	93	38,4 %
mittel (6 bis 9 Personen)	75	31,0 %
groß (10 und mehr Personen)	61	25,2 %
<b>Baujahr</b>		
vor 2010	199	82,2 %
2010-2018	28	11,6 %
nach 2018	5	2,1 %

Praxen nahmen aus unterschiedlichen Fachrichtungen teil und unterschieden sich hinsichtlich stark in ihrer Größe. Zudem befindet sich der Großteil der Praxen in Räumlichkeiten, welche vor 2010 gebaut wurden.

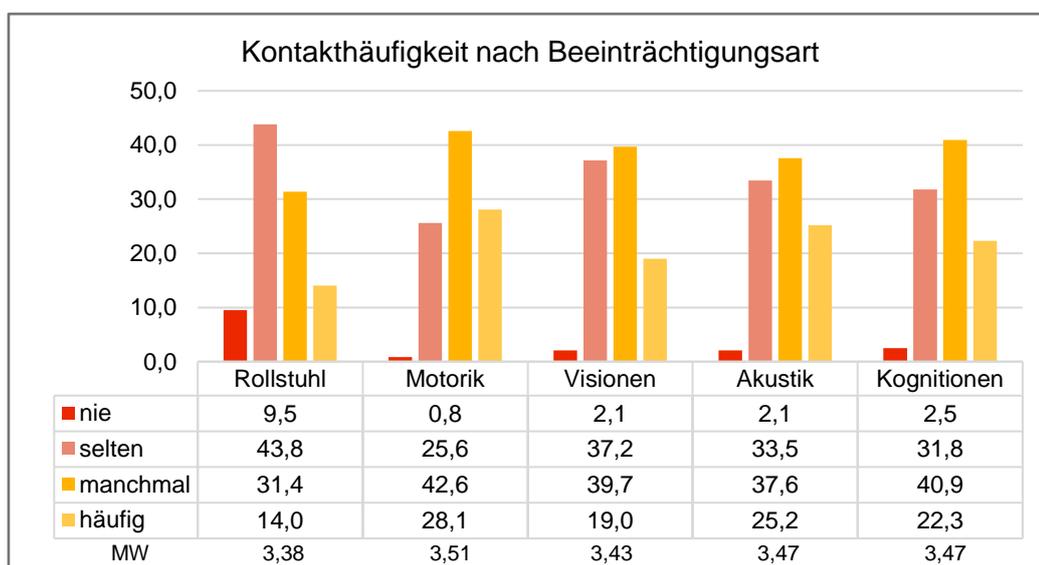
\*Unter Weitere sind Facharztpraxen für Dermatologie und Venereologie, Plastische Chirurgie, Physikalische und rehabilitative Medizin, Nuklearmedizin, Chirurgie, Proktologie, Kardiologie und Labormedizin zusammengefasst, die jeweils weniger als vier Nennungen aufweisen.

\*\*Die Praxisgröße wurde aus der Summe der Anzahl von Ärzten/-innen sowie der Anzahl von weiteren Mitarbeitern/-innen gebildet. Die Kategorisierung basiert auf der Häufigkeitsverteilung für drei Subgruppen.

Die Hälfte der Befragten sind Einzelpraxen (48,3 %), weitere 17,8 % sind Berufsausübungsgemeinschaften (BAG, früher Gemeinschaftspraxis) und zusätzliche 12,8 % gehören einer Praxisgemeinschaft an. Darüber hinaus haben drei Medizinische Versorgungszentren an der Befragung teilgenommen. Das Baujahr der Gebäude, in denen sich die jeweiligen Praxen befinden, liegt Großteils vor 2010 (82,2 %). Jede zehnte Praxis (11,6 %) wurde in der Zeit zwischen 2010 und 2018 und fünf Praxen (2,1 %) nach 2018 gebaut. Die Fragebögen wurden überwiegend von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ausgefüllt (85,1 %) und nur wenige vom Praxispersonal.

Die meisten Praxen haben „manchmal“ (38,4 %) Kontakt mit Menschen mit Behinderung. Die ambulant-ärztliche Versorgung wird laut Angaben der befragten Praxen am „häufigsten“ von Menschen mit Einschränkungen in der Motorik in Anspruch genommen (MW = 3,51; 70,7 %), gefolgt von Menschen mit kognitiven Einschränkungen (MW = 3,47; 63,2 %) sowie Menschen mit Einschränkungen in der akustischen (MW = 3,47; 62,8 %) und der visuellen Wahrnehmung (MW = 3,43; 58,7 % manchmal bis häufig). Mehr als die Hälfte der befragten Praxen (53,3 %) gibt an, „nie“ oder nur „selten“ Kontakt mit Menschen zu haben, die in einem Rollstuhl sitzen (MW = 3,38) (vgl. Abb. 4).

Abb. 4: Kontakthäufigkeit nach Beeinträchtigungsart



Die ambulant-ärztliche Versorgung wird laut Angaben der befragten Praxen am „häufigsten“ von Menschen mit Einschränkungen in der Motorik in Anspruch genommen.

n=242, Angaben in gerundeten Prozenten, nur gültige Fälle. Antwortmöglichkeiten von (1 = selten bis 4 = häufig). MW = Mittelwert

Die Kontakthäufigkeit von Menschen mit Einschränkungen der visuellen ( $r = 0,177$ ,  $p = 0,006$ ) sowie mit der akustischen Wahrnehmung ( $r = 0,130$ ,  $p = 0,046$ ) weisen jeweils einen signifikanten linearen Zusammenhang mit dem transformierten Subindex zu „Allgemeine Umgangsweisen“ mit schwachen Effektstärken nach Pearson auf. Dies bedeutet: Je häufiger eine Praxis Kontakt mit Menschen mit Einschränkungen der visuellen oder akustischen Wahrnehmung hat, desto barrierefreier bzw. behindertenfreundlicher geht sie mit ihren Patientinnen und Patienten um. Jedoch kann hierbei keine Wirkrichtung analysiert werden, also ob die Umgangsweisen bei diesen Praxen behindertenfreundlicher sind, aufgrund der hohen Kontakthäufigkeit mit diesen beiden Personengruppen, oder ob Menschen mit akustischen und visuellen Einschränkungen gezielt mehr solche Praxen aufsuchen, da sie dort ihrer Einschränkung entsprechend behandelt werden. Die Korrelationen mit den anderen Beeinträchtigungsarten und der „Allgemeinen Umgangsweise“ sind nicht signifikant

Je häufiger eine Praxis Kontakt mit Menschen mit Einschränkungen der visuellen oder akustischen Wahrnehmung hat, desto barrierefreier bzw. behindertenfreundlicher geht diese mit ihren Patientinnen und Patienten um.



- **Überblick zur Umfassenden Barrierefreiheit**

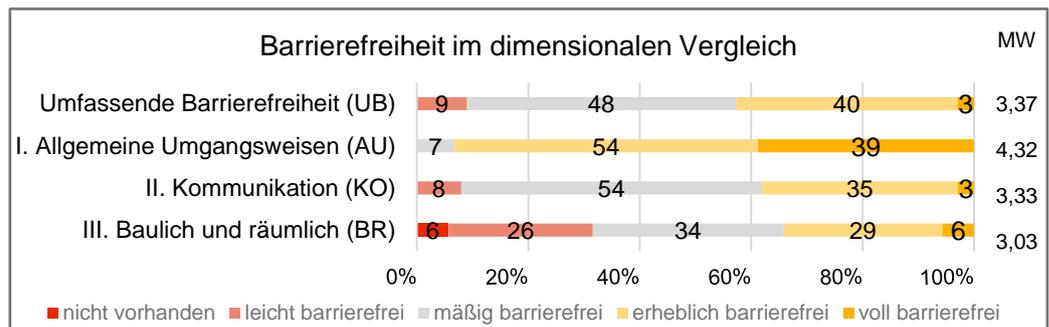
Hintergründe zur Operationalisierung und zur Level-Festlegung sind auf S. 8 f. zu entnehmen.

Alle Daten sind im Tabellenband zu finden (S. 40 ff.). Insgesamt erreichen 2,9 % der befragten Praxen das Level „voll barrierefrei“, 38,4 % „erheblich“, 46,7 % „mäßig“ und 8,7 % „leicht barrierefrei“. Keine der befragten Praxen ist bei dem berechneten Gesamtindex (Umfassende Barrierefreiheit) dem untersten Barrierefreiheit-Level „nicht vorhanden“ zuzuordnen (vgl. Tab. 10 f., S. 40 f.). Im dimensional Vergleich lassen sich deutliche Unterschiede feststellen (vgl. Abb. 5).

Die erste Dimension „Allgemeine Umgangsweisen“ schneidet mit einem Mittelwert (MW) von  $4,32 \pm 0,6$  am besten ab, die zweite Dimension „Kommunikation“ wurde durchschnittlich mit einem Punkt weniger bewertet ( $MW = 3,33 \pm 0,7$ ). Die schlechtesten Werte mit der höchsten Diversität werden in der Dimension „Bauliche und räumliche Barrierefreiheit“ erreicht ( $MW = 3,03 \pm 1,0$ ). Im Arztgruppen-Vergleich können bei den Hausarztpraxen höhere Werte des transformierten (vgl. Tab. 3, S. 8) Subindex „Allgemeine Umgangsweisen“ ( $MW = 40,22 \pm 0,6$ ) beobachtet werden, als bei den Facharztpraxen ( $MW = 37,98 \pm 0,4$ ). Dieser Unterschied konnte als signifikant nachgewiesen werden ( $t(233) = 3,033$ ;  $p = 0,003$ ). Der transformierte Subindex „Allgemeine Umgangsweisen“ der Hausarztpraxen ist (entgegen dem der Facharztpraxen) durchschnittlich 2,24 Punkte höher (95 %-KI [0,78; 3,69]). Die Effektstärke nach Cohen entspricht hierbei einem kleinen Effekt vorliegt ( $\delta = 0,43$ ).

Abb. 5: Barrierefreiheit im dimensional Vergleich

Die „Allgemeinen Umgangsweisen“ werden aus Sicht der befragten Praxen am besten erfüllt.

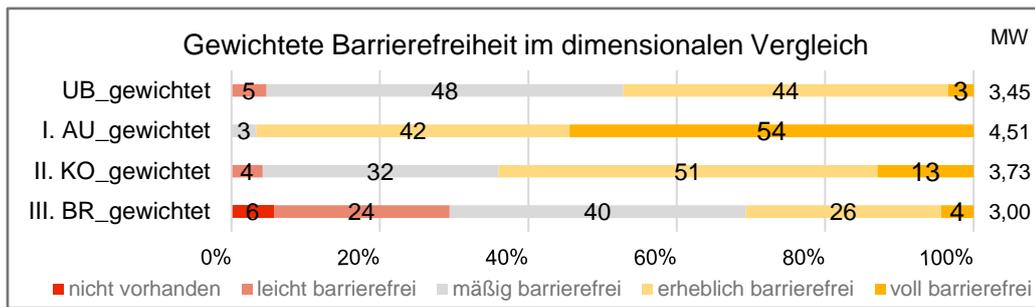


*n = 242, Angaben in gerundeten Prozenten, nur gültige Fälle, MW = Mittelwert*

Insbesondere die als besonders bedeutsam angesehen Kriterien der Barrierefreiheit werden häufig umgesetzt.

Werden die Fragebogen-Items entsprechend der Durchschnittswerte in der Matrix der Barrierefreiheit gewichtet (vgl. Tab. 2, S. 5 f., methodische Beschreibung auf S. 8), fallen die (Sub-) Indizes insgesamt etwas besser aus. Dies könnte insbesondere auf die durchweg hohen Gewichtungsfaktoren in der ersten Dimension „Allgemeine Umgangsweisen“ und die zeitgleich sehr positiven Angaben der Praxen in dieser Dimension zurückzuführen sein. Der größte Unterschied zeigt sich in der zweiten Dimension „Kommunikation“: Der gewichtete Subindex (KO\_gewichtet) steigt um 0,4 Punkte an (vgl. Abb. 5 gegenüber Abb. 6, S. 15; Tab. 9 f., S. 40 f.). Somit kann darauf geschlossen werden, dass die Kriterien der Barrierefreiheit, die von dem Expertenteam als besonders wichtig eingestuft wurden (vgl. hohe MW in Tab. 2, S. 5 f.), von den befragten Praxen maßgeblich erfüllt werden.

Abb. 6: Gewichtete Barrierefreiheit im dimensionalen Vergleich

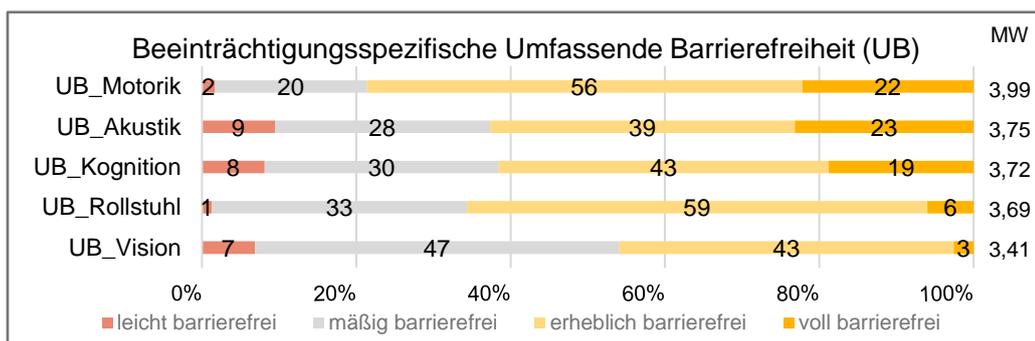


Die gewichteten Indizes fallen insgesamt etwas besser aus als die ungewichteten.

*n = 242, Angaben in gerundeten Prozenten, nur gültige Fälle, UB = „Umfassende Barrierefreiheit“, AU = „Allgemeine Umgangsweisen“, KO = „Kommunikation“, BR = „Bauliche und räumliche Barrierefreiheit“, MW = Mittelwert*

Werden die Fragebogen-Items nun beeinträchtigungsspezifisch gewichtet (vgl. Tab. 2, S. 5 ff., methodische Beschreibung auf S. 8), verbessert sich die vorliegende Barrierefreiheit in den befragten Praxen für fast alle Beeinträchtigungsarten. Dabei zeigt sich, dass die Barrierefreiheit für Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungsarten unterschiedlich gut gegeben ist. Die Praxen scheinen insgesamt am besten an die Bedürfnisse von Menschen mit motorischen Einschränkungen ( $MW_{\text{Motorik}} = 3,99 \pm 0,7$ ) und am schlechtesten an die Bedürfnisse von Menschen mit Einschränkungen in der visuellen Wahrnehmung ( $MW_{\text{Vision}} = 3,41 \pm 0,7$ ) angepasst zu sein (vgl. Abb. 7; Tab. 9 f., S. 40 f.).

Abb. 7: Beeinträchtigungsspezifische Umfassende Barrierefreiheit



Die Praxen sind am besten für die Belange von Menschen mit motorischen Einschränkungen ausgestattet. Die Barrierefreiheit für Personen mit visuellen Einschränkungen ist am wenigsten gegeben.



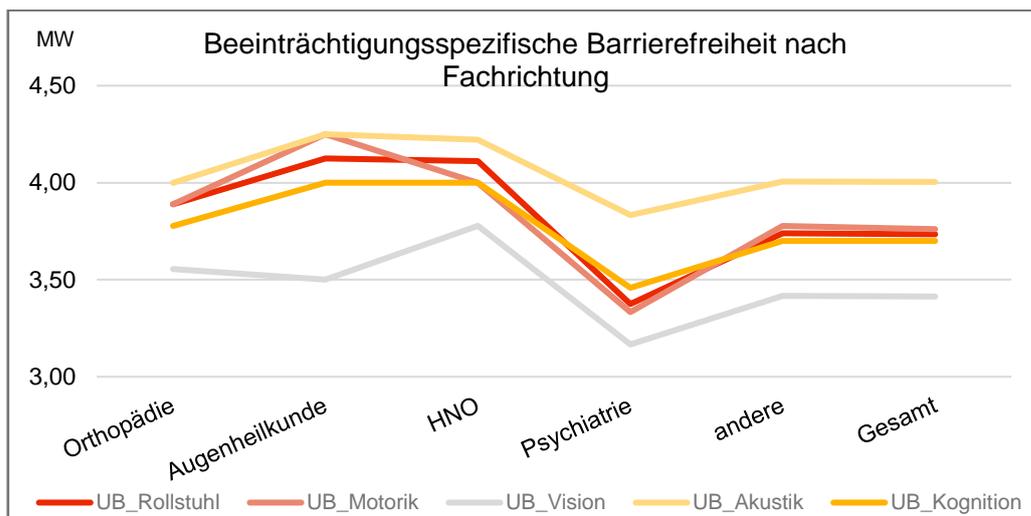
*n = 242, Angaben in gerundeten Prozenten, nur gültige Fälle, absteigend sortiert, UB = „Umfassende Barrierefreiheit“, MW = Mittelwert*

Die Überprüfung, ob ein Zusammenhang zwischen der Fachrichtung und der beeinträchtigungsspezifischen Barrierefreiheit besteht, erwies sich in den Mehrfachvergleichen als nicht signifikant. Jedoch zeigt sich bei Betrachtung der Mittelwerte, dass bei allen beeinträchtigungsspezifischen Indizes die Fachrichtungen „Augenheilkunde“, „HNO“ und „Orthopäde“ im Schnitt besser und „Psychiatrie“ schlechter abschneiden (vgl. Abb. 8, S. 16).

Auch in den gewichteten Dimensionen lassen sich beeinträchtigungsspezifische Unterschiede feststellen. Da in der ersten Dimension kaum Unterschiede in der Gewichtung (vgl. Tab. 2, S. 5 ff.) sowie in den Ergebnissen ( $MW_{\text{AU}} = 4,32 \pm 0,6$ ) zu sehen sind, werden die beiden anderen Dimensionen in den jeweiligen Kapiteln beeinträchtigungsspezifisch betrachtet (vgl. S. 18 ff.)

Abb. 8: Beeinträchtigungsspezifische Barrierefreiheit nach Fachrichtung

Facharztpraxen der Orthopädie, Augenheilkunde und HNO schneiden tendenziell besser in der beeinträchtigungsspezifischen Barrierefreiheit ab. Die Unterschiede sind jedoch nicht signifikant.



*n* = 242, Mittelwerte-Vergleich (Werte zwischen 0,00 und 5,00 sind möglich). MW = Mittelwert. UB = „Umfassende Barrierefreiheit“. Es ist zu beachten, dass es sich um sehr kleine Subgruppen mit unterschiedlichen Umfängen handelt (vgl. Tab. 6). Bei der Fachrichtung Psychiatrie ist ebenso Psychosomatische Medizin und Psychotherapie eingeschlossen.

Im Stadt-Land-Vergleich sind kaum Unterschiede in der vorliegenden Barrierefreiheit zu beobachten. Insgesamt sind die Praxen im Stadtkreis durchschnittlich etwas barrierefreier (MW<sub>Stadtkreis</sub> = 3,42 vs. MW<sub>Landkreis</sub> = 3,32), dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant (*p* > 0,05). Da die zwölf Regionen als Subgruppen sehr klein sind, ist nur eine vorsichtige Interpretation zulässig: Überdurchschnittlich positiv schneiden die Praxen in den Regionen Freiburg-Süd-West, Markgräflerland Nord und Freiburg-West ab. Der Hochschwarzwald erreicht hingegen im gesamten Regionen-Vergleich, mit Ausnahme in der Dimension „Kommunikation“, sehr niedrige Barrierefreiheit-Mittelwerte (vgl. Tab. 7). Lediglich in der gewichteten Dimension „Kommunikation“ ist ein signifikanter Zusammenhang mit den Regionen zu beobachten ( $\chi^2(18) = 31,86$ , *p* = 0,023, *n* = 237), jedoch weist dieser nur eine kleine Effektstärke auf (CramersV = 0,23).

Tab. 7: Barrierefreiheit im regionalen Vergleich

Die Barrierefreiheit gestaltet sich im Stadt- und Landkreis ähnlich. Es sind nur kleine Unterschiede zu beobachten, die jedoch nicht signifikant oder sehr schwache Effektstärken aufzeigen.



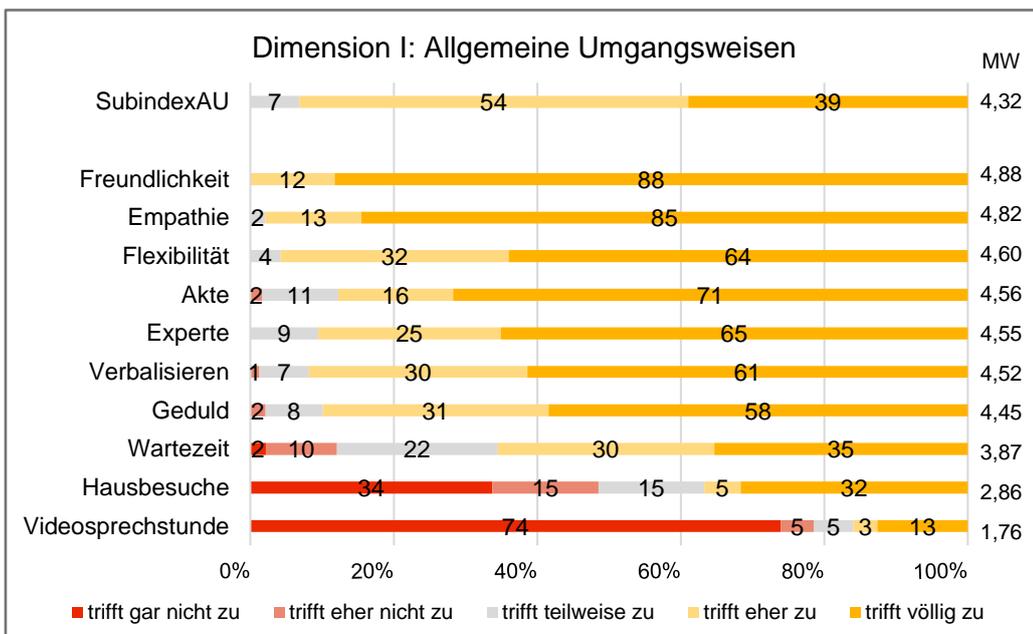
	UB	I. AU	II. KO	II. BR
Freiburg-Süd-West	3,78	4,44	3,22	3,25
Markgräflerland Nord	3,57	4,36	3,50	3,46
Markgräflerland Süd	3,46	4,25	3,38	3,33
Freiburg-Mitte	3,44	4,20	3,39	3,06
Freiburg-Nord	3,40	4,50	3,27	3,07
Dreisamtal, Gundelfingen, Glottertal	3,37	4,44	3,37	3,00
Freiburg-West	3,31	4,75	3,56	2,71
Freiburg-Ost	3,30	4,45	3,36	3,00
Freiburg-Süd	3,29	4,19	3,19	2,90
Kaiserstuhl-Tuniberg	3,24	4,29	3,05	2,95
Batzenberg, Schönberg, Hexental	3,18	4,46	3,15	2,91
Hochschwarzwald	3,12	4,24	3,39	2,73

*n* = 242, berechnete Mittelwerte (Werte zwischen 0,00 und 5,00 sind möglich), absteigend sortiert nach UB-MW. UB = „Umfassende Barrierefreiheit“, AU = „Allgemeine Umgangsweisen“, KO = „Kommunikation“, BR = „Bauliche und räumliche Barrierefreiheit“, MW = Mittelwert. Je Dimension sind der höchste (kräftiges gelb) und zweithöchste (schwaches gelb) sowie der niedrigste (starkes rot) und zweitniedrigste (schwaches rot) Wert farblich hervorgehoben.

- **Allgemeine Umgangsweisen**

Im dimensionalen Vergleich beantworteten die Praxen die Fragen zu den „Allgemeinen Umgangsweisen“ am positivsten (MW = 4,32 ± 0,6) (vgl. Abb. 5 f., S.14 f.). Nahezu alle Praxen geben an, ihre Patientinnen und Patienten mit Behinderungen freundlich und respektvoll zu behandeln [*Freundlichkeit*] (98,3 % trifft eher bis völlig zu), mit ihnen sensibel und empathisch umzugehen [*Empathie*] (96,7 % trifft eher bis völlig zu), sie als Expertinnen und Experten für ihre eigene Gesundheit anzusehen und sie in den Entscheidungsprozess direkt miteinzubeziehen [*Experte*] (86,8 % trifft eher bis völlig zu). Falls es aufgrund einer Beeinträchtigung länger dauert oder eine Untersuchung problematisch wird, sind die Praxisteams in der Lage geduldig zu sein [*Geduld*] (88,4 % trifft eher bis völlig zu), sowie flexibel und kreativ Lösungen zu finden [*Flexibilität*] (93,4 % trifft eher bis völlig zu). Damit auch alle entsprechend reagieren können, wird eine vorliegende Beeinträchtigung in die Patientenakte aufgenommen [*Akte*] (86,0 % trifft eher bis völlig zu). Darüber hinaus sind sie der Ansicht, alle Handlungen bei sehbeeinträchtigten und blinden Patientinnen und Patienten zu verbalisieren [*Verbalisieren*] (88,4 % trifft eher bis völlig zu). Um eine besonders kurze Wartezeit für Personen mit kognitiven Einschränkungen bemüht sich ungefähr jede siebte befragte Praxis [*Wartezeit*] (62,8 % trifft eher bis völlig zu zu) (vgl. Abb. 9; Tab. 11 f., S. 41 f.).

Abb. 9: Dimension I - Allgemeine Umgangsweisen



Nahezu jede befragte Praxis gibt an, die „Allgemeinen Umgangsweisen“ gut zu erfüllen.

*n=242, Angaben in gerundeten Prozenten, nur gültige Fälle, sortiert nach MW absteigend. Antwortmöglichkeiten von (1 = trifft gar nicht zu bis 5 = trifft völlig zu). Beim Subindex handelt es sich um Spannen (0<1,5 = 1; ≥1,5<2,5 = 2; ≥2,5 <3,5 = 3; ≥3,5<4,5 = 4; >4,5≤5 = 5). Werte <1 (gerundet) wurden für die Übersichtlichkeit weggelassen. AU = „Allgemeine Umgangsweise“, MW = Mittelwert.*

Eine *Videosprechstunde* bietet etwa jede fünfte Praxis an (21,4 % trifft teilweise bis völlig zu). Am häufigsten sind diese Praxen aus dem psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Bereich (12 von insgesamt 24 dieser Fachpraxen gaben „trifft völlig zu“ an). Zudem zeigt sich hier ein signifikanter Stadt-Land-Unterschied: Praxen im Stadtkreis bieten signifikant öfter Videosprechstunden an, als Praxen im Landkreis (U = 5856,0; z = -2,616; p = 0,009; r = 0,17). *Hausbesuche* bietet etwa jede zweite Praxis an (51,5 % trifft teilweise bis völlig zu). Dabei zeigen sich Unterschiede zwischen den Fachgruppen: Hausarztpraxen bieten fast doppelt so oft Hausbesuche an, wie Facharztpraxen (MW<sub>Hausärzte</sub> = 4,55; MW<sub>Fachärzte</sub> = 2,18). Ansonsten zeigen sich in dieser Dimension keine signifikanten Unterschiede zwischen den Arztgruppen.

Jede fünfte Praxis bietet eine Videosprechstunde an. Praxen im Stadtkreis bieten dies häufiger an, als Praxen im Landkreis.



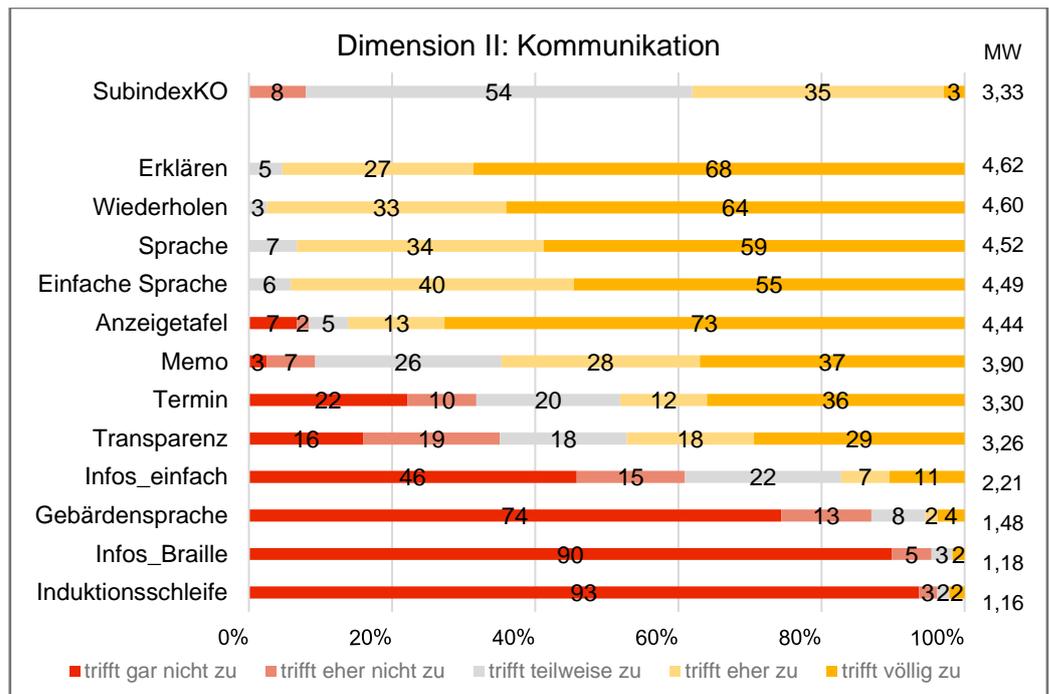
Hausbesuche werden vorrangig von Hausarztpraxen angeboten.

- **Kommunikation**

Die Angaben zur „Kommunikation“ schneiden im dimensionalen Vergleich der Barrierefreiheit am zweitbesten ab ( $MW_{KO\_Level} = 3,33 \pm 0,7$ ) (vgl. Abb. 5 f., S.14 f.). Da durch die Gewichtung eine sehr große Verbesserung von 0,4 Punkten zu beobachten ist ( $MW_{KO\_Level\_gewichtet} = 3,73 \pm 0,7$ ), sind scheinbar die Items, die laut der Matrix besonders relevant sind, in den befragten Praxen überdurchschnittlich gut ausgeprägt (vgl. Tab. 9 f., S. 40 f.). Jedoch unterscheiden sich die 12 Items innerhalb der Dimension deutlich (von MW 1,16 bis 4,62) (vgl. Abb. 10; Tab. 13 f., S. 41).

Abb. 10: Dimension II – Kommunikation

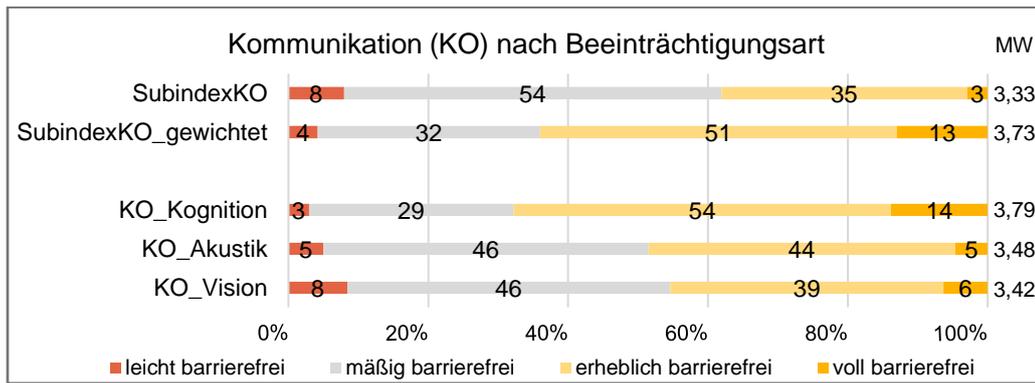
Die Anforderungen an die kommunikative Barrierefreiheit sind divers gegeben.



*n=242, Angaben in gerundeten Prozenten, nur gültige Fälle sortiert nach MW absteigend. Antwortmöglichkeiten von (1 = trifft gar nicht zu bis 5 = trifft völlig zu). Beim Subindex handelt es sich um Spannen ( $0 < 1,5 = 1$ ;  $\geq 1,5 < 2,5 = 2$ ;  $\geq 2,5 < 3,5 = 3$ ;  $\geq 3,5 < 4,5 = 4$ ;  $> 4,5 \leq 5 = 5$ ). Werte <1 (gerundet) wurden für die Übersichtlichkeit weggelassen. KO = „Kommunikation“, MW = Mittelwert*

Im beeinträchtigungsspezifischen Vergleich benötigen besonders Menschen mit visuellen, akustischen und kognitiven Einschränkungen spezifische Gegebenheiten in der kommunikativen Barrierefreiheit (vgl. Tab. 2, S. 5 f.). Daher wurden für diese, drei beeinträchtigungsspezifische Dimensionen gebildet (vgl. S. 5 ff., methodische Beschreibung auf S. 8). Dabei fallen die Mittelwerte der beeinträchtigungsspezifischen Dimensionen zwar höher als der berechnete Mittelwertindex der Dimension (SubindexKO) aus, wird dieser jedoch mit den Scores aus der Matrix gewichtet (SubindexKO\_gewichtet), sind lediglich die Anforderungen für Menschen mit kognitiven Fähigkeiten überdurchschnittlich gut gegeben. Die kommunikative Barrierefreiheit für Menschen mit Einschränkungen in der visuellen oder akustischen Wahrnehmung fällt durchschnittlich 0,3 Punkte schlechter aus (vgl. Abb. 11, S. 19; Tab. 9 f., S. 410).

Abb. 11: Kommunikation nach Beeinträchtigungsart



n = 242, Angaben in gerundeten Prozenten, nur gültige Fälle, KO = „Kommunikation“, MW = Mittelwert

Informationen zur Barrierefreiheit [Transparenz] liegen für etwa jede zweite Praxis im Vorfeld eines Arztbesuches vor (45,0 % trifft eher bis völlig zu). Aspekte, die auf die allgemeinen kommunikativen Umgangsweisen abzielen, werden aus Sicht der Praxen überwiegend erfüllt. So gibt nahezu jede befragte Praxis an, dass sie darauf achtet, Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen alle Handlungen verständlich zu kommunizieren und Medikamenteneinnahmen ausführlich zu erklären [Erklären] (93,0 % trifft eher bis völlig zu) sowie drauf zu achten, ob alles verstanden wurde und Informationen ggf. zu wiederholen [Wiederholen] (96,3 % trifft eher bis völlig zu). Darüber hinaus schätzen neun von zehn Praxen ein, im Umgang mit Menschen mit visuellen, auditiven oder kognitiven Beeinträchtigungen darauf zu achten, besonders deutlich und langsam zu sprechen und Blickkontakt aufzunehmen [Sprache] (91,7 % trifft eher bis völlig zu). Zudem gehen die Praxen davon aus, eine einfache Sprache ohne Fremdwörter und mit kurzen Sätzen zu verwenden [Einfache Sprache] (93,4 % trifft eher bis völlig zu) (vgl. Tab. 13 f., S. 421).

Spezifische Anforderungen, die besonders gehörlose und schwerhörige Menschen betreffen, sind nur bedingt erfüllt: Die meisten Praxen geben an, diese Personen persönlich aus dem Wartezimmer abzuholen oder per Anzeigetafel zu informieren [Anzeigetafel] (84,7 % trifft eher bis völlig zu) und bieten zudem weitere Möglichkeiten für sprachlose Terminvereinbarungen an (Mail, SMS, Fax oder Website) [Termin] (67,4 % trifft teilweise bis völlig zu). Die Möglichkeit kurzfristig in Gebärden zu übersetzen oder eine Dolmetscherin bzw. Dolmetscher hinzuzuziehen [Gebärdensprache], besteht in 13 Praxen (5,4 % trifft eher bis völlig zu). Ferner geben zwei Praxen an, über eine Induktionsschleife oder andere Unterstützungsangebote der Akustik zu verfügen [Induktionsschleife]. Allerdings werden von einem Großteil der Praxen wichtige Informationen schriftlich mitgegeben [Memo], was besonders bei Kommunikationsschwierigkeiten relevant ist (88,9 % trifft teilweise bis völlig zu).

Des Weiteren liegen Informationsmaterialien und Formulare selten für Menschen mit einer Sehbeeinträchtigung in Brailleschrift, digital, als Audiodatei o. Ä. vor [Infos\_Braille] (1,7 % trifft eher bis völlig zu). Diese werden jedoch von einigen Praxen in einfacher Sprache angeboten [Infos\_einfach] (16,9 % trifft eher bis völlig zu), wovon besonders Menschen mit kognitiven Einschränkungen, wie auch Menschen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, profitieren können.

Nach Gewichtung der einzelnen Kriterien zeigt sich, dass die barrierefreie Kommunikation für Menschen mit akustischen und visuellen Beeinträchtigungen eingeschränkt ist.



Kommunikative Anforderungen für Menschen mit kognitiven Einschränkungen werden überwiegend erfüllt.



Die befragten Praxen weisen besonders häufig kommunikative Barrieren für Menschen mit Einschränkungen in der akustischen Wahrnehmung auf.



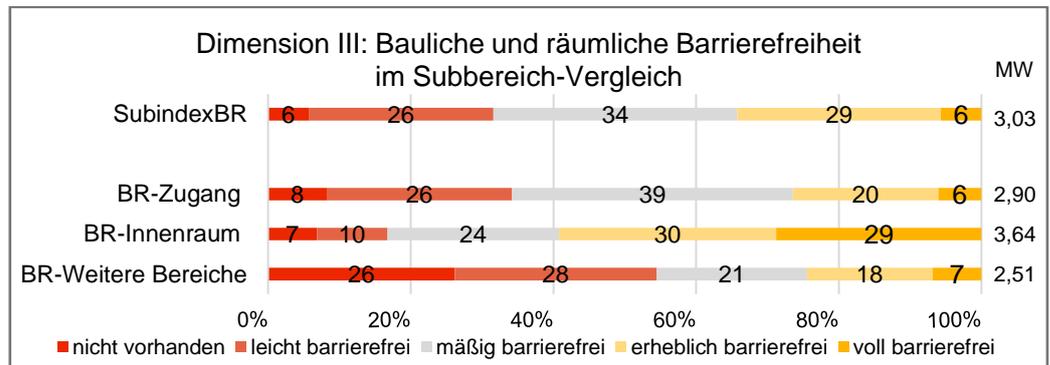
- **Bauliche und räumliche Barrierefreiheit**

Die dritte Dimension „Bauliche und räumliche Barrierefreiheit“ umfasst mit 34 die meisten Kriterien. Dabei lassen sich die verschiedenen Subbereiche in Zugang (BR11), Innenraum (BR12) und weitere Bereiche (BR13) untergliedern, die nach einem kurzen Überblick einzeln mit ihren Items betrachtet werden.

Wie bereits ausgeführt, schneidet diese Dimension mit einem Mittelwert von  $3,03 \pm 1,0$  insgesamt am schlechtesten mit den durchweg höchsten Standardabweichungen ab (vgl. Abb. 5 f., S.14 f.), sodass in diesem Bereich die ausgeprägtesten Barrieren und Unterschiede zwischen den Praxen liegen. Die Innenräume der Praxen sind meist ziemlich barrierefrei gestaltet ( $MW_{BR\text{-Innenraum}} = 3,64 \pm 1,2$ ), deutlich eingeschränkter sind hingegen der Zugang ( $MW_{BR\text{-Zugang}} = 2,90 \pm 1,0$ ) und weitere Bereiche ( $MW_{BR\text{-Weitere Bereiche}} = 2,51 \pm 1,2$ ) (vgl. Abb. 12; Tab. 15 f., S. 42 f.)

Abb. 12: Dimension III: Bauliche und räumliche Barrierefreiheit im Subbereich-Vergleich

Die bauliche und räumliche Barrierefreiheit gestaltet sich sehr unterschiedlich. Insbesondere der Zugang ist häufig erschwert.

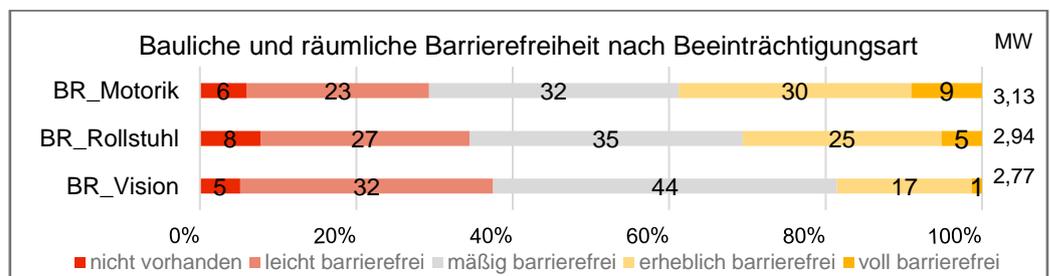


*n = 242, Angaben in gerundeten Prozenten, nur gültige Fälle, BR = „Bauliche und räumliche Barrierefreiheit“, MW = Mittelwert*

Dabei sind die Anforderungen an die Barrierefreiheit zwischen den Beeinträchtigungsarten sehr divers. Im beeinträchtigungsspezifischen Vergleich der drei höchsten Scores in dieser Dimension (BR\_Vision, BR\_Motorik, BR\_Rollstuhl; vgl. Tab. 2, S. 5 f.) zeigt sich, dass die „Bauliche und räumliche Barrierefreiheit“ für Menschen mit motorischen Einschränkungen relativ gut gegeben ist ( $MW = 3,13 \pm 1,0$ ). Sind diese jedoch zusätzlich auf einen Rollstuhl angewiesen, verschlechtert sich der Dimensionsdurchschnitt ( $MW = 2,94 \pm 1,0$ ). Menschen mit Einschränkungen in der visuellen Wahrnehmung begegnen in dieser Dimension den am stärksten ausgeprägten Barrieren ( $MW = 2,77 \pm 1,0$ ) (vgl. Abb. 13; Tab. 9 f., S. 40).

Abb. 13: Bauliche und räumliche Barrierefreiheit nach Beeinträchtigungsart

Die baulichen und räumlichen Gegebenheiten bergen insbesondere für Personen mit visuellen Einschränkungen Barrieren.



*n = 242, Angaben in gerundeten Prozenten, nur gültige Fälle, BR = „Bauliche und räumliche Barrierefreiheit“, MW = Mittelwert*

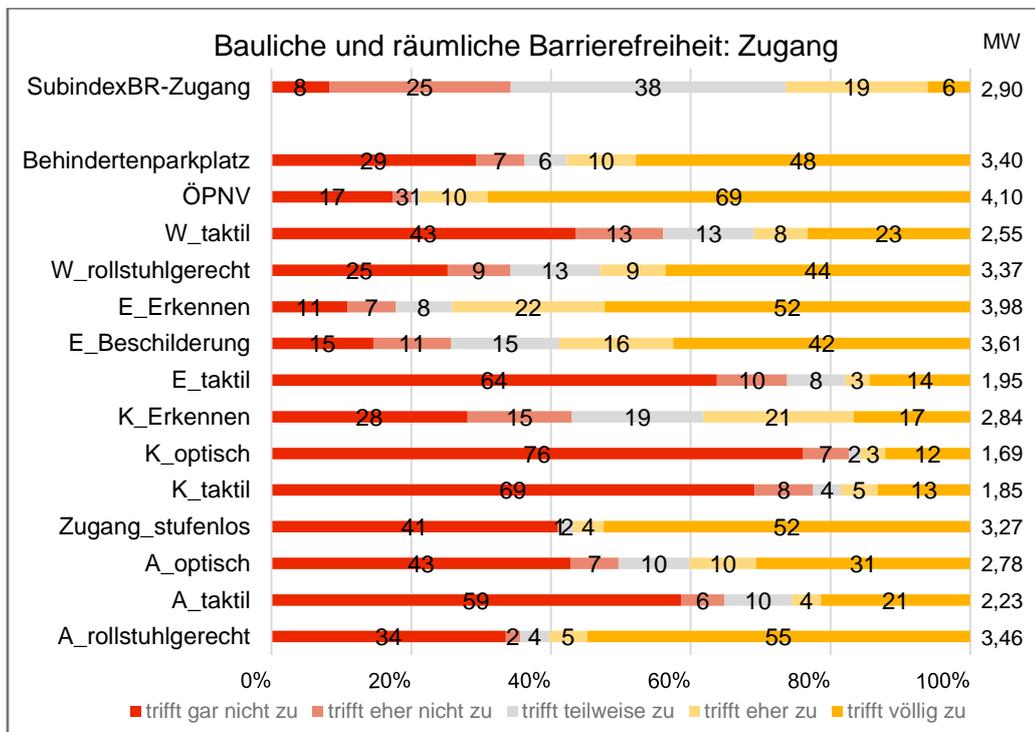
Unterschiede in der „Baulichen und räumlichen Barrierefreiheit“ stehen in Zusammenhang mit der Größe sowie dem Baujahr der Praxen: „Große“ Praxen (mit 10 und mehr Personen) weisen eine signifikant höhere „Bauliche und räumliche Barrierefreiheit“ auf als „kleine“ Praxen (mit bis zu 5 Personen) ( $F(2, 213)$ ;  $p = 0,012$ ;  $\omega^2 = 0,03$ ). Nach der Interpretation von Kirk (1996) handelt es sich dabei um einen kleinen bis mittleren Effekt. In Bezug auf das Baujahr ist zu sehen, dass die mittleren Ränge bei den Praxen, die 2010 und später gebaut wurden, höher sind, als bei denen, die vor 2010 gebaut wurden. Höhere Werte sprechen hierbei für eine bessere Barrierefreiheit. Diese Beobachtung ist signifikant, jedoch handelt es sich wieder um einen schwachen Effekt ( $U = 2.268,0$ ;  $z = -2,39$ ;  $p < 0,009$ ;  $r = 0,16$ ).

**Große Praxen weisen eine bessere bauliche und räumliche Barrierefreiheit auf, als kleinere Praxen. Ebenso sind Praxen welche nach 2010 gebaut worden barriereärmer.**

## Zugang

Der Zugang zu den befragten Praxen erreicht bei den Kriterien sehr unterschiedliche Mittelwerte von 1,69 bis 4,10 und durchschnittlich  $2,90 \pm 1,0$  (vgl. Abb. 14, Tab. 15 f., S. 42 f.).

Abb. 14: Bauliche und räumliche Barrierefreiheit: Zugang



**Die spezifischen Anforderungen an einen barrierefreien Zugang sind eingeschränkt gegeben.**

*n=242, Angaben in gerundeten Prozenten, nur gültige Fälle. Antwortmöglichkeiten von (1 = trifft gar nicht zu bis 5 = trifft völlig zu). Beim Subindex handelt es sich um Spannen ( $0 < 1,5 = 1$ ;  $\geq 1,5 < 2,5 = 2$ ;  $\geq 2,5 < 3,5 = 3$ ;  $\geq 3,5 < 4,5 = 4$ ;  $> 4,5 \leq 5 = 5$ ), BR = „Bauliche und räumliche Barrierefreiheit“, MW = Mittelwert, W  $\hat{=}$  Weg, E  $\hat{=}$  Eingang, K  $\hat{=}$  Klingel, A  $\hat{=}$  Aufzug.*

Jede zweite der befragten Praxen gibt an, dass in unmittelbarer Nähe zur Praxis mindestens ein Behindertenparkplatz (305 x 500 cm) vorhanden ist [Behindertenparkplatz] (MW =  $3,40 \pm 1,7$ ; 55,4 % trifft eher bis völlig zu). Dabei lässt sich ein Stadt-Land-Unterschied feststellen: Praxen im Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald haben durchschnittlich öfter einen Behindertenparkplatz zur Verfügung (MW = 3,61) als Praxen im Stadtkreis Freiburg (MW = 3,24). Dem gegenüber steht, dass etwas mehr als die Hälfte der insgesamt 144 öffentlich angebotenen Praxen (ÖPNV-Haltestelle binnen zehn Gehminuten erreichbar) [ÖPNV] aus dem Stadtkreis sind (MW = 4,11; 33,9 % von insgesamt 59,5 % trifft eher bis völlig zu).

**Der Weg zu einer Arztpraxis ist besonders für Menschen im Rollstuhl und Einschränkungen im Sehvermögen schwierig zu bewältigen.**



**\*Rollstuhlgerecht** bedeutet laut DIN-Norm Bodensteigung max. 6 %, Schwellen max. 2 cm hoch, Durchgänge mind. 90 cm breit, Schalter o. Ä. auf 85-105 cm Höhe, Bewegungsflächen zum Wenden 150 x 150 cm, Aufzug mind. 110 x 140 cm groß [15].

Die ÖPNV-Haltestelle(n) und die Wege zu den Praxen verfügen lediglich bei jeder dritten Praxis (31,2 %) über taktile Bodenelemente und ggf. akustische Ampeln [*Weg\_taktil*]. Dabei sind fast doppelte so viele aus dem Stadtkreis (19,0 % vs. 9,5 %). Ein etwas ausgeglicheneres Bild zeigt sich bei der Frage, ob diese ÖPNV-Haltestellen und der Weg zur Praxis rollstuhlgerecht\* passierbar sind [*Weg\_rollstuhlgerecht*], das auf etwas mehr als jede zweite Praxis mit öffentlicher Anbindung zutrifft (53,0 % trifft eher bis völlig zu, davon 30,2 % aus dem Stadt- und 22,8 % aus dem Landkreis) (vgl. Tab. 8).

**Praxen im Stadtkreis haben häufiger einen (barrierefreien) ÖPNV-Anschluss und Praxen aus dem Landkreis häufiger einen Behindertenparkplatz zur Verfügung.**



Tab. 8: Stratifizierte Kreuztabelle zur Anfahrt bzw. Zugang im Stadt-Land-Vergleich

Kriterium	Trifft ... zu					Gesamt	MW
	gar nicht	eher nicht	teilweise	eher	völlig		
<b>Schichtung nach Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald</b>							
Behindertenparkplatz	26 (10,7 %)	7 (2,9 %)	8 (3,3 %)	8 (3,3 %)	56 (23,1 %)	105 (43,4 %)	3,61
ÖPNV	17 (7,0 %)	2 (0,8 %)	2 (0,8 %)	12 (5,0 %)	50 (20,7 %)	83 (34,3 %)	3,94
Weg_taktil	59 (24,4 %)	10 (4,1 %)	10 (4,1 %)	8 (3,3 %)	15 (6,2 %)	102 (42,1 %)	2,16
Weg_rollstuhlgerecht	28 (11,6 %)	11 (4,5 %)	14 (5,8 %)	12 (5,0 %)	41 (16,9 %)	106 (43,8 %)	3,27
<b>Schichtung nach Stadtkreis Freiburg</b>							
Behindertenparkplatz	42 (17,4 %)	9 (3,7 %)	6 (2,5 %)	15 (6,2 %)	53 (21,9 %)	125 (51,7 %)	3,24
ÖPNV	15 (6,2 %)	3 (1,2 %)	0 (0,0 %)	6 (2,5 %)	76 (31,4 %)	100 (41,3 %)	4,24
Weg_taktil	37 (15,3 %)	18 (7,4 %)	18 (7,4 %)	9 (3,7 %)	37 (15,3 %)	119 (49,2 %)	2,94
Weg_rollstuhlgerecht	30 (12,4 %)	10 (4,1 %)	16 (6,6 %)	10 (4,1 %)	60 (24,8 %)	126 (52,1 %)	3,45

**Der Zugang ist besonders für Menschen mit Einschränkungen des Seh- sowie des Hörvermögens problematisch.**

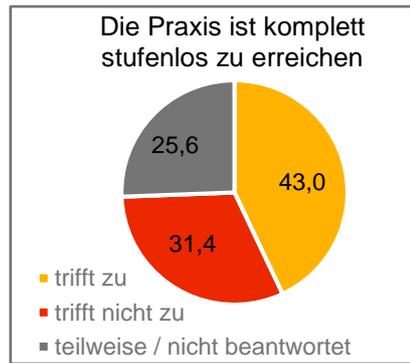


Ist der Weg zur Praxis bewältigt, stellen das Auffinden und Erkennen der Praxis bei den meisten Praxen, die dazu eine Angabe gemacht haben, keine großen Probleme dar [*Eingang\_Erkennen*] (MW = 3,98 ± 1,4; 53,3 von 71,9 % trifft eher bis völlig zu). Etwas mehr als jede zweite Praxis verfügt über eine gut sichtbare Beschilderung (mit Bildern oder Piktogrammen) [*Eingang\_Beschilderung*] (MW = 3,61 ± 1,5; 53,6 % trifft eher bis völlig zu) und rund ein Drittel der befragten Praxen gibt an, dass die Klingel zur Praxis separat ausgewiesen und leicht zu erkennen ist (bspw. durch Großdruck, Kontraste, Piktogramme) [*Klingel\_Erkennen*] (MW = 2,84 ± 1,5; 36,0 % trifft eher bis völlig zu). Über taktile Elemente wie bspw. Noppen, Rillen oder Markierungen auf dem Boden [*Eingang\_taktil*] oder Noppen an der Klingel bzw. eine Klingel mit akustischer Rückmeldung bspw. durch eine laute Sprechanlage [*Klingel\_taktil*] verfügt ungefähr jede sechste befragte Praxis (MW = 1,90 ± 1,5; 17,0 % trifft eher bis völlig zu). Eine optische Rückmeldung durch Lichtsignale oder einem Bildschirm besitzt etwa jede siebte befragte Praxis [*Klingel\_optisch*] (MW = 1,69 ± 1,4; 14,9 % trifft eher bis völlig zu). Dadurch ist das Reinkommen in eine Praxis insbesondere für Menschen mit Einschränkungen der visuellen und der akustischen Wahrnehmung erschwert.

Für Personen, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind, ist ein stufenloser Zugang (ggf. über eine Rampe oder einen Aufzug) Voraussetzung, um in eine Arztpraxis zu gelangen. Über einen entsprechenden Zugang verfügen 43,0 % der befragten Praxen [Stufenloser Zugang] (MW = 3,27 ± 1,9) (vgl. Abb. 15).

Wenn ein stufenloser Zugang ausschließlich über einen Aufzug gewährleistet ist, benötigt dieser ebenso spezifische Anforderungen, um für verschiedene Personengruppen barrierefrei zu sein.

Abb. 15: Stufenloser Zugang



Weniger als jede zweite Praxis ist komplett stufenlos zu erreichen.



Damit er seinen Nutzen für Rollstuhlfahrerinnen und -fahrer erfüllt [Aufzug\_rollstuhlgerecht], muss der Aufzug bspw. groß genug sein. Rund 145 Praxen haben Aussagen zum Aufzug getroffen. Rollstuhlgerecht sind von diesen rund 60,3 %, mit optischen Signalen für Hörbehinderte (Licht-Stockwerkanzeige, Notruf- Bildschirm, Kamera) [Aufzug\_optisch] sind 40,1 % und mit akustischen Signalen für Sehbehinderte (Stockwerks-Durchsagen, Notruf mit Sprechanlage) [Aufzug\_taktill] sind 25,5 % ausgestattet (MW = 3,46 ± 1,9; MW = 2,78 ± 1,8; MW = 2,23 ± 1,7). Somit sind die meisten vorhandenen Aufzüge nicht umfassend barrierefrei (vgl. Abb. 14, S. 21; Tab. 15 f., S. 42 f.).

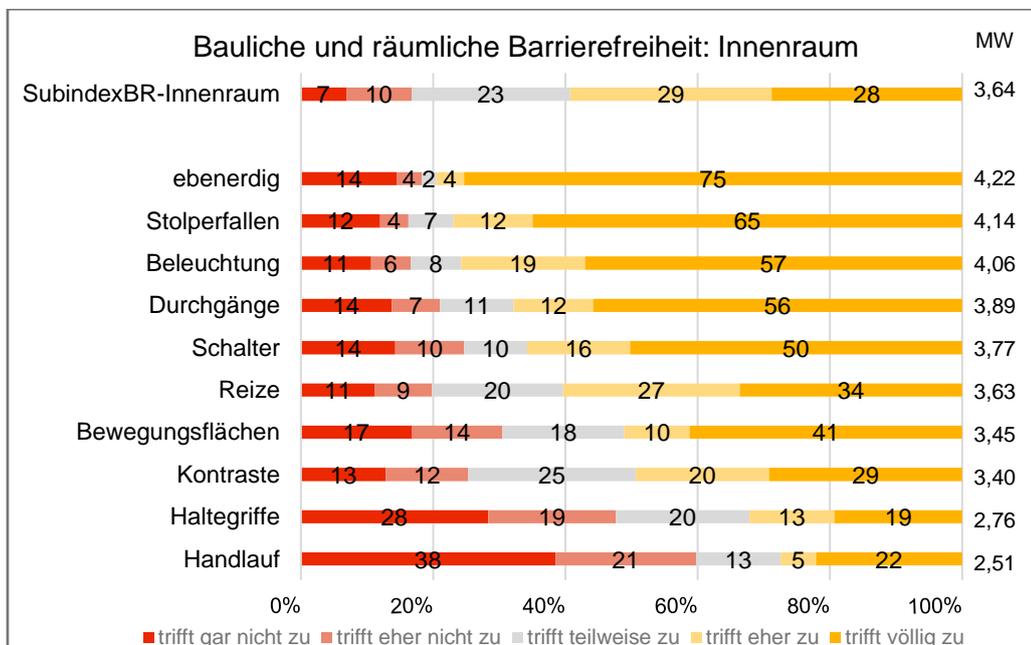
Einige Praxen verfügen über Aufzüge, die teilweise spezifische Anforderungen erfüllen.



### Innenraum

Die Kriterien zum Innenraum sind weitestgehend erfüllt (MW = 3,64 ± 1,2) (vgl. Abb. 16; Tab. 15 f., S. 42 f.). Dabei sollten diese im gesamten Innenraum der Praxis gegeben sein, also vom Eingangsbereich, mit Empfang, Wartebereich und Toilette, über die Flure und Durchgänge bis hin zu den (Behandlungs-) Zimmern.

Abb. 16: Bauliche und räumliche Barrierefreiheit: Innenraum



Die Innenräume der befragten Praxen erfüllen viele Merkmale der Barrierefreiheit.

n=242, Angaben in gerundeten Prozenten, nur gültige Fälle, sortiert nach MW absteigend. Antwortmöglichkeiten von (1 = trifft gar nicht zu bis 5 = trifft völlig zu). Beim Subindex handelt es sich um Spannen (0<1,5 = 1; ≥1,5<2,5 = 2; ≥2,5 <3,5 = 3; ≥3,5<4,5 = 4; >4,5≤5 = 5), BR = „Bauliche und räumliche Barrierefreiheit“, MW = Mittelwert

Die meisten Innenräume sind gut beleuchtet und kontrastreich gestaltet. Reize und Umgebungsgeräusche sind bei knapp der Hälfte der Praxen minimiert.



Die spezifischen Anforderungen an eine rollstuhlgerechte Innenraumgestaltung sind insgesamt gut gegeben.



Von einer rollstuhlgerechten Innenraumgestaltung (vgl. DIN-18140-1) profitieren ebenso (geriatrische) Patientinnen und Patienten mit Gehschwierigkeiten.

Im Großteil der Praxen ist eine gute Beleuchtung sichergestellt (MW =  $4,06 \pm 1,4$ ; 73,6 % trifft eher bis völlig zu) [*Innenraum\_Beleuchtung*], was für alle Patientinnen und Patienten wichtig ist. Zudem erfüllt ungefähr jede zweite Praxis eine kontrastreiche Gestaltung, sodass wesentliche Elemente wie Treppen, Glas, Türrahmen, Schalter und Sanitäreanlagen gut erkennbar sind [*Innenraum\_Kontraste*] (MW =  $3,40 \pm 1,4$ ; 47,5 % trifft eher bis völlig zu) und sich insbesondere Menschen mit einem eingeschränkten Sehvermögen zurechtfinden können. Darüber hinaus sollten in den Praxen die Umgebungsgeräusche minimiert werden [*Innenraum\_Reize*], damit Menschen mit einer Einschränkung in diesem Bereich nicht zusätzlich ge- oder überfordert werden, was nahezu sechs von zehn Praxen erfüllen (MW =  $3,63 \pm 1,3$ ; 57,8 % trifft eher bis völlig zu).

Die spezifischen Anforderungen an eine rollstuhlgerechte Innenraumgestaltung sind insgesamt gut gegeben. Der gesamte Boden ist in den meisten Praxen durchgängig eben (max. 6 % Bodensteigung, Türschwellen max. 2 cm hoch) [*Innenraum\_ebenerdig*] (MW =  $4,22 \pm 1,5$ ; 77,3 % trifft eher bis völlig zu), rutschfest und weist keine Stolperfallen auf [*Innenraum\_Stolperfallen*] (MW =  $4,14 \pm 1,4$ ; 74,4 % trifft eher bis völlig zu). Des Weiteren ist in ungefähr sechs von zehn Praxen der Innenraum so gestaltet, dass alle Durchgänge mindestens 90 cm breit sind [*Innenraum\_Druchgänge*] (MW =  $3,89 \pm 1,5$ ; 65,3 % trifft eher bis völlig zu) und sich die meisten Schalter wie Klingel, Türöffner, Lichtschalter sowie der Notruf auf 85 bis 105 cm Höhe befinden [*Innenraum\_Schalter*] (MW =  $3,77 \pm 1,5$ ; 62,8 % trifft eher bis völlig zu). In jeder zweiten befragten Praxis sind Bewegungsflächen von mindestens 150 x 150 cm gegeben, welche ein Wenden im Rollstuhl bspw. vor der Toilette, dem Aufzug oder den Zimmern ermöglichen [*Innenraum\_Bewegungsflächen*] (MW =  $3,45 \pm 1,5$ ; 49,2 % trifft eher bis völlig zu). Haltegriffe bzw. Armlehnen an Orten, die ein Hinsetzen und Aufstehen erfordern [*Innenraum\_Haltegriffe*], sowie ein (beidseitiger) Handlauf [*Innenraum\_Handlauf*] insbesondere an Treppen für eine selbstständige Mobilität liegen insgesamt selten vor: Über Haltegriffe verfügt jede zweite (MW =  $2,76 \pm 1,5$ ; 50,4 % trifft teilweise bis völlig zu) und über Handläufe etwas mehr als jede dritte befragte Praxis (MW =  $2,51 \pm 1,6$ ; 37,7 % trifft teilweise bis völlig zu).

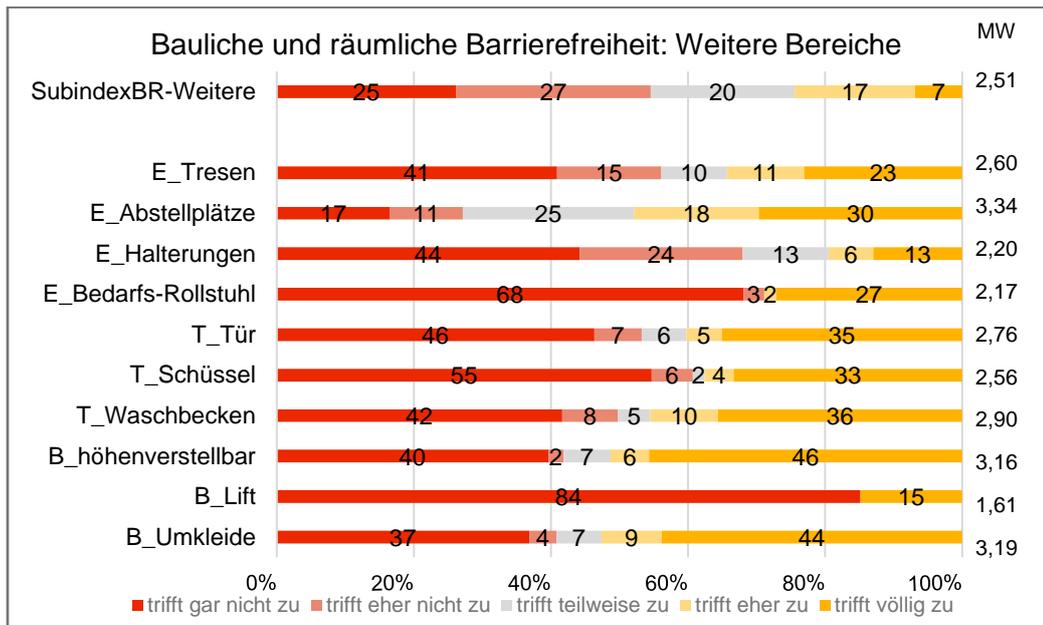
### Weitere Bereiche

Darüber hinaus gibt es einzelne Kriterien, die spezifische Bereiche wie den Empfang, die Toilette und die Behandlungsräume in Bezug auf die bauliche und räumliche Barrierefreiheit betreffen. Diese adressieren fast ausschließlich Menschen mit motorischen Einschränkungen (vgl. Tab. 2, S. 5 f.). Die vorliegende Barrierefreiheit in diesem Bereich gestaltet sich als sehr heterogen (MW =  $2,51 \pm 1,2$ ) (vgl. Abb. 17, S. 25; Tab. 15 f., S. 42 f.).

Der Empfangs- und Wartebereich ist bei rund der Hälfte der befragten Praxen großzügig gestaltet.

Jede dritte Praxis verfügt über einen Empfangstresen, der teilweise abgesenkt und mit einem Rollstuhl unterfahrbar ist [*Empfang\_Tresen*] (MW =  $2,60 \pm 1,6$ ; 32,6 % trifft eher bis völlig zu). Stellplätze für temporär unbenutzte Rollatoren und Rollstühle, sowie einen Wartebereich mit Platz für Menschen im Rollstuhl, ohne im Weg zu sein [*Empfang\_Abstellplätze*] bietet nahezu jede zweite Praxis (MW =  $3,34 \pm 1,4$ ; 46,7 % trifft eher bis völlig zu). Halterungen für Hilfsmittel wie z.B. Geh- oder Blindenlangstöcke [*Empfang\_Halterungen*] bestehen in jeder fünften befragten Praxis (MW =  $2,20 \pm 1,4$ ; 18,6 % trifft eher bis völlig zu). Um die Wegstrecke für Menschen mit einer eingeschränkten Mobilität zu überbrücken, verfügt jede vierte Praxis über einen Bedarfs-Rollstuhl [*Empfang\_Bedarfs-Rollstuhl*] (MW =  $2,17 \pm 1,8$ ; 27,7 % trifft eher bis völlig zu).

Abb. 17: Bauliche und räumliche Barrierefreiheit: Weitere Bereiche



Die spezifischen Anforderungen, die insbesondere mobilitätseingeschränkte Menschen betreffen werden von einigen Praxen nicht erfüllt.

n=242, Angaben in gerundeten Prozenten, nur gültige Fälle. Antwortmöglichkeiten von (1 = trifft gar nicht zu bis 5 = trifft völlig zu). Beim Subindex handelt es sich um Spannen (0<1,5 = 1; ≥1,5<2,5 = 2; ≥2,5 <3,5 = 3; ≥3,5<4,5 = 4; >4,5≤5 = 5). Werte <1 (gerundet) wurden für die Übersichtlichkeit weggelassen, BR = „Bauliche und räumliche Barrierefreiheit“, MW = Mittelwert, E ≙ Empfang, T ≙ Toilette, B ≙ Behandlungsraum.

Eine rollstuhlgerechte Toilette benötigt neben den zuvor genannten Kriterien zum Innenraum (Bewegungsflächen, Durchgänge, Schalter und Haltegriffe) eine Toilettentüre, die nach außen aufgeht oder zumindest innen eine Fläche von mindestens 110 x 140 cm aufweist, um mit dem Rollstuhl wenden zu können [Toilette\_Tür]. Zudem sollte es möglich sein, mit einem Rollstuhl direkt neben die Toilettenschüssel [Toilette\_Schüssel] und unter das Waschbecken zu fahren [Toilette\_Waschbecken]. Diese Kriterien werden von etwas mehr als jede dritte Praxis erfüllt (MW = 2,74 ± 1,5; 39,6 % trifft eher bis völlig zu).

Vier von zehn der befragten Praxen verfügen über eine rollstuhlgerechte Toilette.



Neben einem barrierefreien Empfangs- und Wartebereich sowie Toilette bedarf es ferner mindestens einem Behandlungszimmer, das über höhenverstellbare Untersuchungsmöbel [Behandlungsraum\_höhenverstellbar] oder einen Lift verfügt, um mobilitätseingeschränkte Patientinnen und Patienten auf eine Behandlungsliege zu heben [Behandlungsraum\_Lift]. Über einen Lift verfügt hierbei jede siebte befragte Praxis (MW = 1,61 ± 1,4; 14,5 % trifft eher bis völlig zu) und über höhenverstellbare Untersuchungsmöbel (MW = 3,16 ± 1,9; 49,2 % trifft eher bis völlig zu), wie auch eine ausreichend große „Umkleidefläche“ [Behandlungsraum\_Umkleide] jede zweite befragte Praxis (MW = 3,19 ± 1,8; 49,6 % trifft eher bis völlig zu).

Wenige Praxen sind an die Bedürfnisse von stark mobilitätseingeschränkten Patientinnen und Patienten angepasst.

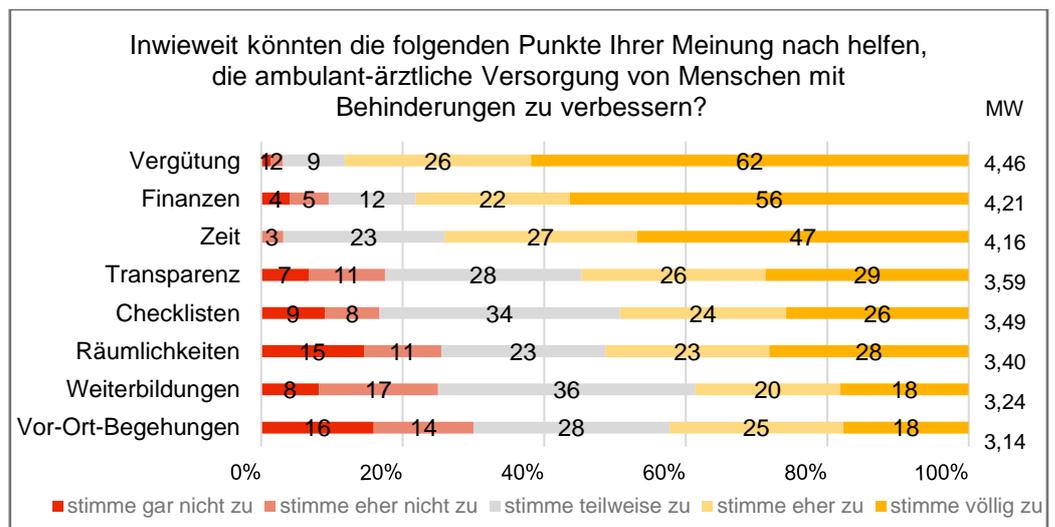
• **Ausblick und Weiterentwicklung**

Im letzten Block „Ausblick und Weiterentwicklung“ hatten die Praxen die Möglichkeit aus ihrer Sicht zu bewerten, welche der acht vorgeschlagenen Maßnahmen helfen könnten, die ambulant-ärztliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen zu verbessern sowie, was Menschen mit Behinderungen im Rahmen von drei Vorschlägen selbst zu einer Verbesserung beitragen könnten. In beiden Bereichen gab es die Möglichkeit in Freitextfeldern weitere Punkte zu ergänzen sowie abschließend Anmerkungen mitzuteilen. Insgesamt wurden die Maßnahmen, die direkt Menschen mit Behinderungen betreffen, mit einer höheren Zustimmung bewertet (MW = 4,62 ± 0,7) als die Maßnahmen auf der Systemebene (MW = 3,65 ± 0,8) (vgl. Tab. 17 f., S. 44).

Bei der Weiterentwicklung der ambulant-ärztlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen scheinen finanzielle Aspekte eine wichtige Rolle zu spielen: Der Vorschlag „Vergütung des zeitlichen Mehraufwandes“ erhielt mit Abstand die größte Zustimmung [Vergütung] (MW = 4,46 ± 0,8; 83,0 % stimme eher bis völlig zu). Ebenso erlangten die Optionen „Finanzielle Unterstützung für Umbauten“ [Finanzen] sowie „mehr Zeit für Menschen mit Behinderungen zur Verfügung zu haben“ [Zeit] hohen Zuspruch (MW = 4,21 ± 1,1; 70,6 % und MW = 4,16 ± 0,9; 69,4 % stimme eher bis völlig zu). Im Gegensatz dazu finden die Vorschläge „Transparenz über Zuständigkeiten, Ansprechpartner, Netzwerke und Initiativen etc.“ [Transparenz], „Umfassend barrierefreie Räumlichkeiten, die angemietet werden können“ [Räumlichkeiten], „Materialien wie Checklisten, Leitfäden etc.“ [Checklisten], „Studien-, Ausbildungs- und Weiterbildungsinhalte zur „Umfassenden Barrierefreiheit“ [Weiterbildungen] und „Beratung durch eine Experten-Vor-Ort-Begehung“ [Vor-Ort-Begehungen] nur bei etwa jeder zweiten Praxis Zustimmung (vgl. Abb. 18; Tab. 17 f., S. 44).

Abb. 18: Ausblick und Weiterentwicklung auf der Gesundheitssystemebene

Finanzielle Aspekte erhalten den größten Zuspruch, um die ambulant-ärztliche Versorgung zu verbessern.



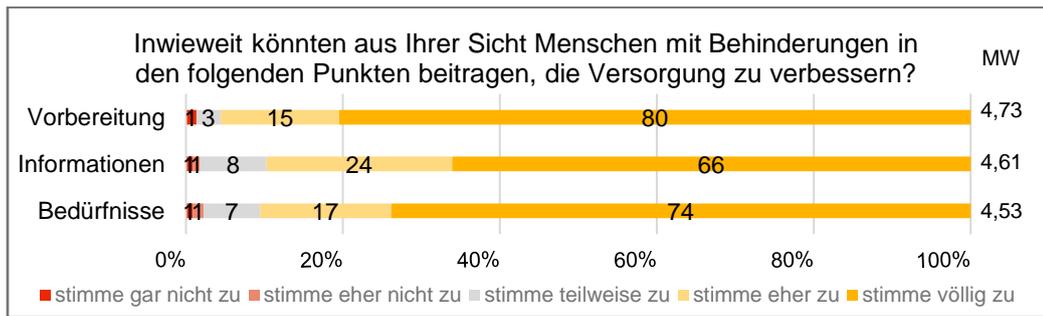
n=242, Angaben in gerundeten Prozenten, nur gültige Fälle, sortiert nach MW absteigend. Antwortmöglichkeiten von (1 = stimme gar nicht zu bis 5 = stimme völlig zu), MW = Mittelwert.

Entsprechend der größten Zustimmung bei „Vergütung des zeitlichen Mehraufwandes“ unterstreicht nachfolgende Freitextantwort einer befragten Praxis den genannten Bedarf:

„Wir finden, dass der Service für Behindertengerechte Ausstattung mit einer **Extra Abrechnungsziffer** bedacht werden könnte. Wir nehmen uns z. B. **sehr viel Zeit** für Menschen mit Handicaps (es gehört allerdings auch zu **unserer Philosophie** der Praxis), jedoch sollte es diese Philosophie auch ein klein wenig **bei der Zeitabrechnung über die [Kassenärztliche Vereinigung] anerkannt** werden. Es ist ja **leider nicht mehr selbstverständlich**, dass sich in der ganzen Praxis, egal an welcher Stelle, Zeit genommen wird.“

Um die ambulant-ärztliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen zu verbessern, wurden die vorgeschlagenen Maßnahmen von den befragten Praxen wie folgt bewertet: Mindestens acht von zehn Praxen sind der Meinung, dass Menschen mit Behinderung ihre gesundheitliche Versorgung selbst verbessern können, indem sie ihren „Arztbesuch vorbereiten (Begleitperson, Dolmetscher, Schriftstücke etc.)“ [Vorbereitung] (MW = 4,73 ± 0,6), „Informationen zur Beeinträchtigung bei der Terminvereinbarung mitteilen“ [Informationen] (MW = 4,61 ± 0,8) und „besondere Bedürfnisse im Rahmen des Arztbesuches darstellen“ [Bedürfnisse] (MW = 4,53 ± 0,8) (83,1 %, 83,1 % und 88,8 % stimme eher bis völlig zu) (vgl. Abb. 19, S. 27; Tab. 17 f., S. 44).

Abb. 19: Ausblick und Weiterentwicklung auf der Individualebene



Aus Praxissicht können Menschen mit Behinderung einen großen Beitrag zur Unterstützung Ihrer ambulant-ärztlichen Versorgung leisten.

n = 242, Angaben in gerundeten Prozenten, nur gültige Fälle, sortiert nach MW absteigend. Antwortmöglichkeiten von (1 = stimme gar nicht zu bis 5 = stimme völlig zu), MW = Mittelwert.

Die Freitextfelder wurden von 36 Praxen genutzt (14,9 %). Dabei wurden häufig auf Schwierigkeiten baulicher Anpassungen, insbesondere in alten Gebäuden, hingewiesen. Darüber hinaus spielt der Mehraufwand in der Behandlung von Menschen mit Behinderung eine wichtige Rolle (vgl. Abb. 20).

Abb. 20: Gedanken zum Ausblick und zur Weiterentwicklung der ambulant-ärztlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen



Die befragten Praxen benennen ganz konkrete Probleme bei der Schaffung von Barrierefreiheit, z. B.: Denkmalschutz und defizitäre Vergütung.

# Einordnung der Ergebnisse

Eine ausführliche Diskussion liegt in der Abschlussarbeit vor und kann unter [gesundheitskonferenz@lkbh.de](mailto:gesundheitskonferenz@lkbh.de) angefragt werden.

Eine überregionale Einordnung der vorliegenden Ergebnisse für die Untersuchungsregion ist sehr schwierig. Dies ist damit zu begründen, dass keine Veröffentlichung verlässlicher Informationen über vorhandene Barrierefreiheit im ambulanten Bereich in Deutschland vorliegt [27]. Wie eingangs erwähnt, sind seit Anfang dieses Jahres alle Ärztinnen und Ärzte gemäß dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) dazu verpflichtet, die Ausgestaltung der Barrierefreiheit ihrer Praxis der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung anzugeben, damit diese entsprechend auf der Homepage veröffentlicht werden können [14]. Jedoch haben dies zum einen viele Praxen noch nicht durchgeführt, was sicherlich auch den Umständen der Covid 19-Pandemie geschuldet ist. Zum anderen ist die Abfrage der Barrierefreiheit von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Sinne einer „Umfassenden Barrierefreiheit“ nicht erschöpfend. Diese Lücken sollen mittels der vorliegenden Studie geschlossen werden, um belastbare Daten für den Stadt- und Landkreis zu erhalten.

## • Resümee

**Mit der vorliegenden Untersuchung liegen belastbare Daten über die Barrierefreiheit in den regionalen Arztpraxen vor.**

Die vorliegenden Ergebnisse liefern ein aussagekräftiges Gesamtbild über die „Umfassende Barrierefreiheit“ in der ambulanten-ärztlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen für den Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald und den Stadtkreis Freiburg. Die Untersuchung zeigt, dass die Barrierefreiheit in der ambulanten-ärztlichen Versorgung in der Region insgesamt unterschiedlich ausgeprägt ist. Vier von zehn der befragten Praxen können als „erheblich bis voll barrierefrei“ gewertet werden. Dabei sind die „Allgemeine Umgangsweisen“ sehr behindertenfreundlich und auch die kommunikativen Aspekte eher erfüllt. Jedoch stehen diese Ergebnisse teilweise im Widerspruch zu den subjektiven Wahrnehmungen von befragten Menschen mit Behinderungen aus der Region (s. Schlussfolgerung Nr. 3, S. 32). Daher scheint die Bewusstseinsbildung (vgl. Art. 8, UN-Behindertenrechtskonvention) für die Belange von Menschen mit Behinderungen ein elementarer Meilenstein bei der Schaffung von Barrierefreiheit in der ambulanten-ärztlichen Versorgung zu sein. Am schlechtesten schneiden die Gegebenheiten in der „Baulichen und räumlichen Barrierefreiheit“, insbesondere für Menschen mit Einschränkungen in der visuellen Wahrnehmung, ab. Hier könnte der Ausbau von beeinträchtigungsspezifischen Anforderungen wichtig sein, wie sie in der Matrix der Barrierefreiheit aufgeführt sind (s. Tab. 2, S. 5 f.). Signifikante Stadt-Land-Unterschiede können nur bei den einzelnen Untersuchungsgegenständen Videosprechstunde, ÖPNV-Anschluss und Behindertenparkplatz festgestellt werden.

**Es konnten konkrete Defizite in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen benannt werden (s. Ausführungen im Kapitel Schlussfolgerungen ab S. 30 ff.).**

## • Limitationen

Die aufgeführten Ergebnisse spiegeln 25,1 % der Praxen im Stadt- und Landkreis wider. Auch wenn diese Rücklaufquote als gut erachtet wird, kann nicht von einer Repräsentativität der Stichprobe ausgegangen werden. Die Voraussetzung dafür, dass alle Elemente der Population (hier Praxen) dieselbe Chance haben, in die Stichprobe aufgenommen zu werden, war gegeben (= Einfache Zufallsstichprobe). Jedoch kann die Repräsentativität dennoch aufgrund von systematischen Ausfällen gefährdet werden. Zum Beispiel durch Nicht-Teilnahme von Praxen, in welchen das Thema nicht prioritär behandelt wird, unerwünschte Ergebnisse oder neue Auflagen befürchtet werden. Darüber hinaus sind Bias und Antworttendenzen wie soziale Erwünschtheit zu berücksichtigen [28]. Somit können die Daten nur eingeschränkt auf die gesamte Untersuchungsregion übertragen werden.

Durch die Mittelwertindexbildung aus den beantworteten Fragebogen-Items wird angenommen, dass jedes Item für jeden Menschen mit einer Behinderung gleich wichtig ist, also bspw. ein freundlicher und respektvoller Umgang dieselbe Relevanz für die „Umfassende Barrierefreiheit“ hat, wie bspw. ein (beidseitiger) Handlauf. Um dies zu vermeiden, wurden entsprechend der Matrix gewichtete Indizes gebildet (vgl. Kapitel Messung von Umfassender Barrierefreiheit, S. 7 ff.). Jedoch ist kritisch anzumerken, dass dadurch Items, die mit „trifft gar nicht zu“ beantwortet wurden, durch die numerische Zuweisung mit dem Faktor „1“ in die Berechnung aufgenommen wurden. So verfälscht die Kombination von schlechten Item-Beantwortungen (1 = „trifft gar nicht zu“ sowie 2 = „trifft eher nicht zu“) mit hohen Gewichtungsfaktoren den berechneten Mittelwertindex. Darüber hinaus wurden die Gewichtungsfaktoren aus den Einschätzungen des dreiköpfigen Expertenteams berechnet und um die Komplexität der Matrix einzudämmen, gerundet hinterlegt. Eine Überprüfung durch weitere Expertinnen und Experten könnte die Validität der Gewichtungsfaktoren erhöhen. Die Ergebnisse der einzelnen Indizes sind daher als Tendenzen zu interpretieren.

## • **Ausblick**

Die Region zeigt durch verschiedene Aktivitäten, dass ein großes Interesse an Inklusion und Barrierefreiheit besteht: So erarbeitet die Stadt Freiburg im zweijährigen Rhythmus einen Aktionsplan für ein inklusives Freiburg [31], richtet verschiedene Inklusionsveranstaltungen aus und entwickelte einen barrierefreien Stadtplan „Freiburg für Alle“ [32]. Im Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald hat sich das Modell der „Kommunalen Inklusionsvermittler/-innen“ etabliert. Inzwischen gibt es in 18 Gemeinden des Landkreises Ansprechpartnerinnen und -partner für Inklusion - mit steigender Tendenz. Im Rahmen der Kommunale Gesundheitskonferenz wurde als gemeinsame Initiative mit Akteurinnen und Akteuren aus dem Stadt- und Landkreis eine themenspezifische Arbeitsgruppe gebildet, die sich ausschließlich mit der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen beschäftigt. Ferner wurde das Projekt „Gesundheit für alle“ durch das Netzwerk Inklusion Region Freiburg e. V. in Kooperation mit den beiden Kommunalen Behindertenbeauftragten initiiert. Zudem haben 37,6 % der befragten Praxen eine Mailadresse hinterlassen, um die Ergebnisse der Bestandsanalyse nach Freigabe zu erhalten. Somit scheinen einige dieser auch weiterhin an dem Thema Barrierefreiheit interessiert zu sein.

**Der Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald und die Stadt Freiburg sind aktiv im Themenfeld Inklusion.**

Mit den Ergebnissen und den abgeleiteten Schlussfolgerungen (S. 31 ff.) besteht ein belastbares Fundament für die Arbeitsgruppe „Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderung“, um Handlungsempfehlungen zu entwickeln und die ambulante-ärztliche Versorgung (über-) regional zu verbessern. Deren Umsetzung obliegt den entsprechenden Akteurinnen und Akteuren auf allen Ebenen.

# Schlussfolgerungen

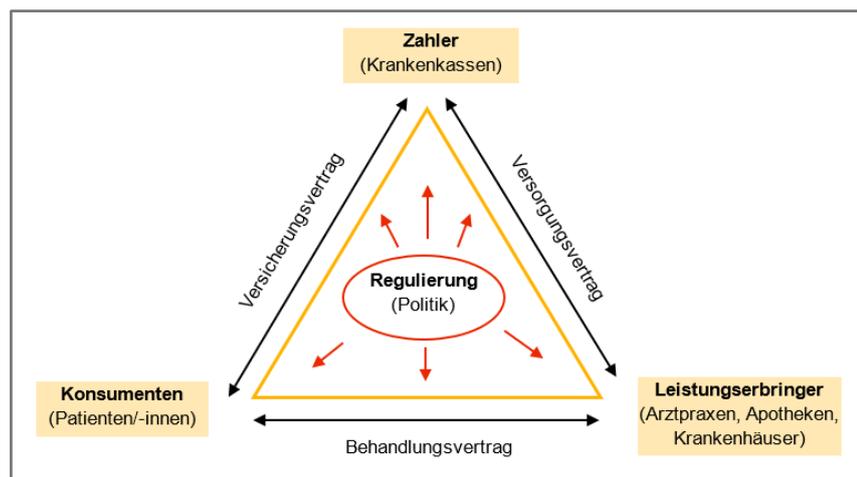
## Wie kann die ambulant-ärztliche Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen verbessert werden?

Auf Basis der vorliegenden Untersuchungsergebnisse wurden nachfolgend sieben Schlussfolgerungen abgeleitet. Sie stellen Anhaltspunkte zur Weiterentwicklung der ambulant-ärztlichen Versorgung dar und bieten somit eine Arbeitsgrundlage für die weiteren Tätigkeiten der Arbeitsgruppe „Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderung“ der Kommunalen Gesundheitskonferenz für den Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald und die Stadt Freiburg.

**Für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung benötigt es einer gemeinsamen Strategie aller Akteurinnen und Akteure.**

Bei der Weiterentwicklung der ambulant-ärztlichen Versorgung ist zu berücksichtigen, dass die identifizierten Knackpunkte auf verschiedenen Handlungsebenen bestehen. Hierbei spielen insbesondere Gesundheitspolitik, Gemeinsame Selbstverwaltung, Leistungserbringende sowie Patientinnen und Patienten eine entscheidende Rolle (vgl. Abb. 21). Somit liegt die Schaffung von Barrierefreiheit und einem inklusiven Gesundheitswesen keinesfalls allein in der Verantwortung Einzelner, sondern bedarf einer gemeinsamen Strategie. Grundlegend sollte Behinderung und Barrierefreiheit bei allen Planungs- und Entscheidungsprozessen mitgedacht werden, mit dem Ziel, dass diese zu einer Selbstverständlichkeit werden (Disability Mainstreaming) [29].

Abb. 21: Akteurinnen und Akteure und ihre Beziehungen im Gesundheitswesen [30]



**Entscheidungen schaffen auf jeder Ebene Rahmenbedingungen in Form von Anreizen, Handlungsvorgaben und Gestaltungsmöglichkeiten [30].**

1

**Kriterien der Barrierefreiheit von Arztpraxen umfassend weiterentwickeln, einheitlich definieren, flächendeckend erfassen und transparent kommunizieren**

**Informationen über vorliegende Barrieren helfen Menschen mit Behinderungen, eine geeignete Praxis zu finden und sich vorzubereiten. Diese sind jedoch nur sehr eingeschränkt gegeben.**

**Wozu ist das wichtig?** Die vorliegenden Informationen zur Barrierefreiheit in der ambulant-ärztlichen Versorgung auf den Homepages der Kassenärztlichen Vereinigungen (z. B. [www.arztuche-bw.de](http://www.arztuche-bw.de)) oder anderen Portalen sind nicht umfassend. Der Fokus liegt auf der „Baulichen und räumlichen Barrierefreiheit“ sowie auf Menschen mit motorischen Einschränkungen, die ggf. auf einen Rollstuhl angewiesen sind. Zudem sind „Sonstige Praxismerkmale“ oder „Merkmale barrierefreie Praxis“ zwischen den Institutionen nicht einheitlich und intransparent dargestellt. Darüber hinaus liegen keine flächendeckenden Informationen vor, da viele Praxen ihre Angaben, trotz der Veröffentlichungspflicht im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG), noch nicht übermittelt haben (vgl. Einleitung sowie Fragebogen-Item „Transparenz“ in Abb. 10, S. 18). Dadurch ist es für Menschen mit Behinderungen schwierig, eine für sie zugängliche Praxis zu finden und einen Arztbesuch vorzubereiten.

**Was ist zu tun?** Für die bundesweite, institutionsübergreifende, einheitliche Definition der Kriterien „Umfassender Barrierefreiheit“, gilt es ein Expertengremium aus sowohl Praxispersonal als auch Menschen mit Behinderung einzubeziehen. Dabei sollten die Bedürfnisse von Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen einbezogen, die unterschiedliche Dimensionen berücksichtigt (s. jeweils Tab. 2, S. 5 f.) und die Bedeutungen der Kriterien transparent dargestellt werden.

## **2 Zeitlichen Mehraufwand in der Versorgung von Menschen mit Behinderungen durch die Kostenträger angemessen vergüten**

**Wozu ist das wichtig?** Die Behandlung von Menschen mit Behinderungen nimmt mehr Zeit in Anspruch, jedoch bekommen die Leistungserbringenden diesen Mehraufwand nicht entsprechend vergütet. Dadurch stellen Menschen mit Behinderungen eine Patientengruppe dar, bei denen die Vergütung nicht im Verhältnis zum Aufwand steht und entsprechend gering ist das Interesse an Barrierefreiheit, bzw. Angaben dazu zu veröffentlichen.

**Was ist zu tun?** Es bedarf einer angemessenen Vergütung um Barrierefreiheit zu fördern und die Versorgung von Menschen mit Behinderungen sicherzustellen. Dafür sollte eine Abrechnungsziffer im „Einheitlichen Bewertungsmaßstab“ für die ambulante Behandlung von Menschen mit Behinderungen entsprechend des zeitlichen Mehraufwandes integriert werden, um eine Abrechnung über die Kostenträger zu ermöglichen.

**Damit Menschen mit Behinderungen bedarfsgerecht versorgt werden, muss die Vergütung im Verhältnis zum zeitlichen Aufwand stehen,**

## **3 Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen für die Belange von Menschen mit Behinderungen und Barrierefreiheit sensibilisieren und eine Bewusstseinsbildung erwirken**

**Wozu ist das wichtig?** Eine behindertenfreundliche Umgangsweisen wurde mehrheitlich von den befragten Praxen angegeben (MW = 4,32 ± 0,6). Jedoch zeigen die Ergebnisse der Experteninterviews und erste Tendenzen aus der Parallelstudie im Rahmen des Projektes „Gesundheit für alle“, dass es eine Diskrepanz zwischen der Einschätzung der Praxen und der von Betroffenen gibt. Aus der Sicht von Menschen mit Behinderungen fehlt es an einem umfassenden Verständnis für die jeweilige Beeinträchtigung und die daraus resultierenden Bedürfnisse. Zudem erfahren einige von ihnen bei einem Arztbesuch Stigmatisierung, Diskriminierung und Ablehnung oder werden mit einer fehlenden Ernsthaftigkeit angesprochen [33]. Daher scheint es ein Handlungspotential im Sinne des Artikels 8 „Bewusstseinsbildung“ der UN-Behindertenrechtskonvention zu geben.

**Was ist zu tun?** Menschen mit Behinderungen, ihre Bedürfnisse und ein angemessener Umgang mit ihnen sollten folglich mehr Präsenz bekommen und bspw. in Fort- und Weiterbildungen von medizinischem Personal vermittelt werden. Dafür gibt es bereits einzelne Bemühungen, die bei der Entwicklung solcher Lehreinheiten berücksichtigt werden sollten. Regional könnte sich dabei eine Chance im Rahmen des Projektes „Gesundheit für alle“ entwickeln. Jedoch ist die Akzeptanz und Bereitschaft zu solchen Maßnahmen laut der Bestandsanalyse durchwachsen (MW = 3,24 ± 1,8). Eine weitere Möglichkeit zur Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung könnten Leitfäden oder Checklisten für Arztpraxen bieten. Interessant sind in diesem Zusammenhang ferner digitale Tools wie ein virtueller Rundgang durch eine barrierefreie Praxis (z.B. unter <http://rundgang.kzbv.de/>).

**Arztpraxen und Menschen mit Behinderungen nehmen die Versorgung, insbesondere die „Allgemeinen Umgangsweisen“ diskrepanz wahr. Ein wichtiger Ansatzpunkt ist dabei die Schaffung von einem Bewusstsein für Menschen mit Behinderungen mit ihren Rechten und ihrer Würde.**

**Digitale Kommunikationswege bieten das Potential, vorhandene Barrieren zu bewältigen. Diese sind jedoch bisher noch wenig implementiert.**

Informationen rund um das Thema Videosprechstunde sind unter <https://www.kbv.de/html/videosprechstunde.php> abrufbar.

**Wozu ist das wichtig?** Die Kommunikation ist insbesondere für Menschen mit einer eingeschränkten akustischen Wahrnehmung schwierig. Terminvereinbarungen für einen Arztbesuch sind lediglich bei 47,5 % der befragten Praxen außertelefonisch möglich. Zudem verfügt kaum eine Praxis über die Möglichkeit, kurzfristig in Gebärdensprache zu übersetzen (85,5 % trifft eher nicht bis gar nicht zu). Obwohl das Hinzuziehen einer Gebärdensprachdolmetscherin bzw. eines Gebärdensprachdolmetschers von Krankenkassen bezahlt wird (§ 17 Abs. 2 SGB I, § 19 Abs. 1 SGB X), scheint das Angebot aus Sicht der Betroffenen nicht ausreichend zu sein. Aber auch Videosprechstunden werden lediglich von jeder siebten Praxis (15,7 %) angeboten (s. Abb. 9, S. 17), obwohl diese unter spezifischen Voraussetzungen (vgl. Anlage 31 des Bundesmantelvertrages, am 01.01.2017 in Kraft getreten) abrechenbar sind [34]. Diese könnten u. a. stark immobilen Patienten trotz bestehender baulicher Barrieren die ärztliche Versorgung erleichtern.

**Was ist zu tun?** Das Potential von digitalen Kommunikationswegen zur Verringerung von Barrieren sollte im ambulant-ärztlichen Bereich genutzt werden. Bspw. bieten digitale Dolmetscherinnen und Dolmetscher das Potential die Versorgungslücke der Gebärdensprache zu verringern oder gar zu schließen. Dies sollte zukünftig als telemedizinische Leistungen abrechenbar sein [35]. Gleichzeitig gilt es beim Einsatz von digitalen Lösungen auf deren Barrierefreiheit zu achten und diese ggf. weiterzuentwickeln. Wie Anforderungen an die Barrierefreiheit bspw. für Gebärdensprache sowie Beschreibungen in "Leichter Sprache" bei digitalen Anwendungen von öffentlichen Stellen umgesetzt werden sollte, sind in der Verordnung zur Schaffung barrierefreier Informationstechnik nach dem Behindertengleichstellungsgesetz einsehbar.

**Es zeigt sich ein hoher Handlungsbedarf in der „Baulichen und räumlichen Barrierefreiheit“.**

**Wozu ist das wichtig?** Viele Bestandspraxen sind im baulichen und räumlichen Sinne nicht barrierefrei ( $MW = 3,03 \pm 1,0$ ) und können aufgrund der Kosten, Denkmalschutz, Mietrecht o. Ä. keine Umbauten vornehmen. Im regionalen Vergleich zeigen sich dabei Auffälligkeiten (vgl. Tab. 7, S. 16) insbesondere bei ohnehin eher strukturschwachen Regionen [36-38]. Dadurch ist eine wohnortnahe, barrierefreie Versorgung von Menschen mit Behinderungen nicht gewährleistet.

**Was ist zu tun?** Die Kassenärztliche Bundesvereinigung betont in ihrem Leitfaden (s. [https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen\\_Barrieren\\_Abbauen.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Barrieren_Abbauen.pdf)), dass oft schon kleine und wenig aufwendige sowie kostengünstige Neuerungen oder Anpassungen helfen, die Praxis patientenfreundlicher und auch den Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen entsprechend zu gestalten [39]. Zudem sei aufgrund des hohen Nutzens und Mehrwertes einer barrierefreien Praxis die Kostenintensität der Anpassungen oft überschätzt. Besonders kleinere Neubauten benötigen laut einer schweizerischen Untersuchung lediglich 1,5 bis 4,0 % der Gesamtbausumme für spezifische, barrierefreie Maßnahmen [40]. Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Barrierefreiheit der Praxis neben einem positiv gestalteten Marketing auch helfen kann, eine Nachbesetzung der Praxis zu erleichtern, welche besonders im ländlichen Raum herausfordernd sein kann. Wenn bei einzelnen Praxen Umbauten jedoch praktisch nicht umsetzbar sind und sich dies regional häuft, könnte ein Umzug oder eine Auslagerung einzelner Sprechstunden in barrierefreie Räume sinnvoll sein. Bei der Bereitstellung solcher zukunftsträchtigen Räume könnten die lokalen Gemeinden unterstützen [41].

## 6

**Bedarf an einem Medizinischen Zentrum für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) im Regierungsbezirk Freiburg ermitteln**

**Wozu ist das wichtig?** Einzelne Menschen mit spezifischen, schweren und/oder Mehrfachbehinderungen berichteten in den Experteninterviews, wie auch in der Befragung der Katholischen Hochschule, dass die Regelversorgung im Stadtkreis Freiburg und dem Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald zum Teil nicht ausreichend sei, da die ärztlichen Leistungserbringenden aufgrund komplexer Krankheitsbilder an ihre fachlichen Grenzen kommen würden [33]. Für diese Fälle bedarf es einer spezialisierten Versorgung durch Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB), jedoch sind diese noch nicht flächendeckend und insbesondere nicht im Südwesten Baden-Württembergs eingerichtet [42].

**Was ist zu tun?** Es bedarf einer spezifischen Analyse, ob der Bedarf für ein Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) im Regierungsbezirk Freiburg gegeben ist. Falls sich dieser bestätigt, bedarf es verschiedene Initiatorinnen und Initiatoren zur Stellung eines Ermächtigungsantrages [12]. Fehlende Barrierefreiheit sollte hierbei jedoch nicht das Hauptargument für die Etablierung eines MZEBs sein.

Ein regionales MZEB könnte die Versorgung insbesondere für Menschen mit schweren (Mehrfach-) Behinderungen ergänzen.

## 7

**Menschen mit Behinderungen dazu befähigen, ihr Leben mit ihrer Beeinträchtigung gesundheitskompetent zu bewältigen**

**Wozu ist das wichtig?** Es gibt Hinweise darauf, dass eine gut ausgeprägte Gesundheitskompetenz\* bei Menschen mit Behinderungen maßgeblich positiv dazu beitragen kann, dass sie ihre Gesundheit positiv beeinflussen und einen Arztbesuch trotz bestehender Barrieren bewältigen. Auch von Praxisseite wird angenommen, dass eine entsprechende Vorbereitung des Arztbesuches, Information zur Beeinträchtigung sowie eine Kommunikation der Bedürfnisse im Rahmen des Arzt-Patienten-Kontakts die Versorgungslage individuell verbessern könnte (s. Abb. 19, S. 27). Jedoch kam eine explorative Befragung von 333 Werkstattarbeiterinnen und -arbeitern zu dem Ergebnis, dass von den Befragten 60,5 % eine inadäquate oder problematische Gesundheitskompetenz aufweisen [45]. Im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung (54,3 %) verfügen Menschen mit Behinderungen somit häufiger über diese beiden unteren Gesundheitskompetenzniveaus [44].

**Was ist zu tun?** Laut den Autorinnen der Studie besteht insbesondere in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention Handlungsbedarf. Bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen, wie bspw. Lernschwierigkeiten, bedarf es an zielgruppenspezifischen (Unterstützungs-) Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz [45]. Ein beeinträchtigungsspezifisches Beispiel zur Förderung der Gesundheitskompetenz und Selbstständigkeit von Menschen mit starken Einschränkungen in der visuellen Wahrnehmung ist das Mobilitätstraining zum Umgang mit dem weißen Blindenlangstock „Orientierung und Mobilität“ des Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverbandes e. V. [46]. Bei anderen Beeinträchtigungsarten können womöglich die Handlungsempfehlungen aus dem Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz herangezogen werden, die u.a. die Handlungsebenen „Das Gesundheitssystem nutzerfreundlich und gesundheitskompetent gestalten“ und „Gesundheitskompetent mit chronischer Erkrankung leben“ adressieren [44]. Im Bereich der Partizipation könnte ein Praktizieren des Modells Shared decision-making (dt. partizipative Entscheidungsfindung) im Arzt-Patienten-Kontakt die Gesundheitskompetenz positiv beeinflussen.

Menschen mit Behinderungen können selbst einen wichtigen Beitrag leisten, um die bedarfsgerechte Versorgung zu verbessern.

\***Gesundheitskompetenz** beschreibt die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen, anzuwenden und dementsprechend Entscheidungen zu treffen [43]. Sie resultiert aus dem Zusammenspiel von individuellen Fertigkeiten und Fähigkeiten des Einzelnen mit den Anforderungen und Komplexität des Systems [44].

# Verzeichnisse

## • Abkürzungsverzeichnis

AU	Allgemeine Umgangsweisen (Barrierefreiheit-Dimension I)
BGG	Behindertengleichstellungsgesetzes
BR	Bauliche und räumliche Barrierefreiheit (Barrierefreiheit-Dimension III)
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
KO	Kommunikation (Barrierefreiheit-Dimension II)
MW	Mittelwert
MZEB	Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderung
n	Stichprobenumfang
p	Signifikanz (= probability)
r	Effektstärke
SD	Standardabweichung
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
UB	Umfassende Barrierefreiheit
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention

## • Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Das biopsychosoziale Modell – Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit .....	1
Abb. 2: Operationalisierung von „Umfassender Barrierefreiheit“ .....	7
Abb. 3: Karte mit Gemeinden und Stadtteilen, eingefärbt nach Regionen .....	11
Abb. 4: Kontakthäufigkeit nach Beeinträchtigungsart .....	13
Abb. 5: Barrierefreiheit im dimensional Vergleich .....	14
Abb. 6: Gewichtete Barrierefreiheit im dimensional Vergleich .....	15
Abb. 7: Beeinträchtigungsspezifische Umfassende Barrierefreiheit .....	15
Abb. 8: Beeinträchtigungsspezifische Barrierefreiheit nach Fachrichtung .....	16
Abb. 9: Dimension I - Allgemeine Umgangsweisen .....	17
Abb. 10: Dimension II – Kommunikation .....	18
Abb. 11: Kommunikation nach Beeinträchtigungsart .....	19
Abb. 12: Dimension III: Bauliche und räumliche Barrierefreiheit im Subbereich-Vergleich .....	20
Abb. 13: Bauliche und räumliche Barrierefreiheit nach Beeinträchtigungsart .....	20
Abb. 14: Bauliche und räumliche Barrierefreiheit: Zugang .....	21
Abb. 15: Stufenloser Zugang .....	23
Abb. 16: Bauliche und räumliche Barrierefreiheit: Innenraum .....	23
Abb. 17: Bauliche und räumliche Barrierefreiheit: Weitere Bereiche .....	25
Abb. 18: Ausblick und Weiterentwicklung auf der Gesundheitssystemebene .....	26
Abb. 19: Ausblick und Weiterentwicklung auf der Individualebene .....	27
Abb. 20: Gedanken zum Ausblick und zur Weiterentwicklung der ambulant-ärztlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen .....	27
Abb. 21: Akteurinnen und Akteure und ihre Beziehungen im Gesundheitswesen .....	30

- **Tabellenverzeichnis**

Tab. 1: Piktogramme .....	3
Tab. 2: Matrix der Barrierefreiheit .....	5
Tab. 3: Indexbildung .....	8
Tab. 4: Barrierefreiheit-Levels .....	8
Tab. 5: Regionale Zugehörigkeit der Stichprobe im Vergleich zur Grundgesamtheit .....	12
Tab. 6: Merkmale der Stichprobe .....	12
Tab. 7: Barrierefreiheit im regionalen Vergleich .....	16
Tab. 8: Stratifizierte Kreuztabelle zur Anfahrt bzw. Zugang im Stadt-Land-Vergleich .....	22
Tab. 9: Lage- und Streuungsmaße von Barrierefreiheit-Levels .....	40
Tab. 10: Deskriptive Statistik von Barrierefreiheit-Levels .....	40
Tab. 11: Lage- und Streuungsmaße der Dimension I „Allgemeine Umgangsweisen“ .....	41
Tab. 12: Deskriptive Statistik der Dimension I „Allgemeine Umgangsweisen“ .....	41
Tab. 13: Lage- und Streuungsmaße der Dimension II „Kommunikation“ .....	41
Tab. 14: Deskriptive Statistik der Dimension II „Kommunikation“ .....	42
Tab. 15: Lage- und Streuungsmaße der Dimension III „Bauliche und räumliche Barrierefreiheit“ .....	42
Tab. 16: Deskriptive Statistik der Dimension III „Bauliche und räumliche Barrierefreiheit“ .....	43
Tab. 17: Lage- und Streuungsmaße von „Ausblick und Weiterentwicklung“ .....	44
Tab. 18: Deskriptive Statistik von „Ausblick und Weiterentwicklung“ .....	44

# Literatur

- [1] World Health Organization (2020): Disability and health
- [2] Sandforth, E. & Hasseler, M. (2014): Gesundheitsförderung bei Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen. In: Prävention und Gesundheitsförderung, S. 80–84. DOI: 10.1007/s11553-014-0432-7. Health inequalities and people with intellectual disabilities. New York, NY: Cambridge University Press
- [3] UNO-Generalversammlung (13.12.2006): UN-Behindertenrechtskonvention Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung. UN-BRK, vom 03.05.2008
- [4] Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005): ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Stand Oktober 2005. Hg. v. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), WHO-Kooperationszentrum für das System internationaler Klassifikation. Köln
- [5] Röh, D. (2018): Soziale Arbeit in der Behindertenhilfe. 2., völlig überarbeitete Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag (utb-studi-e-book, 3217)
- [6] Statistisches Bundesamt (2018): 7,8 Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland. Pressemitteilung Nr. 228 vom 25. Juni 2018. Destatis
- [7] Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018): Schwerbehinderte Menschen mit Ausweis (absolut und je 100.000 Einwohner). Jahre, Deutschland, Geschlecht, Ursache der Behinderung, Grad der Behinderung
- [8] Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): Zweiter Teilhabebericht über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen in Deutschland. Teilhabe - Beeinträchtigung - Behinderung
- [9] Statistisches Bundesamt (2020): Öffentliche Sozialleistungen. Lebenslagen der behinderten Menschen Ergebnis des Mikrozensus. Destatis
- [10] Martin, P. (2013): Transition von Patienten mit Entwicklungsstörungen. aus der Perspektive der Erwachsenenmedizin. In: Medizin Mensch Geist MehrfBehind (10), S. 14–16
- [11] Fricke, C & Staßburg, H.-M. (2013): Das Konzept der Transition von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung aus sozialpädiatrischer Sicht. In: Medizin Mensch Geist Mehrf Behind (10), S. 10–13
- [12] 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. DOI: 10.1007/s00103-016-2407-7
- [13] Dusel, J. (2019): Teilhabeempfehlungen. Mehr Inklusion wagen. Hg. v. Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung
- [14] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2020): Vertragsarztpflichten. KV muss veröffentlichen. Praxismerkmale für Menschen mit Behinderungen elektronisch melden
- [15] Bundesministerium des Inneren, für Bau und Heimat (2016): Leitfaden Barrierefreies Bauen. Hinweise zum inklusiven Planen von Baumaßnahmen des Bundes
- [16] Sozialverband vdk Deutschland e. V. (Hg.) (2008): Handbuch Barrierefreie Verkehrsraumgestaltung. Bearbeitung durch Institut für barrierefreie Gestaltung und Mobilität GmbH (IbGM) sowie Institut für Mobilität & Verkehr (imove). ISBN: ISBN 978-3-929069-21-1. S. 17
- [17] Schmidt, T. (o. J.): Rechtsverbindlichkeit durch Normen. Hg. v. DIN e. V.
- [18] Deutsches Institut für Bautechnik (2020): Technische Baubestimmungen
- [19] Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Wohnungsbau Baden-Württemberg (2016): Barrierefreies Bauen in öffentlich zugänglichen Gebäuden und Wohnungen (DIN 18040-1 und -2). Mit Hinweisen zu öffentlichen Verkehrs- und Grünflächen (DIN 18040-3). Stuttgart. S. 70
- [20] Stadt Freiburg im Breisgau (o. J.): Piktogramme für Barrierefreiheit bei Veranstaltungen. Online verfügbar unter <https://www.freiburg.de/pb/1392723.html>
- [21] Region Piktogramm, Mann mit Gehstock auch selber
- [22] Härder, M. (2019): Empirische Sozialforschung. Eine Einführung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.
- [23] Möhring, W.; Schlütz, D. (2010): Die Befragung in der Medien- und Kommunikationswissenschaft. Eine praxisorientierte Einführung. 2., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden (Lehrbuch). S. 127 ff
- [24] Landratsamt Breisgau-Hochschwarzwald, Fachgruppe Frühe Hilfen (2016): Frühe Hilfen im Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald. Regionen
- [25] Landratsamt Breisgau-Hochschwarzwald (o. J.): Präventive und lebenskompetenzfördernde Angebote im Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald. Datenbank pIAn

- [26] Amt für Bürgerservice und Informationsverarbeitung der Stadt Freiburg im Breisgau (2018): Stadtbezirksatlas 2018
- [27] Deutscher Bundestag (2020): Barrierefreies Gesundheitswesen. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Jens Beeck, Michael Theurer, Johannes Vogel, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP. 19. Wahlperiode. Drucksache 19/20996
- [28] Beller, Prof. Dr. S. (2016): Empirisch forschen lernen. Konzepte, Methoden, Fallbeispiele, Tipps. 3., überarbeitete Auflage. Hogrefe Verlag, Bern
- [29] Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017): Leitfaden zur konsequenten Einbeziehung der Belange von Menschen mit Behinderungen (Disability Mainstreaming). Berlin
- [30] Busse, R. & Schreyögg, J. (2017): Management im Gesundheitswesen. Das Lehrbuch für Studium und Praxis. 4. Auflage. Stargardt T. (Hrsg.) Springer, Berlin, Heidelberg
- [31] Stadt Freiburg (2020): Aktionsplan für ein inklusives Freiburg für die Jahre 2015/2016, 2017/2018 und 2019/2020. Online verfügbar unter <https://www.freiburg.de/pb/883587.html>
- [32] Freiburg Wirtschaft Touristik und Messe; Freiburg inklusive; ffa, Freiburg für alle (2020): Offizieller Stadtführer mit Tipps für die Barrierefreiheit
- [33] Buchberger, E.; Bucksch, A.; Hofmann, K.; Loos, R.; Meyer, M. S. (2021): Forschungsbericht zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung(en) in der Stadt Freiburg und dem Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald
- [34] Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021): Videosprechstunde. Online verfügbar unter <https://www.kbv.de/html/videosprechstunde.php>
- [35] Spitzenverband Bund der Krankenkassen (2020): Pressemitteilung. Zahnärztliche Videosprechstunden kommen in die Versorgung
- [36] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2019): Bevölkerung, Gebiet und Bevölkerungsdichte am 31. Dezember 2019
- [37] Kassenärztliche Bundesvereinigung (2019): Gesundheitsdaten. Regionale Verteilung der Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung
- [38] Gesundheitsatlas Baden-Württemberg (2014): Medizinische Versorgung. Szenarien zur zukünftigen Versorgungssituation. Durchschnittliche Entfernung zum nächstgelegenen Arzt
- [39] Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015): Praxis-Wissen: Barrieren Abbauen. Ideen und Vorschläge für Ihre Praxis. Online verfügbar unter [https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen\\_Barrieren\\_Abbauen.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Barrieren_Abbauen.pdf)
- [40] Bundesministerium des Inneren, für Bau und Heimat (2016): Leitfaden Barrierefreies Bauen. Hinweise zum inklusiven Planen von Baumaßnahmen des Bundes
- [41] Badische Zeitung (2020): Pfaffenweiler möchte seinen Hausarzt halten. Verfasst von Vogt, N. am 23.11.2020
- [42] Bundesarbeitsgemeinschaft MZEB (2020): Bundesarbeitsgemeinschaft Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung.
- [43] Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., HLS-EU (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. In: BMC Public Health (80)
- [44] Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E. M., Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2016): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. - Ergebnisbericht. Universität Bielefeld. Bielefeld
- [45] Rathmann, Prof. Dr. K. & Nellen, C. (2019): Gesundheitskompetenz von Menschen mit Behinderung. Ergebnisse einer explorativen Studie in Werkstätten für Menschen mit Behinderung. In Prävention und Gesundheitsförderung 4/2019
- [46] Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V. (2020): Orientierung & Mobilität (O&M). Selbständigkeit für sehbehinderte/blinde Menschen auch außer Haus

# Anhang A:

## Fragebogen zur umfassenden Barrierefreiheit in der ambulant-ärztlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen

Setzen Sie bitte immer nur ein Kreuz! Wenn Sie diesen Bogen ausfüllen, stimmen Sie den oben genannten Ausführungen zum Datenschutz zu.

1. Angaben zur Praxis und zum Personal					
Welcher Fachrichtung gehört Ihre Praxis an?	<input type="checkbox"/> Facharztpraxis für <input type="checkbox"/> Hausarztpraxis				
In welcher der folgenden Regionen befindet sich Ihre Praxis? (Bei Unklarheiten s. Rückseite Anschreiben)					
<input type="checkbox"/> Dreisamtal, Gundelfingen, Glottertal	<input type="checkbox"/> Kaiserstuhl-Tuniberg	<input type="checkbox"/> Freiburg-Nord	<input type="checkbox"/> Freiburg-Südwest		
<input type="checkbox"/> Batzenberg, Schönberg, Hexental	<input type="checkbox"/> Markgräflerland Süd	<input type="checkbox"/> Freiburg-Ost	<input type="checkbox"/> Freiburg-West		
<input type="checkbox"/> Hochschwarzwald	<input type="checkbox"/> Markgräflerland Nord	<input type="checkbox"/> Freiburg-Süd	<input type="checkbox"/> Freiburg-Mitte		
In welcher Form nehmen Sie an der vertragsärztlichen Versorgung teil?		<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> BAG	<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft	<input type="checkbox"/> MVZ
Wie viele ÄrztInnen praktizieren insgesamt in Ihrer Praxis?					
Wie viele weitere Mitarbeitende sind in Ihrer Praxis im Patientenkontakt eingebunden?					
Welche der beiden Gruppen gehören Sie persönlich an?		<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin		<input type="checkbox"/> Weitere/r Mitarbeitende/r	
Wie häufig hat das Praxisteam Kontakt mit Menschen ...		nie	selten	manchmal	häufig
, die in einem Rollstuhl sitzen?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Einschränkungen der Motorik?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Einschränkungen der visuellen Wahrnehmung?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Einschränkungen der akustischen Wahrnehmung?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit kognitiven Einschränkungen?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann wurde das Gebäude, in dem sich Ihre Praxis befindet, gebaut?		<input type="checkbox"/> vor 2010		<input type="checkbox"/> 2010 bis 2018	<input type="checkbox"/> nach 2018

2. Angaben zur allgemeinen Umgangsweise	Trifft ... zu				
	gar nicht	eher nicht	teilweise	eher	völlig
Dem gesamten Praxisteam gelingt es, Menschen mit Behinderungen freundlich und respektvoll zu behandeln. Die Behinderung wird hierbei nicht in den Vordergrund gestellt.	<input type="checkbox"/>				
Das Praxisteam fühlt sich in der Lage, sensibel und empathisch mit der individuellen Situation der PatientInnen umzugehen und für dessen Einschränkungen Verständnis zu haben.	<input type="checkbox"/>				
Die PatientInnen werden als ExpertInnen für die eigene Gesundheit angesehen und in den Entscheidungsprozess direkt miteinbezogen.	<input type="checkbox"/>				
Wenn eine Untersuchung aufgrund einer Einschränkung problematisch ist, kann das Praxisteam flexibel und kreativ damit umgehen.	<input type="checkbox"/>				
Wenn es bei einzelnen PatientInnen aufgrund ihrer Beeinträchtigung länger dauert, schafft es das Praxisteam sich genügend Zeit zu nehmen.	<input type="checkbox"/>				
Eine vorliegende Beeinträchtigung wird in die Patientenakte aufgenommen, sodass das Praxisteam entsprechend reagieren kann.	<input type="checkbox"/>				
Bei sehbeeinträchtigten oder blinden PatientInnen wird darauf geachtet, dass alle Handlungen verbalisiert werden (Zwei-Sinne-Prinzip).	<input type="checkbox"/>				
Es wird darauf geachtet, dass PatientInnen mit kognitiven Einschränkungen eine besonders kurze Wartezeit haben.	<input type="checkbox"/>				
Es werden Hausbesuche durchgeführt.	<input type="checkbox"/>				
Es gibt das Angebot einer Videosprechstunde.	<input type="checkbox"/>				

3. Angaben zur Kommunikation	Trifft ... zu				
	gar nicht	eher nicht	teilweise	eher	völlig
Es sind alle Informationen zur umfassenden Barrierefreiheit <sup>1</sup> der Praxis im Vorfeld eines Arztbesuches für PatientInnen zugänglich (z.B. über eine Homepage).	<input type="checkbox"/>				
Terminvereinbarungen sind nicht nur telefonisch, sondern auch über Mail, SMS, Fax oder eine Website möglich.	<input type="checkbox"/>				
Bei Menschen mit visuellen, auditiven oder kognitiven Beeinträchtigungen wird besonders deutlich und langsam gesprochen und auf einen Blickkontakt geachtet.	<input type="checkbox"/>				
Es wird auf eine einfache Sprache geachtet (keine Fremdwörter, kurze Sätze).	<input type="checkbox"/>				
Bei PatientInnen mit kognitiven Einschränkungen wird darauf geachtet, dass alle Handlungen verständlich kommuniziert und Medikamenteneinnahmen ausführlich erklärt werden.	<input type="checkbox"/>				
Das Praxisteam achtet darauf, dass alles verstanden wurde und wiederholt ggf. Informationen.	<input type="checkbox"/>				
Alle wichtigen Informationen werden den PatientInnen schriftlich mitgegeben.	<input type="checkbox"/>				
In der Praxis gibt es Unterstützungen der Akustik, wie bspw. eine Induktionsschleife.	<input type="checkbox"/>				
Es besteht die Möglichkeit, kurzfristig in Gebärdensprache zu übersetzen / Dolmetscher hinzuzuziehen.	<input type="checkbox"/>				
Alle Informationsmaterialien und Formulare liegen auch in Brailleschrift, digital, als Audiodatei o. Ä. vor.	<input type="checkbox"/>				
Alle Informationsmaterialien und Formulare liegen auch in einfacher Sprache vor.	<input type="checkbox"/>				
Schwerhörige und Gehörlose werden persönlich aus dem Wartezimmer abgeholt oder per Anzeigetafel informiert.	<input type="checkbox"/>				

Bitte wenden!

<sup>1</sup> „Barrierefrei sind (...) gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind. Hierbei ist die Nutzung behinderungsbedingt notwendiger Hilfsmittel zulässig“ (§ 4 BGG 2002).

4. Angaben zur baulichen und räumlichen Barrierefreiheit	Trifft ... zu				
	gar nicht	eher nicht	teilweise	eher	völlig
In unmittelbarer Nähe zur Praxis ist mindestens ein Behindertenparkplatz vorhanden (305 x 500 cm).	<input type="checkbox"/>				
Die Praxis ist binnen 10 Gehminuten von einer ÖPNV-Haltestelle aus zu erreichen.	<input type="checkbox"/>				
Die ÖPNV-Haltestelle und der gesamte Weg zur Praxis weist taktile Bodenelemente, ggf. akustische Ampeln auf.	<input type="checkbox"/>				
Die ÖPNV-Haltestelle und der gesamte Weg zur Praxis sind rollstuhlgerecht passierbar (max. 6 % Steigung, Schwellen max. 2 cm, Aufzug, mind. 110 x 140 cm groß, Türe mind. 90 cm breit, Knöpfe auf 85-105 cm Höhe, vor Aufzug Bewegungsfläche 150 x 150 cm).	<input type="checkbox"/>				
Die Praxis ist von außen gut zu finden und zu erkennen.	<input type="checkbox"/>				
Der Eingang verfügt über eine gut sichtbare Beschilderung (mit Bildern / Piktogrammen).	<input type="checkbox"/>				
Der Eingang verfügt über taktile Bodenelemente (Noppen, Rillen, Markierungen etc.).	<input type="checkbox"/>				
Die Klingel der Praxis ist separat ausgewiesen und leicht zu erkennen (Großdruck, Kontraste, Piktogramm).	<input type="checkbox"/>				
Die Klingel verfügt über eine optische Rückmeldung (Lichtsignale, Bildschirm o. Ä.).	<input type="checkbox"/>				
Die Klingel verfügt über taktile und akustische Elemente (Noppen, laute Sprechanlage).	<input type="checkbox"/>				
Die Praxis ist komplett stufenlos zu erreichen (ggf. über eine Rampe oder einen Aufzug).	<input type="checkbox"/>				
Falls vorhanden: Der Aufzug verfügt über optische Signale (Licht-Stockwerkanzeige, Notruf- Bildschirm, Kamera).	<input type="checkbox"/>				
Falls vorhanden: Der Aufzug verfügt über akustische Signale (Stockwerks-Durchsagen, Notruf mit Sprechanlage).	<input type="checkbox"/>				
Falls vorhanden: Der Aufzug ist rollstuhlgerecht (siehe Kriterien der ÖPNV-Haltestelle oben).	<input type="checkbox"/>				
Der gesamte Innenraum der Praxis (Eingangsbereich, Empfang, Wartebereich, Toilette, Flure, Zimmer) ist so gestaltet, dass ...					
er durchgängig eben ist (max. 6 % Steigung, Türschwellen max. 2 cm).	<input type="checkbox"/>				
es keine Stolperfallen gibt und der Boden rutschfest ist.	<input type="checkbox"/>				
alle Durchgänge mind. 90 cm breit sind.	<input type="checkbox"/>				
Bewegungsflächen mind. 150 x 150 cm groß sind (vor der Toilette, dem Aufzug, dem Behandlungszimmer etc.).	<input type="checkbox"/>				
sich die meisten Schalter auf 85 bis 105 cm Höhe befinden (Klingel, Türöffner, Lichtschalter, Notruf etc.).	<input type="checkbox"/>				
es an allen Orten, die ein Hinsetzen und Aufstehen erfordern, Haltegriffe bzw. Armlehnen gibt.	<input type="checkbox"/>				
Durchgänge und ggf. Treppen über einen (beidseitigen) Handlauf verfügen.	<input type="checkbox"/>				
eine gute Beleuchtung sichergestellt ist.	<input type="checkbox"/>				
wesentliche Elemente durch Kontraste gut erkennbar sind (Treppen, Glas, Türrahmen, Schalter, Sanitär).	<input type="checkbox"/>				
es zu keiner Reizüberflutung kommt und die Umgebungsgerausche geringgehalten werden.	<input type="checkbox"/>				
Weitere Bereiche:					
Der Empfangstresen ist teilweise abgesenkt und unterfahrbar bzw. es ist eine Alternative ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>				
Es gibt Abstellplätze für Rollatoren und Rollstühle.	<input type="checkbox"/>				
Es gibt Halterungen für Hilfsmittel wie z.B. Geh- oder Blindenlangstöcke.	<input type="checkbox"/>				
Es gibt einen Rollstuhl in der Praxis, der bei Bedarf benutzt werden kann.	<input type="checkbox"/>				
Die Toilettentüre geht nach außen auf bzw. zum Wenden ist innen eine Fläche von mind. 110 x 140 cm.	<input type="checkbox"/>				
Es ist möglich, mit einem Rollstuhl direkt neben die Toilettenschüssel zu fahren.	<input type="checkbox"/>				
Das Waschbecken ist mit einem Rollstuhl unterfahrbar.	<input type="checkbox"/>				
Es gibt mind. einen Behandlungsraum mit höhenverstellbaren Untersuchungsmöbeln.	<input type="checkbox"/>				
Es gibt einen Lift, der mobilitätseingeschränkte PatientInnen auf eine Behandlungsliege heben könnte.	<input type="checkbox"/>				
Es gibt mind. einen Behandlungsraum, der eine für Rollstuhlfahrer ausreichend große „Umkleidefläche“ aufweist.	<input type="checkbox"/>				

5. Ausblick und Weiterentwicklung	Stimme ... zu				
	gar nicht	eher nicht	teilweise	eher	völlig
Inwieweit könnten die folgenden Punkte ihrer Meinung nach helfen, die ambulant-ärztliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen zu verbessern?					
Mehr Zeit für Menschen mit Behinderungen zur Verfügung zu haben.	<input type="checkbox"/>				
Vergütung des zeitlichen Mehraufwandes.	<input type="checkbox"/>				
Umfassend barrierefreie Räumlichkeiten, die angemietet werden können.	<input type="checkbox"/>				
Materialien wie Checklisten, Leitfäden etc..	<input type="checkbox"/>				
Beratung durch eine Experten-Vor-Ort-Begehung.	<input type="checkbox"/>				
Transparenz über Zuständigkeiten, Ansprechpartner, Netzwerke und Initiativen etc..	<input type="checkbox"/>				
Studien-, Ausbildungs- und Weiterbildungsinhalte zur umfassenden Barrierefreiheit.	<input type="checkbox"/>				
Finanzielle Unterstützung für Umbauten.	<input type="checkbox"/>				
Ergänzende Punkte:					
Inwieweit könnten aus Ihrer Sicht Menschen mit Behinderungen in den folgenden Punkten beitragen, die Versorgung zu verbessern?					
Informationen zur Beeinträchtigung bei der Terminvereinbarung mitteilen.	<input type="checkbox"/>				
Besondere Bedürfnisse im Rahmen des Arztbesuches darstellen.	<input type="checkbox"/>				
Arztbesuch vorbereiten (Begleitperson, Dolmetscher, Schriftstücke etc.).	<input type="checkbox"/>				
Ergänzende Punkte:					
Was möchten Sie uns abschließend noch mitteilen?					
Möchten Sie die Umfrageergebnisse erhalten? <input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja, E-Mail:					

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

## Anhang B: Tabellenband

Im folgenden Tabellenband werden alle Lage- und Streuungsmaße sowie die deskriptive Statistik in absolut und prozentual entsprechend der Chronologie des Fragebogens aufgeführt. Die Daten zur „Umfassenden Barrierefreiheit“ werden vorangestellt.

**Anmerkung:** In den Tabellen zu den Lage- und Streuungsmaßen sind der höchste (kräftiges gelb) und zweithöchste (schwaches gelb) sowie der niedrigste (starkes rot) und zweitniedrigste (schwaches rot) Wert farblich hervorgehoben.

Tab. 9: Lage- und Streuungsmaße von Barrierefreiheit-Levels

n = 242	Gültig	fehlend	Min	Max	MD	SD
GesamtindexUB	234	8	2	5	3,37	0,688
SubindexAU	237	5	3	5	4,32	0,595
SubindexKO	239	3	2	5	3,33	0,664
SubindexBR	228	14	1	5	3,03	1,002
• BR-Zugang	231	11	1	5	2,90	1,014
• BR-Innenraum	233	9	1	5	3,64	1,192
• BR-Weitere Bereiche	233	9	1	5	2,51	1,243
<b>Gewichtete Indizes</b>						
UB_ gewichtet	234	8	1	5	3,45	0,661
AU_ gewichtet	237	5	3	5	4,51	0,565
KO_ gewichtet	239	3	2	5	3,73	0,737
BR_ gewichtet	228	14	1	5	3,00	0,953
• BR-Zugang_ gewichtet	231	11	1	5	2,75	1,057
• BR-Innenraum_ gewichtet	233	9	1	5	3,65	1,165
• BR-Weitere B._ gewichtet	233	9	1	5	2,52	1,246
<b>Beeinträchtigungsspezifische Indizes</b>						
• UB_Rollstuhl	234	8	2	5	3,72	0,851
• UB_Motorik	234	8	1	5	3,75	0,922
• UB_Vision	234	8	1	5	3,41	0,671
• UB_Akustik	234	8	2	5	3,99	0,693
• UB_Kognition	234	8	1	5	3,69	0,621
<b>Ausgewählte beeinträchtigungsspezifische Dimensionen</b>						
• KO_Vision	239	3	1	5	3,42	0,660
• KO_Akustik	239	3	2	5	3,48	0,739
• KO_Kognition	239	3	2	5	3,79	0,717
• BR_Rollstuhl	232	10	1	5	2,94	1,037
• BR_Motorik	232	10	1	5	3,13	1,025
• BR_Vision	232	10	1	5	2,77	0,984

Tab. 10: Deskriptive Statistik von Barrierefreiheit-Levels

n = 242 (100 %)	Nicht vorhanden	Leicht barrierefrei	Mäßig barrierefrei	Erheblich barrierefrei	Voll barrierefrei	Gesamt
GesamtindexUB	0 (0,0 %)	21 (8,7 %)	113 (46,7 %)	93 (38,4 %)	7 (2,9 %)	234 (96,7 %)
SubindexAU	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	16 (6,6 %)	129 (53,5 %)	92 (38,0 %)	237 (97,9 %)
SubindexKO	0 (0,0 %)	19 (7,9 %)	129 (53,3 %)	84 (34,7 %)	7 (2,9 %)	239 (98,8 %)
SubindexBR	13 (5,4 %)	59 (24,4 %)	78 (32,2 %)	65 (26,9 %)	13 (5,4 %)	228 (94,2 %)
• BR-Zugang	19 (7,9 %)	60 (24,8 %)	91 (37,6 %)	47 (19,4 %)	14 (5,8 %)	231 (95,5 %)
• BR-Innenraum	16 (6,6 %)	23 (9,5 %)	56 (23,1 %)	71 (29,3 %)	67 (27,7 %)	233 (96,3 %)
• BR-Weitere Bereiche	61 (25,2 %)	66 (27,3 %)	49 (20,2 %)	41 (16,9 %)	16 (6,6 %)	233 (96,3 %)
<b>Gewichtete Indizes</b>						
UB_ gewichtet	1 (0,4 %)	11 (4,5 %)	112 (46,3 %)	102 (42,1 %)	8 (3,3 %)	234 (96,7 %)
AU_ gewichtet	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	8 (3,3 %)	100 (41,3 %)	129 (53,3 %)	237 (97,9 %)
KO_ gewichtet	0 (0,0 %)	10 (4,1 %)	76 (31,4 %)	122 (50,4 %)	31 (12,8 %)	239 (98,8 %)
BR_ gewichtet	13 (5,4 %)	54 (22,3 %)	91 (37,6 %)	60 (24,8 %)	10 (4,1 %)	228 (94,2 %)
• BR-Zugang_ gewichtet	29 (12,0 %)	68 (28,1 %)	74 (30,6 %)	51 (21,1 %)	9 (3,7 %)	231 (95,5 %)
• BR-Innenraum_ gewichtet	15 (6,2 %)	22 (9,1 %)	57 (23,6 %)	75 (31,0 %)	64 (26,4 %)	233 (96,3 %)
• BR-Weitere B._ gewichtet	61 (25,2 %)	62 (25,6 %)	54 (22,3 %)	39 (16,1 %)	17 (7,0 %)	233 (96,3 %)

n = 242 (100 %)	Nicht vorhanden	Leicht barrierefrei	Mäßig barrierefrei	Erheblich barrierefrei	Voll barrierefrei	Gesamt
<b>Beeinträchtigungsspezifische Indizes</b>						
• UB_Rollstuhl	0 (0,0 %)	19 (7,9 %)	71 (29,3%)	100 (40,9 %)	44 (18,2 %)	234 (96,7 %)
• UB_Motorik	1 (0,4 %)	22 (9,1 %)	65 (26,9 %)	92 (38,0 %)	54 (22,3 %)	234 (96,7 %)
• UB_Vision	1 (0,4 %)	16 (6,6 %)	110 (45,5 %)	101 (41,7 %)	6 (2,5 %)	234 (96,7 %)
• UB_Akustik	0 (0,0 %)	4 (1,7 %)	46 (19,0 %)	132 (54,5%)	52 (21,5 %)	234 (96,7 %)
• UB_Kognition	1 (0,4 %)	3 (1,2 %)	77 (31,8 %)	139 (57,4 %)	14 (5,8 %)	234 (96,7 %)
<b>Ausgewählte beeinträchtigungsspezifische Dimensionen</b>						
• KO_Vision	1 (0,4 %)	20 (8,3 %)	110 (45,5 %)	93 (38,4 %)	15 (6,2 %)	239 (98,8 %)
• KO_Akustik	0 (0,0 %)	12 (5,0 %)	111 (45,9 %)	105 (43,4 %)	11 (4,5 %)	239 (98,8 %)
• KO_Kognition	0 (0,0 %)	7 (2,9 %)	70 (28,9 %)	129 (53,3 %)	33 (13,6 %)	239 (98,8 %)
• BR_Rollstuhl	18 (7,4 %)	62 (25,6 %)	81 (33,5 %)	59 (24,4 %)	12 (5,0 %)	232 (95,9 %)
• BR_Motorik	14 (5,8 %)	54 (22,3%)	74 (30,6 %)	69 (28,5 %)	21 (8,7 %)	232 (95,9 %)
• BR_Vision	12 (5,0 %)	75 (31,0 %)	102 (42,1 %)	40 (16,5 %)	3 (1,2 %)	232 (95,9 %)

Tab. 11: Lage- und Streuungsmaße der Dimension I „Allgemeine Umgangsweisen“

n = 242	Gültig	fehlend	Min	Max	MD	SD
Freundlichkeit	238	4	4	5	4,88	0,323
Empathie	239	3	3	5	4,82	0,433
Experte	233	9	2	5	4,55	0,682
Flexibilität	236	6	3	5	4,60	0,572
Geduld	239	3	1	5	4,45	0,764
Akte	238	4	1	5	4,56	0,781
Verbalisieren	233	9	2	5	4,52	0,683
Wartezeit	232	10	1	5	3,87	1,075
Hausbesuche	237	5	1	5	2,86	1,675
Videosprechstunde	238	4	1	5	1,76	1,419

Tab. 12: Deskriptive Statistik der Dimension I „Allgemeine Umgangsweisen“

n = 242 (100 %)	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft völlig zu	Gesamt
Freundlichkeit	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	28 (11,6 %)	210 (86,8 %)	238 (98,3 %)
Empathie	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (2,1 %)	32 (13,2 %)	202 (83,5 %)	239 (98,8 %)
Experte	0 (0,0 %)	1 (0,4 %)	22 (9,1 %)	59 (24,4 %)	151 (62,4 %)	233 (96,3 %)
Flexibilität	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	10 (4,1 %)	75 (31,0 %)	151 (62,4 %)	236 (97,5 %)
Geduld	1 (0,4 %)	5 (2,1 %)	19 (7,9 %)	75 (31,0 %)	139 (57,4 %)	239 (98,8 %)
Akte	1 (0,4 %)	4 (1,7 %)	25 (10,3 %)	38 (15,7 %)	170 (70,2 %)	238 (98,3 %)
Verbalisieren	0 (0,0 %)	3 (1,2 %)	16 (6,6 %)	71 (29,3 %)	143 (59,1 %)	233 (96,3 %)
Wartezeit	5 (2,1 %)	23 (9,5 %)	52 (21,5 %)	70 (28,9 %)	82 (33,9 %)	232 (95,9 %)
Hausbesuche	80 (33,1 %)	35 (14,5 %)	35 (14,5 %)	12 (5,0 %)	75 (31,0 %)	237 (97,9 %)
Videosprechstunde	176 (72,7 %)	11 (4,5 %)	13 (5,4 %)	8 (3,3 %)	30 (12,4 %)	238 (98,3 %)

Tab. 13: Lage- und Streuungsmaße der Dimension II „Kommunikation“

n = 242	Gültig	fehlend	Min	Max	MD	SD
Transparenz	231	11	1	5	3,26	1,459
Termin	239	3	1	5	3,30	1,570
Sprache	238	4	3	5	4,52	0,621
Einfache Sprache	240	2	3	5	4,49	0,607
Erklären	237	5	1	5	4,62	0,616
Wiederholen	240	2	2	5	4,60	0,562
Memo	238	4	1	5	3,90	1,059
Induktionsschleife	236	6	1	5	1,16	0,669
Gebärdensprache	238	4	1	5	1,48	0,980
Infos_Braille	237	5	1	5	1,18	0,642
Infos_einfach	238	4	1	5	2,21	1,362
Anzeigetafel	238	4	1	5	4,44	1,126

Tab. 14: Deskriptive Statistik der Dimension II „Kommunikation“

n = 242 (100 %)	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft völlig zu	Gesamt
Transparenz	37 (15,3 %)	44 (18,2 %)	41 (16,9 %)	41 (16,9 %)	68 (28,1 %)	231 (95,5 %)
Termin	53 (21,9 %)	23 (9,5 %)	48 (19,8 %)	29 (12,0 %)	86 (35,5 %)	239 (98,8 %)
Sprache	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	16 (6,6 %)	82 (33,9 %)	140 (57,9 %)	238 (98,3 %)
Einfache Sprache	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	14 (5,8 %)	95 (39,3 %)	131 (54,1 %)	240 (99,2 %)
Erklären	1 (0,4 %)	0 (0,0 %)	11 (4,5%)	63 (26,0 %)	162 (66,9 %)	237 (97,9 %)
Wiederholen	0 (0,0 %)	1 (0,4 %)	6 (2,5 %)	80 (33,1 %)	153 (63,2 %)	240 (99,2 %)
Memo	6 (2,5 %)	16 (6,6%)	62 (25,6 %)	66 (27,3 %)	88 (36,4 %)	238 (98,3 %)
Induktionsschleife	220 (90,9 %)	6 (2,5 %)	4 (1,7 %)	1 (0,4 %)	5 (2,1 %)	236 (97,5 %)
Gebärdensprache	177 (73,1 %)	30 (12,4 %)	18 (7,4 %)	4 (1,7 %)	9 (3,7 %)	238 (98,3 %)
Infos_Braille	213 (88,0 %)	13 (5,4 %)	7 (2,9%)	0 (0,0 %)	4 (1,7 %)	237 (97,9 %)
Infos_einfach	109 (45,0 %)	36 (14,9 %)	52 (21,5 %)	16 (6,6 %)	25 (10,3 %)	238 (98,3 %)
Anzeigetafel	16 (6,6 %)	4 (1,7 %)	13 (5,4 %)	32 (13,2 %)	173 (71,5 %)	238 (98,3 %)

Tab. 15: Lage- und Streuungsmaße der Dimension III „Bauliche und räumliche Barrierefreiheit“

n = 242	Gültig	fehlend	Min	Max	MD	SD
<b>BR-Zugang</b>	231	11	1	5	2,90	1,014
• Behindertenparkplatz	232	10	1	5	3,40	1,763
• ÖPNV	184	58	1	5	4,10	1,542
• Weg_taktil	223	19	1	5	2,55	1,637
• Weg_rollstuhlgerecht	234	8	1	5	3,37	1,676
• Eingang_Erkennen	174	68	1	5	3,98	1,368
• Eingang_Beschilderung	233	9	1	5	3,61	1,482
• Eingang_taktil	229	13	1	5	1,95	1,471
• Klingel_Erkennen	228	14	1	5	2,84	1,462
• Klingel_optisch	230	12	1	5	1,69	1,388
• Klingel_taktil	227	15	1	5	1,85	1,456
• Zugang_stufenlos	183	59	1	5	3,27	1,933
• Aufzug_optisch	147	95	1	5	2,78	1,754
• Aufzug_taktil	145	97	1	5	2,23	1,654
• Aufzug_rollstuhlgerecht	146	96	1	5	3,46	1,850
<b>BR-Innenraum</b>	233	9	1	5	3,64	1,192
• Innenraum_ebenerdig	235	7	1	5	4,22	1,480
• Innenraum_Stolperfallen	234	8	1	5	4,14	1,398
• Innenraum_Durchgänge	233	9	1	5	3,89	1,481
• Innenraum_Bewegungsflächen	233	9	1	5	3,45	1,536
• Innenraum_Schalter	231	11	1	5	3,77	1,502
• Innenraum_Haltegriffe	233	9	1	5	2,76	1,475
• Innenraum_Handlauf	226	16	1	5	2,51	1,570
• Innenraum_Beleuchtung	235	7	1	5	4,06	1,359
• Innenraum_Kontraste	233	9	1	5	3,40	1,362
• Innenraum_Reize	232	10	1	5	3,63	1,326
<b>BR-Weitere Bereiche</b>	233	9	1	5	2,51	1,243
• Empfang_Tresen	230	12	1	5	2,60	1,636
• Empfang_Abstellplätze	236	6	1	5	3,34	1,425
• Empfang_Halterungen	231	11	1	5	2,20	1,401
• Empfang_Bedarfs-Rollstuhl	233	9	1	5	2,17	1,780
• Toilette_Tür	231	11	1	5	2,76	1,825
• Toilette_Schüssel	234	8	1	5	2,56	1,855
• Toilette_Waschbecken	233	9	1	5	2,90	1,809
• Behandlungsraum_höhenverstellbar	232	10	1	5	3,16	1,866
• Behandlungsraum_Lift	232	10	1	5	1,61	1,428
• Behandlungsraum_Umkleide	228	14	1	5	3,19	1,826

Tab. 16: Deskriptive Statistik der Dimension III „Bauliche und räumliche Barrierefreiheit“

n = 242 (100 %)	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft völlig zu	Gesamt
<b>BR-Zugang</b>	<b>19 (7,9 %)*</b>	<b>60 (24,8 %)*</b>	<b>91 (37,6 %)*</b>	<b>47 (19,4 %)*</b>	<b>14 (5,8 %)*</b>	<b>231 (95,5 %)</b>
• Behindertenparkplatz	68 (28,1 %)	16 (6,6 %)	14 (5,8 %)	23 (9,5 %)	111 (45,9 %)	232 (95,9%)
• ÖPNV	32 (13,2 %)	5 (2,1%)	2 (0,8 %)	18 (7,4 %)	127 (52,5 %)	184 (76,0 %)
• Weg_taktil	97 (40,1 %)	28 (11,6%)	29 (12,0 %)	17 (7,0 %)	52 (21,5 %)	223 (92,1 %)
• Weg_rollstuhlgerecht	59 (24,4 %)	21 (8,7 %)	30 (12,4 %)	22 (9,1 %)	102 (42,1 %)	234 (96,7%)
• Eingang_Erkennen	19 (7,9 %)	12 (5,0 %)	14 (5,8 %)	38 (15,7 %)	91 (37,6 %)	174 (71,9 %)
• Eingang_Beschilderung	34 (14,0 %)	26 (10,7 %)	36 (14,9 %)	38 (15,7 %)	99 (40,9 %)	233 (96,3 %)
• Eingang_taktil	146 (60,3 %)	23 (9,5 %)	19 (7,9 %)	8 (3,3 %)	33 (13,6 %)	229 (94,6 %)
• Klingel_Erkennen	64 (26,4 %)	34 (14,0 %)	43 (17,8 %)	49 (20,2 %)	38 (15,7 %)	228 (94,2 %)
• Klingel_optisch	175 (72,3 %)	15 (6,2 %)	4 (1,7 %)	8 (3,3 %)	28 (11,6 %)	230 (95,0 %)
• Klingel_taktil	157 (64,9 %)	19 (7,9 %)	9 (3,7 %)	12 (5,0 %)	30 (12,4 %)	227 (93,8 %)
• Zugang_stufenlos	75 (31,0 %)	1 (0,4 %)	3 (1,2 %)	8 (3,3 %)	96 (39,7 %)	183 (75,6 %)
• Aufzug_optisch	63 (26,0 %)	10 (4,1 %)	15 (6,2 %)	14 (5,8 %)	45 (18,6 %)	147 (60,7 %)
• Aufzug_taktil	85 (35,1 %)	9 (3,7 %)	14 (5,8 %)	6 (2,5 %)	31 (12,8 %)	145 (59,9 %)
• Aufzug_rollstuhlgerecht	49 (20,2 %)	3 (1,2 %)	6 (2,5 %)	8 (3,3 %)	80 (33,1 %)	146 (60,3 %)
<b>BR-Innenraum</b>	<b>16 (6,6 %)*</b>	<b>23 (9,5 %)*</b>	<b>56 (23,1 %)*</b>	<b>71 (29,3 %)*</b>	<b>67 (27,2%)*</b>	<b>233 (96,3 %)</b>
• Innenraum_ebenerdig	34 (14,0 %)	9 (3,7 %)	5 (2,1 %)	10 (4,1 %)	177 (73,1 %)	235 (97,1 %)
• Innenraum_Stolperfallen	28 (11,6 %)	10 (4,1 %)	16 (6,6 %)	28 (11,6 %)	152 (62,8%)	234 (96,7 %)
• Innenraum_Durchgänge	32 (13,2 %)	17 (7,0 %)	26 (10,7 %)	28 (11,6 %)	130 (53,7 %)	233 (96,3 %)
• Innenraum_Bewegungsflächen	39 (16,1 %)	32 (13,2 %)	43 (17,8 %)	23 (9,5 %)	96 (39,7 %)	233 (96,3 %)
• Innenraum_Schalter	33 (13,6 %)	24 (9,9 %)	22 (9,1 %)	36 (14,9 %)	116 (47,9 %)	231 (95,5 %)
• Innenraum_Haltegriffe	66 (27,3 %)	45 (18,6 %)	47 (19,4 %)	30 (12,4 %)	45 (18,6 %)	233 (96,3 %)
• Innenraum_Handlauf	87 (36,0 %)	48 (19,8 %)	29 (12,0 %)	12 (5,0 %)	50 (20,7 %)	226 (93,4 %)
• Innenraum_Beleuchtung	25 (10,3 %)	14 (5,8 %)	18 (7,4 %)	44 (18,2 %)	134 (55,4 %)	235 (97,1 %)
• Innenraum_Kontraste	30 (12,4 %)	29 (12,0 %)	59 (24,4 %)	47 (19,4 %)	68 (28,1 %)	233 (96,3 %)
• Innenraum_Reize	26 (10,7 %)	20 (8,3 %)	46 (19,0 %)	62 (25,6 %)	78 (32,2 %)	232 (95,9 %)
<b>BR-Weitere Bereiche</b>	<b>61 (25,2 %)*</b>	<b>66 (27,3 %)*</b>	<b>49 (20,2 %)*</b>	<b>41 (16,9 %)*</b>	<b>16 (6,6 %)*</b>	<b>233 (96,3 %)</b>
• Empfang_Tresen	94 (38,8 %)	35 (14,5 %)	22 (9,1 %)	26 (10,7 %)	53 (21,9 %)	230 (95,0 %)
• Empfang_Abstellplätze	39 (16,1 %)	25 (10,3 %)	59 (24,4 %)	43 (17,8 %)	70 (28,9 %)	236 (97,5 %)
• Empfang_Halterungen	102 (42,1 %)	55 (22,7 %)	29 (12,0 %)	15 (6,2 %)	30 (12,4 %)	231 (95,5 %)
• Empfang_Bedarfs-Rollstuhl	158 (63,3 %)	7 (2,9 %)	1 (0,4 %)	4 (1,7 %)	63 (26,0 %)	233 (96,3 %)
• Toilette_Tür	107 (44,2 %)	16 (6,6 %)	15 (6,2 %)	12 (5,0 %)	81 (33,5 %)	231 (95,5 %)
• Toilette_Schüssel	128 (52,9 %)	14 (5,8 %)	4 (1,7 %)	10 (4,1 %)	78 (32,2 %)	234 (96,7 %)
• Toilette_Waschbecken	97 (40,1 %)	19 (7,9 %)	11 (4,5 %)	23 (9,5 %)	83 (34,3 %)	233 (96,3 %)
• Behandlungsraum_höhenverstellbar	92 (38,0 %)	5 (2,1 %)	16 (6,6 %)	13 (5,4 %)	106 (43,8 %)	232 (95,5 %)
• Behandlungsraum_Lift	195 (80,6 %)	1 (0,4 %)	1 (0,4 %)	1 (0,4 %)	34 (14,0 %)	232 (95,5 %)
• Behandlungsraum_Umkleide	84 (34,7 %)	9 (3,7 %)	15 (6,2 %)	20 (8,3 %)	100 (41,3 %)	228 (94,2 %)

\*Hierbei handelt es sich bei den fünf Stufen um die Barrierefreiheit-Levels „Nicht vorhanden“, „Leicht barrierefrei“, „Mäßig barrierefrei“, „Erheblich barrierefrei“ und „Voll barrierefrei“.

Tab. 17: Lage- und Streuungsmaße von „Ausblick und Weiterentwicklung“

n = 242	Gültig	fehlend	Min	Max	MD	SD
IndexSystem	221	21	2	5	3,65	0,827
• Zeit	225	17	1	5	4,16	0,913
• Vergütung	228	14	1	5	4,46	0,830
• Räumlichkeiten	220	22	1	5	3,40	1,379
• Checklisten	221	21	1	5	3,49	1,212
• Vor-Ort-Begehungen	220	22	1	5	3,14	1,311
• Transparenz	223	19	1	5	3,59	1,200
• Weiterbildungen	220	22	1	5	3,24	1,174
• Finanzen	220	22	1	5	4,21	1,111
IndexMmB	225	17	1	5	4,62	0,658
• Informationen	222	20	1	5	4,61	0,757
• Bedürfnisse	224	18	1	5	4,53	0,763
• Vorbereitung	225	17	1	5	4,73	0,648

Tab. 18: Deskriptive Statistik von „Ausblick und Weiterentwicklung“

n = 242 (100 %)	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme teilweise zu	Stimme eher zu	Stimme völlig zu	Gesamt
IndexSystem	0 (0,0 %)	19 (0,4 %)	71 (7,9 %)	100 (29,3 %)	31 (12,8 %)	221 (91,3 %)
• Zeit	1 (0,4 %)	7 (2,9 %)	51 (21,1 %)	61 (25,2 %)	105 (43,4 %)	225 (93,0 %)
• Vergütung	3 (1,2 %)	4 (1,7 %)	20 (8,3 %)	60 (24,8 %)	141 (58,3 %)	228 (94,2 %)
• Räumlichkeiten	32 (13,2 %)	24 (9,9 %)	51 (21,1 %)	51 (21,1 %)	62 (25,6 %)	220 (90,9 %)
• Checklisten	20 (8,3 %)	17 (7,0 %)	75 (31,0 %)	52 (21,5 %)	57 (23,6 %)	221 (91,3 %)
• Vor-Ort-Begehungen	35 (14,5 %)	31 (12,8 %)	61 (25,2 %)	54 (22,3 %)	39 (16,1 %)	220 (90,9 %)
• Transparenz	15 (6,2 %)	24 (9,9 %)	62 (25,6 %)	58 (24,0 %)	64 (26,4 %)	223 (92,1 %)
• Weiterbildungen	18 (7,4 %)	37 (15,3 %)	80 (33,1 %)	45 (18,6 %)	40 (16,5 %)	220 (90,9 %)
• Finanzen	9 (3,7 %)	12 (5,0 %)	27 (11,2 %)	48 (19,8 %)	124 (51,2 %)	220 (90,9 %)
IndexMmB	1 (0,4 %)	2 (0,8 %)	10 (4,1 %)	56 (23,1 %)	156 (64,5 %)	225 (93,0 %)
• Informationen	2 (0,8 %)	3 (1,2 %)	16 (6,6 %)	37 (15,3 %)	164 (67,8 %)	222 (91,7 %)
• Bedürfnisse	2 (0,8 %)	2 (0,8 %)	19 (7,9 %)	53 (21,9 %)	148 (61,2 %)	224 (92,6 %)
• Vorbereitung	3 (1,2 %)	0 (0,0 %)	7 (2,9 %)	34 (14,0 %)	181 (74,8 %)	225 (93,0 %)

# Impressum

- **Herausgeber und Kontakt**

Landratsamt Breisgau-Hochschwarzwald  
Dezernat 3 Gesundheit und Versorgung  
Geschäftsstelle Kommunale Gesundheitskonferenz

Berliner Allee 1  
79114 Freiburg i. Br.

Telefon: 49 (0) 761 2187-3061  
Telefax: 49 (0) 761 2187-773061  
E-Mail: [gesundheitskonferenz@lkbh.de](mailto:gesundheitskonferenz@lkbh.de)

[www.breisgau-hochschwarzwald.de](http://www.breisgau-hochschwarzwald.de)

- **Projektleitung**

Sophia Warnecke, Gesundheitswissenschaftlerin M. A.

Unter Mitarbeit von Maria Borho (Gesundheitspädagogin M. Sc.) und Maike von Hirschhausen (Gesundheitspädagogin M. Sc.), Geschäftsstelle Kommunale Gesundheitskonferenz

**Stand:** Mai 2021

© Landratsamt Breisgau-Hochschwarzwald 2021, alle Rechte vorbehalten