

Diplomarbeit

Hausärztliche Versorgung von Patienten/innen mit einer angeborenen oder früh erworbenen mentalen Beeinträchtigung in der Steiermark

Eine Querschnittsanalyse

eingereicht von

Maria Magdalena Troger

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor(in) der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierten Versorgungsforschung

unter der Anleitung von

Univ.-Prof. Dr. med. univ. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch

Muna Abuzahra, BSc, MA

Dr. med. univ. Kristian Kristoferitsch

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 29.05.2017

Maria Troger eh

Vorwort

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen jenen bedanken, die mir mit fachlicher sowie persönlicher Unterstützung zum Gelingen dieser Diplomarbeit zur Seite standen. Mein großer Dank gebührt meiner Betreuerin, Frau Muna Abuzahra, BSc, M.A., sowie Frau Univ.-Prof. Dr. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch und Herrn Dr. med. univ. Kristian Kristoferitsch. Ein Dank gilt auch den Allgemeinmediziner/innen, welche an der Befragung teilnahmen, für deren Informationsbereitschaft, ohne welche meine Arbeit nicht dieses Maß an Praxisnähe erreicht hätte, sowie Ass.-Prof. Dr. med. univ. Ute Maurer-Fellbaum, welche mir mit fachlicher Auskunft zur Verfügung stand.

Bedanken möchte ich mich auch bei meiner Familie, die mir über die gesamte Dauer meiner Studien stets starken Rückhalt geboten hat und die es mir ermöglicht hat, ohne finanzielle Schwierigkeiten zu studieren.

Der österreichische Dramatiker Felix Mitterer hat mich mit seinem Buch ‚Kein Platz für Idioten‘ dazu bewogen, meine Diplomarbeit über Menschen mit geistiger Beeinträchtigung zu schreiben. (vgl. Mitterer 2012) Beeinträchtigten Menschen ist in der Medizin sowie in der Gesellschaft mit ebenso großem Respekt gegenüberzutreten wie Menschen ohne Beeinträchtigung.

In der Behindertenpolitik sowie in Punkto Hilfestellungen für behinderte Menschen hinkt Österreich, trotz großer Fortschritte im internationalen Vergleich, mit den Vorreiterländern wie zum Beispiel Schweden doch etwas hinterher. (vgl. Naue 2009, S.290)

Zusammenfassung

Einleitung: Hausärzte/innen nehmen bei der Versorgung von Patienten/innen mit einer angeborenen oder früh erworbenen mentalen Beeinträchtigung eine wichtige Position ein. Mit der medizinischen Betreuung von Personen mit mentalen Beeinträchtigungen geht eine wichtige Verantwortung einher und die Begleitung von Patienten/innen mit einer angeborenen oder früh erworbenen mentalen Beeinträchtigung bedeuten für die behandelnden Hausärzte/innen einen hohen Betreuungsaufwand. In dieser Arbeit soll die hausärztliche Versorgung von Patienten/innen mit einer angeborenen oder früh erworbenen mentalen Beeinträchtigung aus Sicht von Hausärzten/innen näher beleuchtet werden.

Material und Methoden: Mithilfe eines selbstentwickelten, strukturierten und standardisierten Fragebogens nahmen im Rahmen einer Querschnittsstudie niedergelassene Hausärzte/innen aus der Steiermark an der Befragung teil. Die deskriptive Auswertung des Fragebogens erfolgte mittels Microsoft® Excel Version 16.0.

Ergebnisse: Von den insgesamt 61 (100%) ausgegebenen Fragebögen wurden 42 retourniert (68,9%). Bei der Befragung fühlten sich alle Hausärzte/innen (100%) in medizinischen Fragestellungen als primäre Ansprechpersonen für Personen mit einer mentalen Beeinträchtigung oder deren Angehörigen. Unter den häufigsten Formen der angeborenen oder früh erworbenen mentalen Beeinträchtigungen sind das Down-Syndrom (29%), andere genetisch bedingte mentale Beeinträchtigungen (25%) sowie mit 27% mentale Beeinträchtigungen im Rahmen einer Infantilen Cerebralparese vertreten. Hauptanlass für Patienten/innen mit einer angeborenen oder früh erworbenen mentalen Beeinträchtigung den/die Hausarzt/ärztin zu kontaktieren sind Medikamentenverschreibungen und Behandlungen von Infekten (62%). 81% der Hausärzte/innen behandeln bis zu 20 Patienten/innen mit einer angeborenen oder früh erworbenen mentalen Beeinträchtigung pro Quartal. Unterstützende Organisationen in näherer Umgebung sind in 93% der Fälle vorhanden. 69% der Hausärzte/innen geben an, dass der Betreuungsaufwand für mental Beeinträchtigte erhöht sei und in 88% planen Ärzte/innen mehr Untersuchungszeit für mental beeinträchtigte Personen ein. Aus- und Fortbildungen

zum Thema ‚Umgang mit Patienten/innen mit einer mentalen Beeinträchtigung‘ sind während dem Studium, dem Turnus und der praktizierenden Zeit als Hausarzt/ärztin kaum vorhanden.

Diskussion und Schlussfolgerung: Alle befragten Hausärzte/innen fühlen sich in medizinischen Fragestellungen als primäre Ansprechpersonen für mental Beeinträchtigte oder deren Angehörige. Ebenso ist die Betreuung aus Sicht der Hausärzte/innen mit erhöhtem zeitlichen oder koordinativen Aufwand verbunden. Um den Anforderungen gerecht zu werden, wäre die Implementierung oder der Ausbau der derzeit schwach bis kaum vorhandenen Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten zum Thema ‚Umgang mit Patienten mit einer mentalen Beeinträchtigung‘ wünschenswert.

Abstract

Introduction: General practitioners occupy an important position in the care of patients with a congenital or early-acquired mental impairment. The medical care of people with mental impairments entails an important responsibility and the care of patients with a congenital or early-acquired mental impairment implies a high workload for general practitioners. In this diploma thesis, the medical care of patients with a congenital or early-acquired mental impairment is to be examined in more detail from the perspective of general practitioners.

Material and methods: Using a self-developed, structured and standardized questionnaire, the survey was taken by general practitioners from the state of Styria. The descriptive analysis of the questionnaire was performed using Microsoft Excel ® version 16.0.

Results: 42 questionnaires were returned (68,9%) from a total of 61 (100%). In the survey, all general practitioners (100%) felt that they were the primary point of contact in terms of addressing medical questions for people with a mental impairment or their relatives. Among the common forms of congenital or early-acquired mental impairment are Down syndrome (29%), other genetic mental impairments (25%), and 27% mental impairment in context of infantile cerebral palsy. Main reason for patients with a congenital or early-acquired mental impairment to contact their general practitioner, are drug prescriptions and treatment of infections (62%). 81% of general practitioners treat up to 20 patients with a congenital or early-acquired mental impairment each quarter. Supporting organizations situated in close proximity were found to exist in 93% of cases. 69% of the physicians surveyed claim that workload associated with mentally impaired patients has increased, and in 88% physicians are planning more examination times for mentally disabled persons. Opportunities for training and further education on the treatment of patients with a mental impairment are seldom available during medical studies, the internship period and the subsequent time spent practicing medicine as a general practitioner.

Conclusion: All surveyed general practitioners (100%) felt that they were the primary point of contact in terms of addressing medical questions for people with a mental

impairment or their relatives. In the same way, providing adequate medical assistance for such patients furthermore implies increasing efforts in terms of time and coordination for general practitioners. In order to meet these requirements, it would be desirable to implement improvements or an expansion of the currently weakly developed or hardly available training and advanced training regarding the treatment of patients suffering from mental impairment.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Zusammenfassung	4
Inhaltsverzeichnis	8
Abkürzungsverzeichnis	11
Abbildungsverzeichnis.....	12
Tabellenverzeichnis	13
1 Einleitung.....	15
2 Historischer Überblick über das Thema Behinderung	16
2.1 Definition der geistigen Behinderung.....	18
2.1.1 Das Oligophrenie-Konzept	19
2.1.2 Die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) und das Diagnostische und Statistische Handbuch Psychischer Störungen (DSM-IV)	19
2.1.3 Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)	20
2.2 Das medizinische und das soziale Modell der Behinderung.....	21
2.2.1 Das medizinische Modell der Behinderung	21
2.2.2 Das soziale Modell der Behinderung.....	22
2.3 Gesellschaftliche Reaktionen auf Behinderung	23
2.3.1 Wege der Veränderung	24
2.4 Österreichische Behindertenpolitik- Ein Kurzabriss	26
2.5 Tätigkeitsbereich der Allgemeinmediziner/innen.....	28
3 Ziele und Forschungsfragen.....	29
4 Material und Methoden	30
4.1 Studiendesign und Studienablauf.....	30
4.2 Einschlusskriterien.....	31
4.3 Fragebogen als Erhebungsinstrument	31
4.3.1 Entstehung des Fragebogens	31
4.3.2 Aufbau und Inhalt des Fragebogens	31

4.4	Statistische Auswertung.....	34
5	Ergebnisse.....	35
5.1	Rücklaufquote	35
5.2	Beschreibung der Stichprobe von Hausärzten/innen.....	36
5.2.1	Geschlecht	36
5.2.2	Alter.....	37
5.2.3	Tätigkeitsdauer	38
5.2.4	Kassenverträge	39
5.2.5	Patienten/innenanzahl pro Quartal.....	39
5.2.6	Einwohnerzahl.....	40
5.2.7	Barrierefreiheit.....	41
5.3	Patienten/innen mit einer angeborenen oder früh erworbenen mentalen Beeinträchtigung in steirischen Praxen.....	43
5.3.1	Mental Beeinträchtigte- Patienten/innenanzahl pro Quartal	43
5.3.2	Formen mentaler Beeinträchtigungen	44
5.3.3	Anlässe für Arztbesuche.....	45
5.3.4	Begleitung der Arztbesuche	47
5.3.5	Betreuungsaufwand beim Arztbesuch.....	48
5.4	Betreuung von Patienten/innen mit einer angeborenen oder früh erworbenen mental Beeinträchtigung in der Umgebung.....	49
5.4.1	Unterstützende Organisationen.....	49
5.4.1.1	Ländliche Regionen vs. Größere Ortschaften.....	51
5.4.2	Hinweis auf Organisationen	52
5.4.3	Hausärzte/innen als primäre Ansprechperson.....	53
5.5	Aus- und Fortbildungen	54
5.5.1	Erfahrungen während des Studiums	54
5.5.2	Erfahrungen während des Turnus	54
5.5.3	Kenntnis von spezifischen Fortbildungsmöglichkeiten	55
5.6	Kommunikation und Umgang mit Patienten/innen mit einer mentalen Beeinträchtigung.....	56

5.6.1	Kommunikation mit mental Beeinträchtigten	56
5.6.2	Subjektives Befinden im Umgang mit mental Beeinträchtigten	57
5.6.3	Zeit für Menschen mit mentaler Beeinträchtigung	58
5.6.4	Adäquate Versorgung mental Beeinträchtigter	59
5.7	Sonstige Anmerkungen	60
6	Diskussion	61
6.1	Limitationen	65
6.2	Schlussfolgerung.....	66
6.3	Ausblick	67
7	Literaturverzeichnis	68
8	Anhang	71
8.1	Fragebogen	71

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
BGStG	Behindertengleichstellungsgesetz
DSM-IV	Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen
etc.	Et cetera
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
i.e.L.	In erster Linie
o.J.	Ohne Jahr
o.O.	Ohne Ort
S.	Seite
s.o.	Siehe oben
Tab.	Tabelle
vgl.	Vergleiche
WHO	Weltgesundheitsorganisation
Zit.in	Zitiert in

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Geschlechterverteilung.....	36
Abb. 2: Altersverteilung der Hausärzte/innen.....	37
Abb. 3: Tätigkeitsdauer in Jahren	38
Abb. 4: Patienten/innenanzahl pro Quartal.....	39
Abb. 5: Einwohneranzahl in dem praktizierenden Ort.....	40
Abb. 6: Barrierefreiheit der Praxis.....	41
Abb. 7: Anzahl der Patienten/innen mit einer mentalen Beeinträchtigung pro Quartal.....	42
Abb. 8: Formen der mentalen Beeinträchtigung	43
Abb. 9: Anlass für einen Arztbesuch	44
Abb. 10: Praxisbesuche ohne Begleitung	46
Abb. 11: Erhöhter Betreuungsbedarf mental Beeinträchtigter.....	47
Abb. 12: Vorhandensein unterstützender Organisationen	48
Abb. 13: Vergleich ländliche Regionen vs. größere Ortschaften: Vorhandensein unterstützender Organisationen	50
Abb. 14: Hinweis auf Organisationen in der Umgebung	51
Abb. 15: Hausärzte/innen als primäre Ansprechpartner/innen in medizinischen, sozialen und rechtlichen Fragestellungen	52
Abb. 16: Aus- und Fortbildungen zum Thema ‚Umgang mit Personen mit einer mentalen Beeinträchtigung‘ im Laufe des Studiums/ der Turnus-Ausbildung	53
Abb. 17: Kenntnis spezifischer Fortbildungen zum Thema ‚Umgang mit Personen mit einer mentalen Beeinträchtigung‘.....	54
Abb. 18: Kommunikation mit mental Beeinträchtigten	55
Abb. 19: Subjektives Befinden im Umgang mit mental Beeinträchtigten	56
Abb. 20: Zeit für Menschen mit mentaler Beeinträchtigung	57
Abb. 21: Adäquate Versorgung mental Beeinträchtigter	58

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Forschungsfragen der Diplomarbeit.....	29
Tab. 2: Fragetechniken	32
Tab. 3: Beschreibung der Abschnitte, Fragen und Themen des Fragebogens	33
Tab. 4: Geschlechterverteilung	36
Tab. 5: Altersverteilung der Hausärzte/innen	37
Tab. 6: Tätigkeitsdauer in Jahren.....	38
Tab. 7: Kassenverträge.....	39
Tab. 8: Patienten/innenanzahl pro Quartal.....	40
Tab. 9: Einwohneranzahl in dem praktizierenden Ort	41
Tab. 10: Anzahl der Patienten/innen mit einer mentalen Beeinträchtigung pro Quartal.....	42
Tab. 11: Formen der mentalen Beeinträchtigung	43
Tab. 12: Anlass für einen Arztbesuch.....	45
Tab. 13: Andere Anlässe für einen Arztbesuch	45
Tab. 14: Praxisbesuche ohne Begleitung	46
Tab. 15: Erhöhter Betreuungsbedarf mental Beeinträchtigter	47
Tab. 16: Vorhandensein von unterstützenden Organisationen	49
Tab. 17: Unterstützende Organisationen in Praxisnähe.....	49
Tab. 18: Vergleich ländliche Regionen vs. größere Ortschaften: Vorhandensein unterstützender Organisationen	50
Tab. 19: Hinweis auf Organisationen in der Umgebung.....	51
Tab. 20: Hausärzte/innen als primäre Ansprechpartner/innen in medizinischen, sozialen und rechtlichen Fragestellungen	52
Tab. 21: Aus- und Fortbildungen zum Thema ‚Umgang mit Personen mit einer mentalen Beeinträchtigung‘ im Laufe des Studiums/ der Turnus-Ausbildung	54

Tab. 22: Kommunikation mit mental Beeinträchtigten	55
Tab. 23: Subjektives Befinden im Umgang mit mental Beeinträchtigten	56
Tab. 24: Zeit für Menschen mit mentaler Beeinträchtigung.....	57
Tab. 25: Adäquate Versorgung mental Beeinträchtigter.....	58
Tab. 26: Sonstige Anmerkungen.....	59

1 Einleitung

Hausärzte/innen nehmen bei der Versorgung von Patienten/innen mit einer angeborenen oder früh erworbenen mentalen Beeinträchtigung eine wichtige Rolle ein. Die Begleitung von Patienten/innen mit einer angeborenen oder früh erworbenen mentalen Beeinträchtigung bedeuten für die behandelnden Hausärzte/innen einen hohen Betreuungsaufwand und große Verantwortung. (vgl. Beeinträchtigung-Medizin, Arbeitsunterlagen 2014, S. 13) Ziel der Arbeit ist es, die hausärztliche Versorgung von Patienten/innen mit einer angeborenen oder früh erworbenen mentalen Beeinträchtigung aus Sicht von Hausärzten/innen zu beschreiben.

2 Historischer Überblick über das Thema Behinderung

Weder auf nationaler noch auf internationaler Ebene liegt eine allgemein gültige Definition für den Begriff der Behinderung vor. Das Steiermärkisches Behindertengesetz definiert diesen Begriff folgendermaßen:

„Als Beeinträchtigung im Sinne dieses Gesetzes gelten insbesondere alle physischen, psychischen und geistigen Beeinträchtigungen, soweit sie nicht vorwiegend altersbedingt sind.“ (Prettenthaler-Ziegenhofer 2006, S. 15)

Das Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz (BGStG), welches die Gleichstellung behinderter Menschen sowie um den Schutz vor Diskriminierung regelt und mit 1. Januar 2006 in Kraft getreten ist, beschreibt Behinderung in folgender Weise (vgl. Naue 2009, S. 279):

„Behinderung im Sinne dieses Bundesgesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktion, die geeignet ist, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erschweren. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als voraussichtlich sechs Monaten.“ (Naue 2009, S. 279)

Um zu verstehen warum die meisten Definitionen einen medizinischen Fokus auf den Körper werfen, muss man kurz den historischen Hintergrund in Österreich beleuchten. Durch das Invalidenentschädigungsgesetz 1919 und das Kriegsopferversorgungsgesetz 1957 wurden Männern, die durch die Teilnahme am Krieg ‚Invalide‘ wurden, Hilfestellungen gewährleistet, damit sie wieder einen angemessenen Platz in der Gesellschaft einnehmen konnten. In den Gesetzen war das Augenmerk i.e.L. auf körperliche Funktionsstörungen von Kriegsversehrten gerichtet. Von Geburt an Behinderte sowie Frauen fielen zunächst aus der Gruppe, die durch die Gesetze begünstigt wurden heraus und der Kreis der Anspruchsberechtigten erweiterte sich erst in den Folgejahren. (vgl. Naue 2008, zit.in Naue 2009, S. 279)

Der Terminus ‚körperlich und geistig behindert‘ trat erstmalig im ‚Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens‘ auf, welches nach Machtergreifung der

Nationalsozialisten 1938 auch in Österreich vollzogen wurde. (vgl. Steingruber 2000, zit. in Naue 2009, S. 280)

Während der Zeit des Nationalsozialismus waren Personen mit einer Behinderung in ihren Lebens- und Menschenrechten massiv beschnitten. Speziell von Geburt an behinderte Menschen waren durch eugenische Maßnahmen bedroht und fielen in großer Zahl den ‚Euthanasie-Programmen‘ der Nationalsozialisten zum Opfer. Dabei handelte es sich um skrupellose Verbrechen, die unter dem Namen ‚Aktion T4‘, benannt nach der Leitstelle der Verrichtung in Berlin – Tiergartenstraße 4, an Menschen begangen wurden, die das Ideal des ‚Deutschtums‘ nicht erfüllten oder als ‚nicht heilbar‘ galten. Im Rahmen der sogenannten ‚Aktion T4‘ fanden zwischen 1940 und 1941 mindestens 70 000 Menschen in Gaskammern den Tod. Die Opfer waren psychisch kranke Menschen sowie behinderte Personen. Ihre Ermordung sollte aber möglichst geheim und intransparent für die Öffentlichkeit vor sich gehen, weshalb diese Aktion zentral in Berlin gesteuert, überwacht und weitgehend unbemerkt in verschiedenen Tötungsanstalten im ‚Dritten Reich‘ vollzogen wurde. (vgl. Poier 2001, S. 86)

Aus dieser Zeit hält sich noch immer hartnäckig das Argument, behinderte Menschen seien ein ‚unnötiger Kostenfaktor‘. Es gibt nur mangelhafte Datenerhebungen aus dieser Zeit, unter anderem weil zahlreiche Unterlagen gegen Kriegsende hin von den Tätern vernichtet wurden. Trotz des spürbaren Gesinnungswandels in unserer Gesellschaft Behinderten gegenüber, haben auch heute noch statistische Erhebungen und Auswertungen im Behindertenbereich nur geringe politische Priorität. (vgl. Steingruber 2000, zit. in Naue 2009, S. 279-280)

2.1 Definition der geistigen Behinderung

In der für das Thema relevanten Literatur findet man in Österreich eine Vielfalt an Definitionen von geistiger Behinderung, aber bis dato gibt es keine einheitlich gültige Begriffsbestimmung.

Um Begriffe wie ‚Blödsinn‘, ‚Schwachsinn‘ oder ‚Oligophrenie‘ abzulösen, wurde gegen Ende der 1950er-Jahre in Österreich der Begriff der ‚geistigen Behinderung‘ eingeführt. Auch wollte man eine Annäherung an der, im angloamerikanischen Sprachraum gebräuchlichen, Bezeichnung ‚Mental Retardation‘ oder ‚Mental Handicap‘ herbeiführen. Da der Begriff ‚Mental Retardation‘ im Gegensatz zur Bezeichnung der ‚geistigen Behinderung‘ auch lernbehinderte Menschen und Menschen mit einer verzögerten geistigen Entwicklung miteinbezieht, blieb die internationale Vergleichbarkeit erschwert. Der Begriff der ‚geistigen Behinderung‘ sollte nämlich hingegen den Personenkreis mit ‚frühen‘ Hirnschädigungen umfassen. Ursachen pathologischer Hirnveränderungen in deren Folge eine geistige Behinderung auftreten kann sind: perinatale Schädigungen im Sinne von Geburtstraumata, Hypoxie, Infektionen (viral oder bakteriell), aber auch Intoxikationen, Chromosomenaberrationen, Genmutationen und letztlich auch Tumore oder postnatale Infektionen. (vgl. Neuhäuser 2004, zit. in Theunissen; Kulig 2009, S. 101)

Heute ist der Begriff der ‚geistigen Behinderung‘ nach Ansicht vieler Wissenschaftler und Behinderten-Organisationen überholt, und man ist stets auf der Suche nach einem passenderen Terminus. Häufig wird der Terminus ‚geistige Beeinträchtigung‘ verwendet, welcher sich jedoch in der Fachliteratur noch nicht durchgesetzt hat. In der folgenden Arbeit wird die Bezeichnung der ‚geistigen Behinderung‘ als Synonym für die ‚geistige Beeinträchtigung‘ verwendet.

Abhängig von der Schwere und Art einer geistigen Beeinträchtigung kommt es zu unterschiedlichen Problemen der menschlichen Entwicklung. Das kann unter anderem das Sprechen, Gehen, Fühlen oder auch Anpassungsprobleme auf sozialer Ebene betreffen. Häufig sind mehrere Funktionsbereiche des menschlichen Körpers gleichzeitig betroffen. Früher ging man davon aus, dass eine geistige Behinderung

hauptsächlich genetisch oder frühkindlich-traumatisch bedingt sei. Heute berücksichtigt man aber auch soziale Risikofaktoren wie Armut, das Aufwachsen in Problemfamilien sowie nicht nur rassistisch bedingte Chancenungleichheit. (vgl. Luckasson u. a. 2002, zit. in Theunissen; Kulig 2009, S. 101) Daher muss bei der Entstehung von geistiger Behinderung von einem Zusammenspiel bio-psycho-sozialer Aspekte ausgegangen werden. (vgl. Theunissen 2005, zit. in Theunissen; Kulig 2009, S. 101)

Die bedeutendsten Konzepte zur Einteilung geistiger Behinderung sind das mittlerweile anachronistische Oligophrenie-Konzept sowie die Einteilung durch die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10), das Diagnostische und Statistische Handbuch Psychischer Störungen (DSM-IV) sowie die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). (vgl. Theunissen; Kulig 2009, S. 102)

2.1.1 *Das Oligophrenie-Konzept*

Das Oligophrenie-Konzept stammt ursprünglich aus der Psychiatrie und teilt die geistige Behinderung in drei Grade. Debilität ist als leichteste Form der geistigen Beeinträchtigung zu verstehen. Imbezillität bezeichnet mittlere Grade der Behinderung. Idiotie beschreibt die schwerste Ausprägungsform. Wenn auch das Oligophrenie-Konzept als unzeitgemäß gilt findet man es bis dato in vielen Lehrbüchern der Psychiatrie. (vgl. Theunissen; Kulig 2009, S. 102)

2.1.2 *Die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) und das Diagnostische und Statistische Handbuch Psychischer Störungen (DSM-IV)*

Laut der ICD-10, ein von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickeltes Instrument zur Klassifikation von Krankheiten, wird geistige Behinderung als eine ‚Intelligenzminderung‘ (F70) eingestuft. Nach dem DSM-IV wird eine geistige Behinderung unter dem Oberbegriff der ‚Entwicklungsstörung‘ (317) gefasst. In

beiden Einteilungskonzepten wird die geistige Behinderung als psychische Störung betrachtet. Dies sollte kritisch hinterfragt werden. (vgl. Theunissen; Kulig 2009, S. 102-103)

Die ICD-10 verwendet zur Einstufung von geistiger Behinderung einen Intelligenztest. Die WHO betont aber, dass die adaptiven Fähigkeiten eines geistig beeinträchtigten Menschen ebenfalls mitberücksichtigt werden sollten, damit die Einteilung nicht einzig und allein aufgrund der IQ-Werte erfolgt. (vgl. World Health Organization, 1996)

2.1.3 Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Die ICF ist das aktuelle Klassifikationssystem der WHO. Es beschreibt den funktionalen Gesundheitszustand des Menschen, die Behinderung, die soziale Beeinträchtigung sowie die für beeinträchtigte Menschen relevanten Umweltfaktoren. Die ICF löste 2001 die International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) ab. Die ICIDH beschreibt einen defizitorientierten Zugang zu Behinderung. Die ICF unterscheidet sich im Vergleich zu ihrem Vorgängersystem durch einen ressourcenorientierten, bio-psycho-sozialen Ansatz. In der noch immer gebräuchlichen ICIDH wurden die drei Begriffe Impairment (Schädigung), Disability (Fähigkeitsstörung), sowie Handicap (soziale Benachteiligung) verwendet. In der aktuellen ICF ist der Terminus ‚Handicap‘ nicht mehr gebräuchlich. (vgl. World Health Organization 2001, S. 144) Die Anwendungsbereiche der ICF sind wesentlich umfassender. Sie versucht Menschen mit Behinderung sowie Menschen ohne Behinderung gerecht zu werden. Die weiter oben beschriebene ICD ist ein Instrument, um Krankheiten zu klassifizieren. Die ICF jedoch bietet die Möglichkeit, die Auswirkungen von Krankheiten bezüglich Körperfunktionen, Teilhabe und Aktivität zu klassifizieren. (Vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2014)

2.2 Das medizinische und das soziale Modell der Behinderung

2.2.1 Das medizinische Modell der Behinderung

In diesem defizitorientierten Modell dominiert ein stark medizinischer Blickwinkel auf körperliche, psychische oder kognitive Abweichungen von der gesellschaftlichen Normvariante. (vgl. Waldschmidt 2003, zit. in Hermes 2006, S. 16) Erst ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts unterschied man offiziell zwischen Krankheit und Behinderung. Daher bestand lange die Tendenz, Behinderung mit Hilfe des medizinischen Modells zu beurteilen. Medizinisch betrachtet wird das ‚Kranksein‘ oft mit dem ‚Nicht-gesund-sein‘ gleichgesetzt bzw. die Krankheitsbezeichnung der Gesundheitsbezeichnung gegenübergestellt. (vgl. Hirschberg 2009, S. 107)

Im medizinischen Modell wird unter Behinderung das persönliche Problem des Einzelnen verstanden, welches durch Krankheit, Unfall, Vererbung oder einer anderen Tragödie entstanden ist und welches es zu verringern gilt. (vgl. DIMDI 2002, zit. in Hermes. 2006, S. 16) Normabweichungen werden als Mängel, als Defizite, als negative persönliche Eigenschaften angesehen und auf die gesamte Person übertragen. Häufig rückt ein markantes Merkmal, wie etwa ein besonderer Gesichtszug eines geistig Beeinträchtigten so in den Vordergrund, dass der Betroffene von seiner Umgebung auf dieses Stigma reduziert wird. Individuelle Fähigkeiten und Begabungen des Behinderten werden infolgedessen weniger gewürdigt. Die Lebensqualität und die gesellschaftliche Anerkennung werden dadurch klarerweise vermindert. Das medizinische Modell unterstellt, dass die sozialen Nachteile, die ein geistig Beeinträchtigter tagtäglich erfährt, die Folge eines persönlichen Mangels seien. Defizite versucht man durch Behandlung, Therapien und Förderung zu beseitigen oder zumindest zu reduzieren. Zu erwähnen ist noch, dass der Erfolg einer Behandlung, einer Therapie oder einer Förderung immer noch an nicht behinderten Menschen, die als Norm gelten, gemessen wird. Das oben angeführte Modell will die ‚Problematik Behinderung‘ dadurch lösen, dass sie eine möglichst perfekte Anpassung/Angleichung des Behinderten an seine Umgebung anstrebt. Im Gegensatz dazu sieht das nachfolgend beschriebene soziale Modell der Behinderung die Problematik eher im Umfeld, welches die Beeinträchtigten behindert und einschränkt. (vgl. Hermes 2006, S.17 ff)

Das medizinische Modell der Behinderung beschreibt den Beeinträchtigten als Wesen mit Mängeln und Defiziten. Deshalb wird er unglücklicherweise öfters an den Rand der Gesellschaft gedrängt, und es werden ihm häufig Handlungs-, Urteils-, und Entscheidungsfähigkeit abgesprochen. (vgl. Waldschmidt 1999, zit. in Hermes 2006, S. 17)

2.2.2 Das soziale Modell der Behinderung

Als Gegenentwurf zum medizinischen Modell der Behinderung wurde gegen Ende der 1970er Jahre in Großbritannien das soziale Modell der Behinderung ausgearbeitet. (vgl. Hirschmann, 2009, S. 112) In diesem Modell wird zwischen Behinderung und individueller Beeinträchtigung unterschieden. Dem sozialen Modell der Behinderung zufolge stellt die individuelle Beeinträchtigung nicht das Hauptproblem dar. Vielmehr werden die Betroffenen durch ausgrenzendes soziales Verhalten, eingeschränkten Zugang zu gesellschaftlichen Kontakten und massive Vorurteile etc. behindert. (vgl. Priestley, zit. in Hermes, 2006, S. 19)

Behinderung ist demnach kein immer und überall gleich geltender Begriff. Es ist ein Zustand, welcher sozial konstruiert wird und sich von Kultur zu Kultur unterscheidet. Beispielsweise ist der Analphabetismus in vielen Regionen der Welt verbreitet. Dort wird die Schreib-, und Leseunfähigkeit als alltäglicher Zustand toleriert. In industrialisierten Ländern führt Analphabetismus jedoch zur Ausgrenzung, wird als von der Norm abweichend empfunden und zumindest als Lernbehinderung definiert. (vgl. Neubert; Cloerkes, zit. in Hermes, 2006, S. 20)

Im sozialen Modell der Behinderung geht man im Gegensatz zum medizinischen Modell der Behinderung davon aus, dass das Problem der beeinträchtigten Personen nicht in der individuellen Beeinträchtigung oder im persönlichen Leiden liegt, sondern die Behinderung durch die Umwelt und gesellschaftliche Verhältnisse (z.B. ausgrenzende soziale Rahmenbedingungen, erschwerter Zugang zu einer gefestigten Gemeinschaft sowie enorme Vorurteile) entsteht. (Vgl. Oliver; Priestley, zit. in Hermes, 2006, S. 19)

2.3 Gesellschaftliche Reaktionen auf Behinderung

„Die Bereitschaft einer Gesellschaft, Mittel für Menschen bereitzustellen, die selbst kaum etwas zum Bruttosozialprodukt beitragen können, hängt unter anderem von der öffentlichen Meinung, also der allgemein gehaltenen Einstellung in der Bevölkerung ab.“ (Klaus 1999, S. 35, zit. in Woegerer 2009, S. 32) Zum besseren Verständnis zuvor noch eine Differenzierung bezüglich der Begriffe ‚Einstellung‘, ‚Vorurteil‘ und ‚Stigma‘.

„Eine ‚Einstellung‘ ist ein stabiles System von positiven oder negativen Bewertungen, gefühlsmäßigen Haltungen und Handlungstendenzen in bezug [sic!] auf ein soziales Objekt.“ (Cloerkes, 1997, S. 76)

Unter ‚Vorurteilen‘ versteht Cloerkes eine sehr starre, sowie negative Einstellung, die überwiegend einer Beeinflussung standhält. Ein ‚Stigma‘ ist ein Sonderfall eines Vorurteils, bei dem Menschen mit einer Behinderung ein Merkmal oder eine Einstellung negativ zugeschrieben bekommen. (vgl. Cloerkes, 1997, S. 77) Vielen beeinträchtigten Menschen wird ein Stigma zugeordnet, was bedeutet, dass sie „in unerwünschter Weise anders sind, als wir es antizipiert hatten. Wir und diejenigen, die von den jeweils in Frage stehenden Erwartungen nicht negativ abweichen“ (Goffman, 1990, S. 13) werden als die ‚Normalen‘ bezeichnet.

Die Reaktionen auf eine Behinderung sind von verschiedenen Einflussfaktoren abhängig und das Ausmaß der möglichen Beeinflussung ist umstritten (vgl. Cloerkes 1997, S. 76ff):

- Entscheidend ist die Art der Behinderung, wobei psychische oder geistige Abweichungen deutlich ungünstiger als körperliche bewertet werden.
- Die Akzeptanz bei Frauen und jungen Menschen gegenüber Personen mit einer Behinderung scheint höher zu sein als bei Männern und älteren Mitmenschen.
- Der Bildungsgrad, die Schichtzugehörigkeit und das Wissen über Behinderung, lassen keine eindeutigen Schlüsse ziehen, welche Einstellung eine bestimmte Person behinderten Menschen gegenüber hat. Fest steht jedoch, dass ein höherer sozioökonomischer Status in Verbindung mit viel

Faktenwissen bezüglich Behinderung sowie ein höherer Bildungsstand noch lange keine positive Haltung gegenüber Behinderung zur Folge haben.

- Der Kontakt mit Behinderten ist ein wesentlicher Einflussfaktor, wobei aus der Interaktion keineswegs zwangsläufig eine positive Reaktion resultieren muss.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es abgesehen von der Art der Behinderung nur wenig eindeutige Gründe zur Einstellung zu Menschen mit Behinderung gibt. „Dies weist darauf hin, dass wir es offensichtlich mit einer bemerkenswert starren und sehr grundlegenden Haltung zu tun haben“ (Cloerkes 1997, S. 78), so Cloerkes.

Typische soziale Verhaltensmuster gegenüber Menschen mit einer Beeinträchtigung werden angewandt, um Distanz zu schaffen. Es handelt sich hierbei um ursprüngliche Reaktionen bzw. Formen der Triebabfuhr wie Anstarren, Ansprechen, diskriminierender Aussagen, Witze, Hänseleien, Aggressivität oder sogar Vernichtungstendenzen.

Aber auch im ersten Moment als positiv gewertete Verhaltensweisen, wie zum Beispiel Mitleid, aufgedrängte Hilfe, unpersönliche Hilfe wie Spenden oder Scheinakzeptanz dienen letzten Endes der Abgrenzung. Echtes Engagement, ohne dafür entlohnt zu werden oder Dankbarkeitserwartungen zu hegen, kommt vergleichsweise selten vor. (vgl. Cloerkes 1997, S. 79)

Laut Woegerer haben es Menschen mit einer nicht auf den ersten Blick sichtbaren Behinderung schwerer, Hilfe zu bekommen als Menschen mit sofort auffallenden Normabweichungen, wie Grimassen oder Geräusche, oder Menschen mit sichtbarer Gangstörung oder Sprachstörungen etc. Den nicht beeinträchtigten Menschen fehlt das Verständnis dafür noch mehr und es bedarf zusätzlich einer längeren Zeitdauer bis eine Akzeptanz erfolgt. (vgl. Woegerer 2009, S. 34)

2.3.1 Wege der Veränderung

Damit geistig beeinträchtigte Menschen in der Gesellschaft einen angemessenen Platz erhalten und mit ebenso viel Respekt behandelt werden wie nicht beeinträchtigte Personen, ist eine Änderung der Einstellung einer möglichst breiten

Öffentlichkeit unumgänglich. Doch ist die Zahl der möglichen Wege einer Einstellungsänderung gegenüber behinderten Menschen begrenzt. Das Verhalten gegenüber beeinträchtigten Personen wird bereits in der frühesten Kindheit geprägt. Je früher eine positive Einstellungsmodulation erfolgt, desto höher sind die Erfolgchancen. Eine recht starre Grundeinstellung der nicht beeinträchtigten Menschen ist ein großes Hindernis für einen Gesinnungswandel. Da die gesellschaftliche Reaktion auf Behinderung stark affektiv geprägt ist, ist diese von einer großen Änderungsresistenz gekennzeichnet. Die Gleichsetzung der negativ bewerteten Behinderung mit den beeinträchtigten Personen führt oft zu einem negativen gesellschaftlichen Verhaltensmuster den Betroffenen gegenüber. (vgl. Cloerkes 1997, S. 110f)

Goffman erklärt die zusätzliche Benachteiligung geistig behinderter Menschen gegenüber anderen stigmatisierten Personen mit der Tatsache, dass geistig Beeinträchtigte kaum in der Lage sind, ihre beschädigte Identität bewusst zu bewältigen. (vgl. Goffmann 1990)

Nach Meinung vieler Experten auf dem Gebiet der Behindertenbetreuung ist der persönliche Kontakt mit beeinträchtigten Menschen unumgänglich, um eine Einstellungsänderung in der Gesellschaft zu erzielen. Beste Ergebnisse werden bei Kombination von Kontakt, Information und weiteren Methoden, wie zum Beispiel die Simulation des Behindertseins, erzielt. Der Erfolg der Strategien ist abhängig von der Bereitschaft, die Einstellungshaltung verändern zu wollen. Jedoch können bereits bestehende Denkweisen unter Umständen noch verstärkt werden. (vgl. Cloerkes 1997, S. 133)

2.4 Österreichische Behindertenpolitik- Ein Kurzaufsatz

Definitionen von Behinderung haben einen wesentlichen Einfluss auf die Gestaltung von Behindertenpolitik sowie auf die gesellschaftliche Einstellung gegenüber Behinderung und behinderten Menschen. Österreich ist nach wie vor geprägt von einem stark medizinischen Verständnis von Behinderung mit Fokus auf Mängel, Defizite sowie Normabweichungen. In Österreich muss derzeit Behinderung anhand von Skalen ge- und bemessen werden, um Anspruchsberechtigungen festzustellen. Behinderungsdefinitionen können wie oben beschrieben eine Gruppe innerhalb ‚der behinderten Menschen‘ benachteiligen oder außer Acht lassen. (vgl. Naue 2009, S. 286f)

Die Behindertenpolitik in Österreich unterscheidet sich in vielerlei Aspekten von der Behindertenpolitik in anderen Ländern. Zum einen mangelt es in Österreich, wie allerdings in vielen anderen Ländern auch, an gesellschaftlicher Akzeptanz gegenüber beeinträchtigten Menschen und zum anderen fehlt ein jahrelanger, relevanter politischer Aktivismus. Die Ursachen für die mangelnde Akzeptanz sind vielfältig. Einerseits hält sich, wie der historische Abriss österreichischer Behindertenpolitik zeigt, hartnäckig das Argument, beeinträchtigte Menschen wären ein ‚unnötiger Kostenfaktor‘ (vgl. Lern und Gedenkort Schloss Hartheim 2002, zit. in Naue 2009, S. 290), was sich auch bis dato noch teilweise auf die gegenwärtige Behindertenpolitik auswirkt. (vgl. Naue 2009, S. 290f) So wurden im Rahmen der ersten politisch angeordneten ‚Sparmaßnahmen‘ im ersten Jahrzehnt ab 2000 zahlreiche Einsparungen und Ressourcenkürzungen im Behindertenbereich durchgeführt, wie Schließungen von Tagesheimstätten und Reduktion von Sport- und Ausflugsaktivitäten. (vgl. Fabry 2009)

Andererseits wurden Menschen mit Behinderung im juristischen Zusammenhang sowie im gesellschaftlichen Diskurs als ‚außerhalb der Norm‘ betrachtet. (vgl. Naue 2009, S. 291)

Dies trug dazu bei, dass der politische Aktivismus in Österreich nur sehr schleppend vorankam und beeinträchtigte Menschen kaum Möglichkeiten hatten, politisch zu partizipieren. Objektive Barrieren, wie beispielsweise Treppen oder Gehsteigkanten,

sowie solche in den Köpfen der Mitbürger/innen haben bewirkt, dass Menschen mit einer Behinderung oft ‚unsichtbar‘ waren. In Österreich ist die Basis, um einen Paradigmenwechsel zu vollziehen vorhanden. Es fehlt jedoch noch an Erfahrung, worüber die Vorreiter-Länder wie etwa Schweden bereits verfügen. (vgl. Naue 2009, S. 290f) Schweden zeichnet sich durch hohe gesellschaftliche Akzeptanz sowie ein flächendeckendes Angebot an persönlicher Assistenz für behinderte Menschen aus. Dadurch kommt man dem Ziel, beeinträchtigten Personen ein selbstbestimmtes Leben und eine volle Teilhabe an den gesellschaftlichen Prozessen zu ermöglichen, näher. Abhängigkeiten von Institutionen können weitgehend vermieden werden. Mittlerweile wird auch in einigen Bundesländern Österreichs persönliche Assistenz angeboten. Die Schaffung einer barrierefreien Umwelt und die Entwicklung des Assistenzkonzeptes sind mit höheren Kosten verbunden. Aber nur dadurch kann das Recht beeinträchtigter Menschen auf volle Teilhabe an der Gesellschaft verwirklicht werden. Eine wirksame Behindertenpolitik sollte tägliche politische Praxis werden und damit den Alltag von beeinträchtigten Menschen spürbar und anhaltend lebenswerter machen. (vgl. Naue 2009, S. 284f)

Gesetzgebung auf behindertenpolitischem Gebiet ist wichtig, weil sie eine gesellschaftlich wirksame Leitlinie zur Orientierung im Umgang mit Behinderung vorgibt. Langfristig gesehen wäre es erstrebenswert, das österreichische System an Modelle wie Schweden anzugleichen. Dort ist bereits, wie oben erwähnt, eine barrierefreie Umwelt und Gesellschaft sowie die De-Institutionalisierung etabliert. (vgl. Naue 2009, S. 286f)

2.5 Tätigkeitsbereich der Allgemeinmediziner/innen

Der/die Hausarzt/ärztin ist für eine umfassende, regelmäßige, oft lebenslang andauernde Begleitung von Menschen mit unterschiedlichen Krankheiten, Alter oder Geschlecht zuständig. (vgl. Wonca Europe 2002, S. 15f) Im Gegensatz zu Fachärzten/innen ist der Besuch des/der Hausarztes/ärztin meist die erste medizinische Kontaktstelle mit dem Gesundheitssystem. Er/Sie trägt die Verantwortung für die Gesundheit der Allgemeinheit. (vgl. Wonca Europe 2002, S. 37f) Ein besonderes Vertrauensverhältnis wird durch den immer wiederkehrenden Kontakt sowie die oft über Jahrzehnte dauernde konstante Betreuung in Rahmen der Familie hergestellt. (vgl. Wonca Europe 2002, S. 15) Die Wahl der Behandlung wird an die betreffende Person und deren Lebensumfeld angepasst. (vgl. Wonca Europe 2002, S. 37) Es werden psychische, physische, existentielle, soziale und kulturelle Einflussfaktoren berücksichtigt. (vgl. Wonca Europe 2002, S. 15) Die biopsychosoziale Kompetenz in der Allgemeinmedizin spielt eine wesentliche Rolle im Kontakt und Umgang mit beeinträchtigten Menschen. Die medizinische Langzeitbetreuung, aber auch die achtsame Begleitung über lange Lebensabschnitte von Menschen mit Behinderung, ist eine wichtige Aufgabe für die in der Primärversorgung tätigen Ärzte/innen für Allgemeinmedizin.

Gemeinsam mit anderen Fachdisziplinen ist eine ganzheitliche medizinische Versorgung möglich. (vgl. Wonca Europe 2002, S. 17)

3 Ziele und Forschungsfragen

In dieser Diplomarbeit wird die Schnittstelle der Allgemeinmedizin mit mental beeinträchtigten Personen näher beleuchtet. Ziel der Arbeit ist es, die aktuelle hausärztliche Versorgung von Patienten/innen mit einer angeborenen oder früh erworbenen mentalen Beeinträchtigung aus Sicht von Hausärzten/innen in der Steiermark zu beschreiben. Die in Tabelle 1 gestellten Forschungsfragen sollen mit dieser Arbeit beantwortet werden.

Tab. 1: Forschungsfragen der Diplomarbeit

Forschungsfragen	
1	Benötigt eine Person mit einer angeborenen oder früh erworbenen mentalen Beeinträchtigung mehr Arztbesuche im Vergleich zu nicht mental Beeinträchtigten?
2	Wie viele Personen mit einer angeborenen oder früh erworbenen mentalen Beeinträchtigung werden pro Quartal von den Hausärzten/innen betreut?
3	Welche Formen der mentalen Beeinträchtigung werden von den Hausärzten/innen betreut?
4	Nehmen sich die Hausärzte/innen für einen Arztbesuch eines mental Beeinträchtigten mehr Zeit als für Patienten/innen ohne Beeinträchtigung?
5	Haben Hausärzte/innen in der Stadt ein besseres Netzwerk an Hilfestellungen im Vergleich zu jenen am Land?
6	Gibt es Hilfestellungen oder Organisationen, welche die Betreuung von mental beeinträchtigten Personen ergänzen?
7	Bezeichnen sich Hausärzte/innen als primäre Ansprechpartner von Personen mit einer mentalen Beeinträchtigung und fühlen Sie sich dafür ausreichend vorbereitet (Ausbildungen, Fortbildungen)?

4 Material und Methoden

4.1 Studiendesign und Studienablauf

Insgesamt wurden 61 selbst entwickelte Fragebögen ausgegeben, wobei 23 Hausärzte/innen per E-Mail angeschrieben wurden und weitere 38 Fragebögen im Rahmen eines Lehrpraxisleiterseminars an Hausärzte/innen verteilt wurden.

Jene Hausärzte/innen welche den Fragebogen per E-Mail erhielten, wurden ersucht diesen per Fax oder Mail zu retournieren. Am 02.01.2017 wurde der dreieinhalb Seiten lange Fragebogen mit einem einleitenden Begleittext verschickt. Zur Beantwortung und zum Retournieren des Fragebogens stand ein Zeitraum von 2 Wochen zur Verfügung. Am 17.01.2017 erhielten all jene Hausärzte/innen ein Erinnerungsschreiben, die bis zu diesem Datum noch keine Rücksendung vollzogen haben. Alle Fragebögen, die bis einschließlich 27.01.2017 retourniert wurden, flossen in die Auswertung mit ein. Angeschrieben wurden die Hausärzte/innen des regionalen Ärzteverbands Hartberg (n=13) sowie die Hausärzte/innen einer Balint-Gruppe aus der Oststeiermark (n=10). 38 Fragebögen wurden im Rahmen des Lehrpraxisleiterseminars des IAMEV am 27.01.2017 in Graz direkt vor Ort den Hausärzten/innen ausgegeben.

4.2 Einschlusskriterien

An der Befragung des Fragebogens haben ausschließlich niedergelassene Hausärzte/innen aus der Steiermark teilgenommen.

4.3 Fragebogen als Erhebungsinstrument

Der dreieinhalb Seiten lange, selbst entwickelte, strukturierte Fragebogen wurde so konzipiert, dass er innerhalb von 5-8 Minuten zu beantworten ist. Er enthält 23 geschlossene und eine offene Frage sowie ein Freitextfeld, um sonstige Anmerkungen zu notieren. Die Auswertung des Fragebogens erfolgte anonym. Der Fragebogen befindet sich im Anhang.

4.3.1 Entstehung des Fragebogens

Im Rahmen der Diplomarbeitsbetreuung wurden im Sommer 2016 die Inhalte des Fragebogens diskutiert. Es folgte eine Internetrecherche und regelmäßige weitere Besprechungen mit dem/den Betreuer/innen zur Formulierung der Fragen im Fragebogen. Vor der Aussendung des Fragebogens wurde der Erstentwurf im Rahmen eines Pretests von zwei steirischen Hausärzten/innen ausgefüllt und auf seine Verständlichkeit, Relevanz und Prägnanz überprüft. Die Pretester erhielten den Fragebogen per E-Mail. Mit Hilfe der konstruktiven Rückmeldungen wurde der Fragebogen adaptiert.

4.3.2 Aufbau und Inhalt des Fragebogens

Der Fragebogen besteht aus einem kurzen einleitenden Begleittext und sechs darauffolgenden Abschnitten. Der erste Abschnitt behandelt mittels fünf Fragen das Thema rund um Praxisbesuche von Patienten/innen mit einer angeborenen oder früh erworbenen mentalen Beeinträchtigung (z.B. Anzahl der Patienten/innen mit geistiger Behinderung in der Praxis). Der zweite Abschnitt fragt mit Hilfe von vier Fragen nach der Betreuung von Patienten/innen mit einer angeborenen oder früh erworbenen

mentalen Beeinträchtigung (z.B. Vorhandensein von unterstützenden Organisationen). Der dritte Abschnitt ist dem Thema Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten der Hausärzte/innen im Umgang mit Patienten/innen mit einer mentalen Beeinträchtigung gewidmet. Dafür wurden vier Fragen entwickelt. Der vierte Abschnitt des Fragebogens deckt das Thema der Kommunikation und des Umgangs mit Patienten/innen mit einer mentalen Beeinträchtigung ab und enthält vier Fragen. Der fünfte Abschnitt besteht aus einem Freitextfeld, um sonstige Anmerkungen zu ergänzen. Im sechsten und letzten Abschnitt sind sieben soziodemographische Fragen zur eigenen Person und zur allgemeinmedizinischen Praxis enthalten. Die Antwortmöglichkeiten im Fragebogen sind standardisiert (abgesehen von Abschnitt fünf) (siehe Anhang).

Tab. 2: Fragetechniken

Fragetechniken	Anzahl der Fragen
Eingruppierungs-Fragen	4
Einfachwahl	3
Mehrfachwahl	2
Dichotome Fragen	8
Skalierte Antwortmöglichkeiten	6
Offene Fragen	1

Tab. 3: Beschreibung der Abschnitte, Fragen und Themen des Fragebogens

Fragebogen-Abschnitt	Anzahl der Fragen	Themen der Fragen
1	5	Anzahl der Personen mit einer mentalen Beeinträchtigung pro Quartal
		Formen der mentalen Beeinträchtigung
		Häufige Anlässe für einen Arztbesuch
		Begleitung der Praxisbesuche
		Betreuungsbedarf mental Beeinträchtigter
2	4	Vorhandensein unterstützender Organisationen → Wenn zutreffend, Benennung der Organisationen
		Hinweisung auf Organisationen in der Umgebung
		Der/die Hausarzt/ärztin als Ansprechpartner in medizinischen, sozialen, rechtlichen Fragestellungen
3	4	Aus- und Fortbildungen zum Thema ‚Umgang mit Personen mit einer mentalen Beeinträchtigung‘ im Laufe des Studiums/ der Turnus-Ausbildung
		Vorhandensein von spezifischen Fortbildungen zum Thema ‚Umgang mit Personen mit einer mentalen Beeinträchtigung‘ → Wenn zutreffend, wurde solche Fortbildung bereits besucht?
4	4	Kommunikation mit mental Beeinträchtigten
		Umgang mit mental Beeinträchtigten
		Zeitmanagement
		Adäquate Versorgung mental Beeinträchtigter in der Praxis
5	1	Sonstige Anmerkungen
6	7	Geschlechterverteilung
		Altersverteilung der Hausärzte/innen
		Tätigkeitsdauer in Jahren
		Barrierefreiheit der Praxis
		Einwohneranzahl in dem praktizierenden Ort
		Anzahl der Patienten/innen pro Quartal

4.4 Statistische Auswertung

Es erfolgte eine deskriptive Auswertung des Fragebogens mittels Häufigkeitstabellen, Grafiken in Microsoft® Excel Version 16.0.

5 Ergebnisse

Im folgenden Teil werden die Ergebnisse der sechs Abschnitte des Fragebogens sowie die Rücklaufquote beschrieben.

5.1 Rücklaufquote

Es wurden 23 Hausärzte/innen aus dem regionalen Ärzteverband Hartberg und einer Balintgruppe angeschrieben sowie weitere 38 Hausärzte/innen im Rahmen eines Lehrpraxisleiterseminars des IAMEV gebeten, den Fragebogen auszufüllen.

Insgesamt wurden neun Fragebögen von dem regionalen Ärzteverband Hartberg und der Balintgruppe rechtzeitig retourniert. Weitere 33 Fragebögen wurden im Rahmen des Seminars des IAMEV am 27.01.2017 in Graz direkt vor Ort von den Hausärzten/innen beantwortet. Somit flossen in die Auswertung insgesamt 42 Fragebögen ein. Das entspricht einer Rücklaufquote von 68,9%.

Es wurden alle Fragebögen berücksichtigt, die bis zum 27.01.2017 retourniert wurden. Ein Fragebogen wurde erst später retourniert und somit nicht in die Auswertung aufgenommen.

5.2 Beschreibung der Stichprobe von Hausärzten/innen

5.2.1 Geschlecht

Von den 42 befragten Hausärzten/innen waren 30 männlich und elf weiblich. Eine Person enthielt sich ihrer Stimme. Das bedeutet 72% der Befragten waren Männer, 26% Frauen und zwei Prozent gaben keine Antwort (siehe Abb. 1/ Tab. 4).

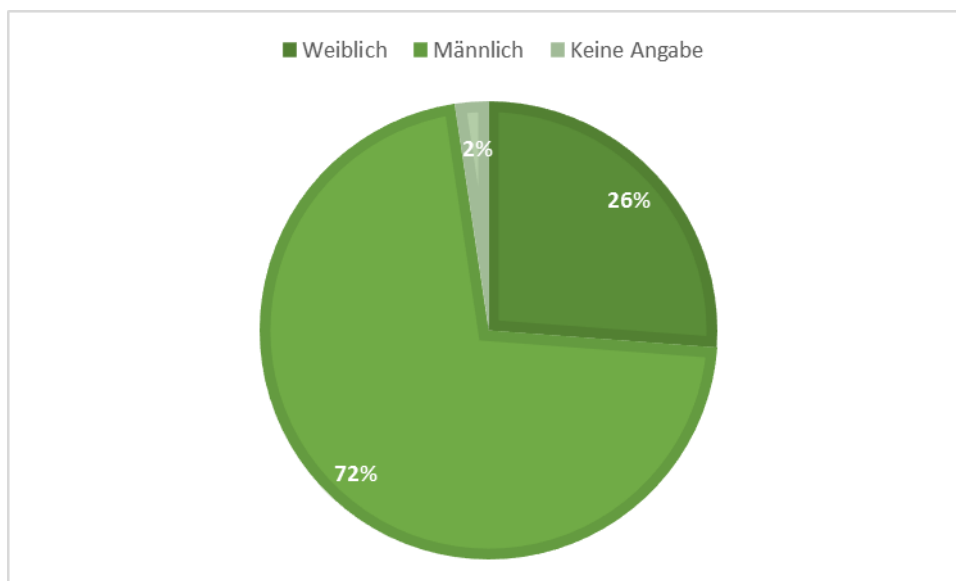


Abb. 1: Geschlechterverteilung

Tab. 4: Geschlechterverteilung

Geschlechterverteilung	Anzahl absolut (%)
Männlich	30 (72)
Weiblich	11 (26)
Keine Angabe	1 (2)
Summe	42 (100)

5.2.2 Alter

An der Beantwortung des Fragebogens am häufigsten vertreten waren Hausärzte/innen zwischen 41 und 60 Jahren (60%). 16 (38%) Ärzte/innen waren über 60 Jahre und nur ein/e Arzt/Ärztin war zwischen 20 und 40 Jahre alt (siehe Abb. 2/ Tab. 5).

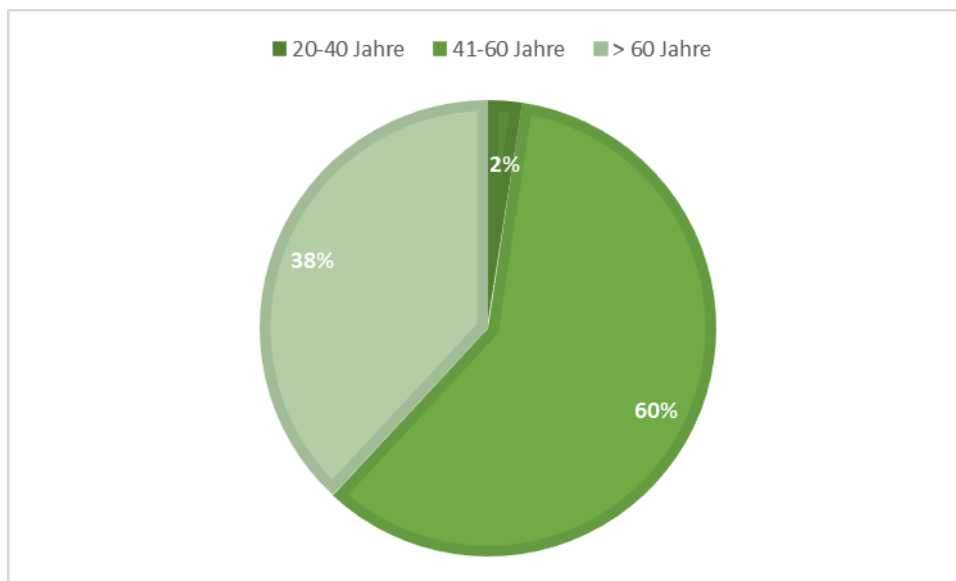


Abb. 2: Altersverteilung der Hausärzte/innen

Tab. 5: Altersverteilung der Hausärzte/innen

Altersgruppe	Anzahl absolut (%)
20-40 Jahre	1 (2)
41-60 Jahre	25 (60)
> 60 Jahre	16 (38)
Summe	42 (100)

5.2.3 Tätigkeitsdauer

Der Großteil der Teilnehmer/innen waren bereits über 15-30 Jahre als Hausarzt/ärztin tätig (69%). 26% hatten eine praktizierende Zeit von über 30 Jahren hinter sich. Nur insgesamt fünf Prozent der Hausärzte/innen praktizierten weniger als 15 Jahre lang (siehe Abb. 3/ Tab. 6).

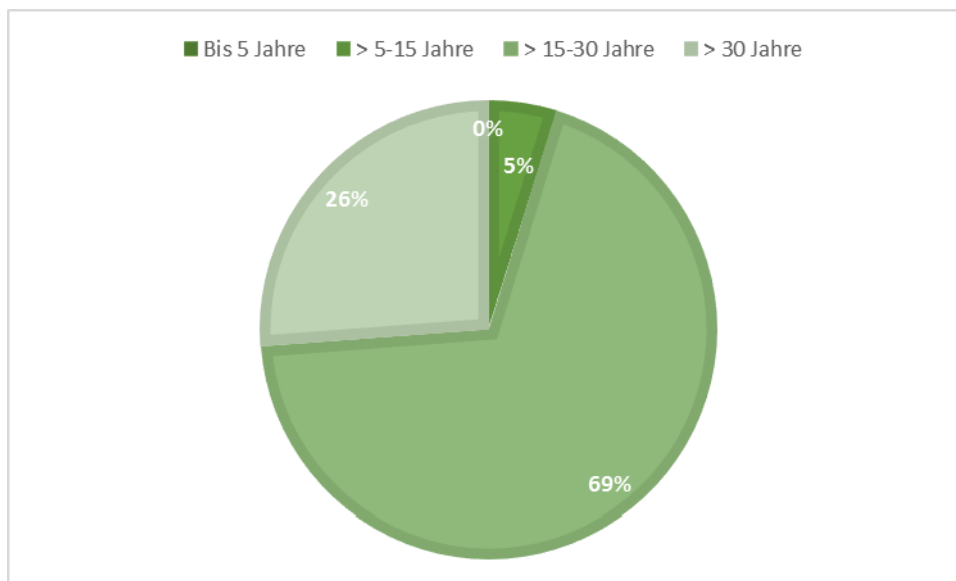


Abb. 3: Tätigkeitsdauer in Jahren

Tab. 6: Tätigkeitsdauer in Jahren

Tätigkeitsdauer	Anzahl absolut (%)
Bis 5 Jahre	0 (0)
> 5-15 Jahre	2 (5)
> 15-30 Jahre	29 (69)
> 30 Jahre	11 (26)
Summe	42 (100)

5.2.4 Kassenverträge

Alle 42 befragten Hausärzte/innen arbeiteten in einer Kassenpraxis mit allen Kassen (siehe Tab. 7).

Tab. 7: Kassenverträge

Kassenverträge	Anzahl absolut (%)
Kassenpraxis mit allen Kassen	42 (100)
Kassenpraxis nur mit den kleinen Kassen	0
Wahlarzt-/Privatpraxis	0
Summe	42 (100)

5.2.5 Patienten/innenanzahl pro Quartal

Der größte Anteil der befragten Teilnehmer/innen (36%) gab an, zwischen 1001-1500 Personen pro Quartal zu behandeln. 24% gaben an 1501-2000 Personen pro Quartal zu betreuen. 21% der befragten Hausärzte/innen führten an, weniger als 500-1000 Personen pro Quartal zu versorgen. 12% der Hausärzte/innen hatten eine Patienten/innenanzahl von über 2000 pro Quartal. Drei Ärzte/innen (7%) gaben keine Antwort (siehe Abb. 4/ Tab. 8).

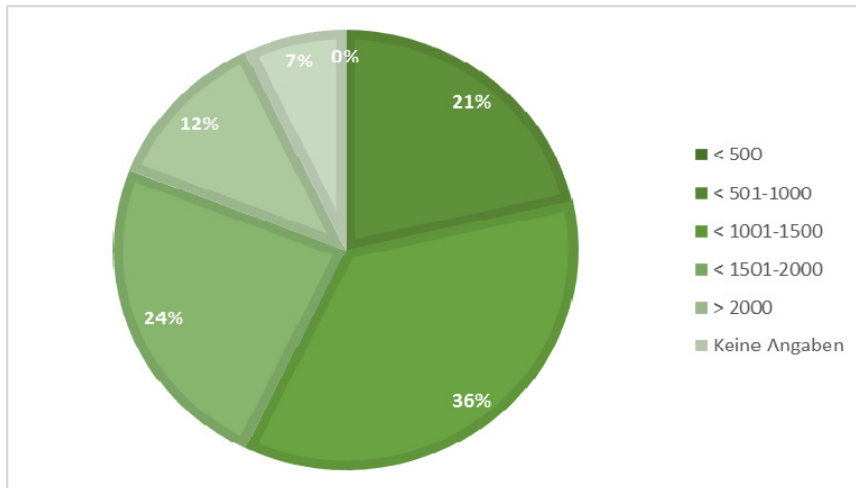


Abb. 4: Patienten/innenanzahl pro Quartal

Tab. 8: Patienten/innenanzahl pro Quartal

Patienten/innenanzahl pro Quartal	Anzahl absolut (%)
< 500	0 (0)
< 501-1000	9 (21)
< 1001-1500	15 (36)
< 1501-2000	10 (24)
> 2000	5 (12)
Keine Angabe	3 (7)
Summe	42 (100)

5.2.6 Einwohnerzahl

60% der Befragten praktizierten in kleineren Ortschaften (bis 5.000 Einwohner/innen). 24% der Hausärzte/innen hatten Ihre Praxis in mittelgroßen Ortschaften (>5.000-20.000 Einwohner/innen). Insgesamt elf Prozent der Ärzte/innen arbeiteten in Ortschaften mit über 20.000 Einwohner/innen. Zwei Teilnehmer/innen gaben keine Angaben (siehe Abb. 5/ Tab. 9).

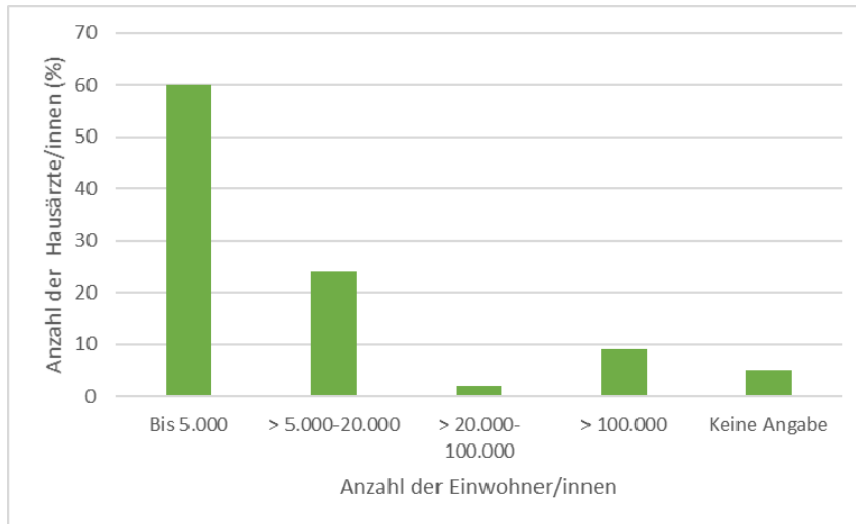


Abb. 5: Einwohneranzahl in dem praktizierenden Ort

Tab. 9: Einwohneranzahl in dem praktizierenden Ort

Einwohneranzahl	Anzahl absolut (%)
Bis 5.000	24 (60)
> 5.000-20.000	11 (24)
> 20.000-100.000	1 (2)
> 100.000	4 (9)
Keine Angabe	2 (5)
Summe	42 (100)

5.2.7 Barrierefreiheit

37 (88%) Hausärzte/innen gaben an, ihre Praxis sei barrierefrei. Drei Ärzte/innen gaben keine Antwort (siehe Abb. 6).

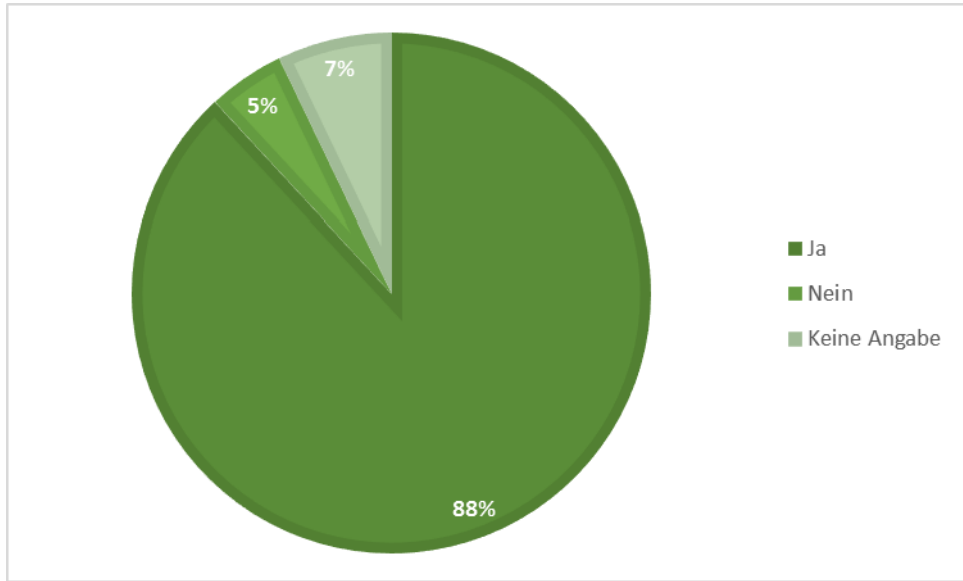


Abb. 6: Barrierefreiheit der Praxis

5.3 Patienten/innen mit einer angeborenen oder früh erworbenen mentalen Beeinträchtigung in steirischen Praxen

5.3.1 Mental Beeinträchtigte- Patienten/innenanzahl pro Quartal

Der überwiegende Anteil der befragten Hausärzte/innen (81%) betreuen bis zu 20 Patienten/innen mit einer mentalen Beeinträchtigung in Ihrer Praxis pro Quartal. Nur 17% der Hausärzte/innen haben vermerkt, mehr als 20 Patienten/innen mit einer mentalen Beeinträchtigung pro Quartal medizinisch zu versorgen. Ein/e Teilnehmer/in gab keine Antwort (siehe Abb. 7/ Tab. 10).

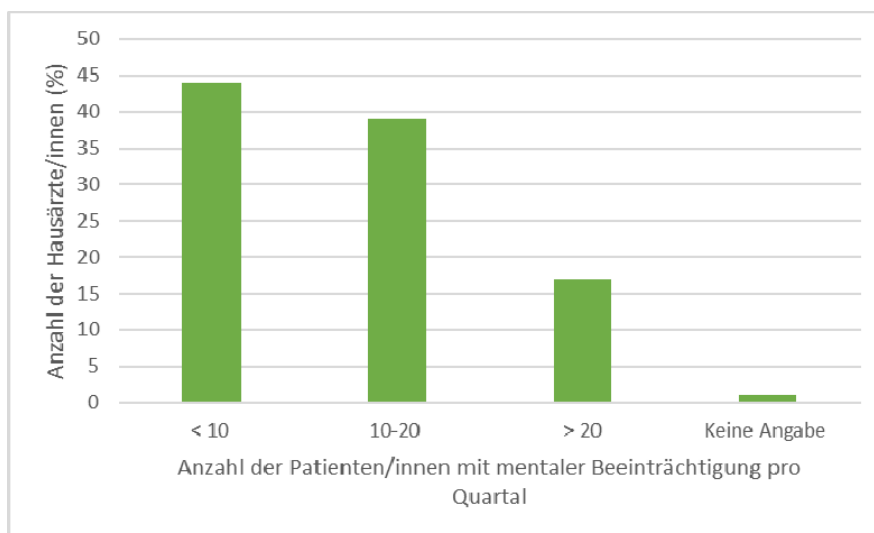


Abb. 7: Anzahl der Patienten/innen mit einer mentalen Beeinträchtigung pro Quartal

Tab. 10: Anzahl der Patienten/innen mit einer mentalen Beeinträchtigung pro Quartal

Patienten/innenanzahl mit einer mentalen Beeinträchtigung pro Quartal	Anzahl absolut (%)
< 10	18 (43)
10-20	16 (38)
> 20	7 (17)
Keine Angabe	1 (2)
Summe	42 (100)

5.3.2 Formen mentaler Beeinträchtigungen

29% der Hausärzte/innen gaben an, Patienten/innen mit Down-Syndrom zu betreuen. 25% behandelten Patienten/innen mit anderen genetischen bedingten mentalen Beeinträchtigungen. Mentale Beeinträchtigte im Rahmen einer Infantilen Cerebralparese wurden von 27% der befragten Ärzte/innen versorgt. 18% der Fragebogenteilnehmer/innen gaben an, Personen mit anderen mentalen Beeinträchtigungen nach einem Geburtstrauma in Ihrer Praxis zu behandeln (siehe Abb. 8/Tab. 11). Zusätzlich kreuzte ein Hausarzt/ärztin den Punkt ‚Andere‘ an und nannte die B-Streptokokkenmeningitis bei vaginaler Geburt.

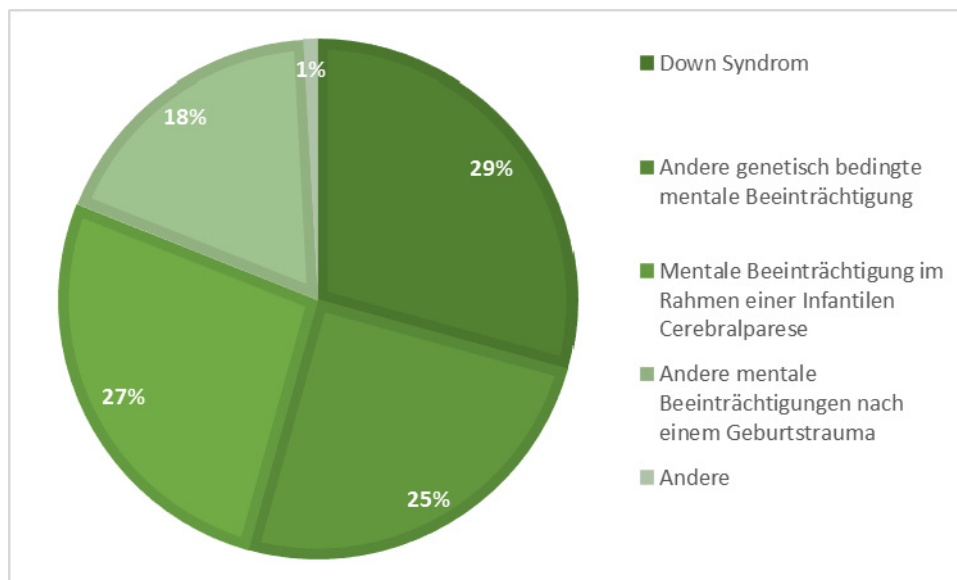


Abb. 8: Formen der mentalen Beeinträchtigung

Tab. 11: Formen der mentalen Beeinträchtigung

Formen der mentalen Beeinträchtigung	Anzahl absolut (%)
Down-Syndrom	34 (29)
Andere genetisch bedingte mentale Beeinträchtigung	29 (25)
Mentale Beeinträchtigung im Rahmen einer Infantilen Cerebralparese	31 (27)
Andere mentale Beeinträchtigungen nach einem Geburtstrauma	21 (18)
Andere	1 (1)
Summe	116 (100)

5.3.3 Anlässe für Arztbesuche

Medikamentenverschreibungen sowie Infektbehandlungen stellten laut der befragten Ärzte/innen den Hauptgrund für einen Arztbesuch eines mental Beeinträchtigten dar (62%). Zu 21% sind Koordinationstätigkeiten bzw. Überweisungen zu Fachärzten/innen ausschlaggebend, den/die Hausarzt/ärztin aufzusuchen. Neun Prozent der Ärzte/innen waren der Ansicht, Fragestellungen zur Pflege seien ein häufiger Anlass zum Arztbesuch. Lediglich ein Prozent gab an, dass Fragen zur Sachwalterschaft ein häufiger Grund sei, den/die Hausarzt/ärztin zu kontaktieren (siehe Abb. 9/ Tab. 12). ‚Andere Anlässe‘ wurden von sieben Hausärzten/innen notiert (siehe Tab. 13).

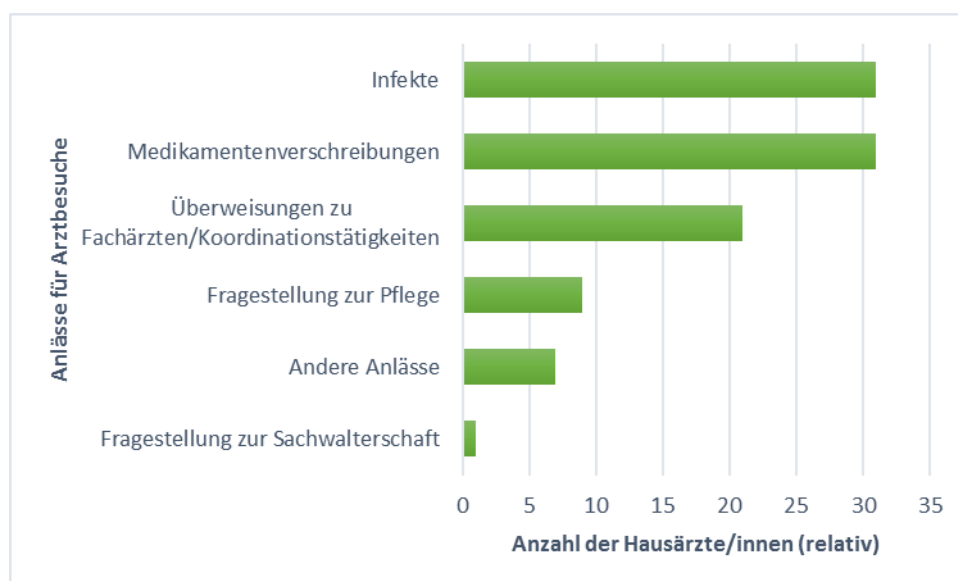


Abb. 9: Anlass für einen Arztbesuch

Tab. 12: Anlass für einen Arztbesuch

Anlass für den Arztbesuch	Anzahl absolut (%)
Infekte	34 (31)
Medikamentenverschreibungen	34 (31)
Überweisungen zu Fachärzten/Koordinationstätigkeiten	23 (21)
Fragestellung zur Sachwalterschaft	1 (1)
Fragestellung zur Pflege	10 (9)
Andere Anlässe	7 (7)
Summe	109 (100)
*Mehrfachantworten möglich	

Tab. 13: Andere Anlässe für einen Arztbesuch

Andere Anlässe:
Laborkontrollen
Bestätigungen
Op Tauglichkeit für Zahnsanierung und Narkose
Sporttauglichkeit
Regelmäßige Betreuung begleiten der Erkrankungen
Psychosoziale Probleme
Unfälle

5.3.4 Begleitung der Arztbesuche

Über die Hälfte der Befragten (57%) gaben an, Patienten/innen mit einer mentalen Beeinträchtigung kämen selten ohne Begleitung in Ihre Praxis. Knapp 30% äußerten, die Patienten/innen würden nie ohne Begleitung in die Hausarztpraxis kommen. Lediglich 12% der Ärzte/innen meinten, es käme häufig vor, dass Patienten/innen alleine in die Praxis kommen. Ein/e Teilnehmer/in tätigte keine Aussage (siehe Abb. 10/ Tab. 14).

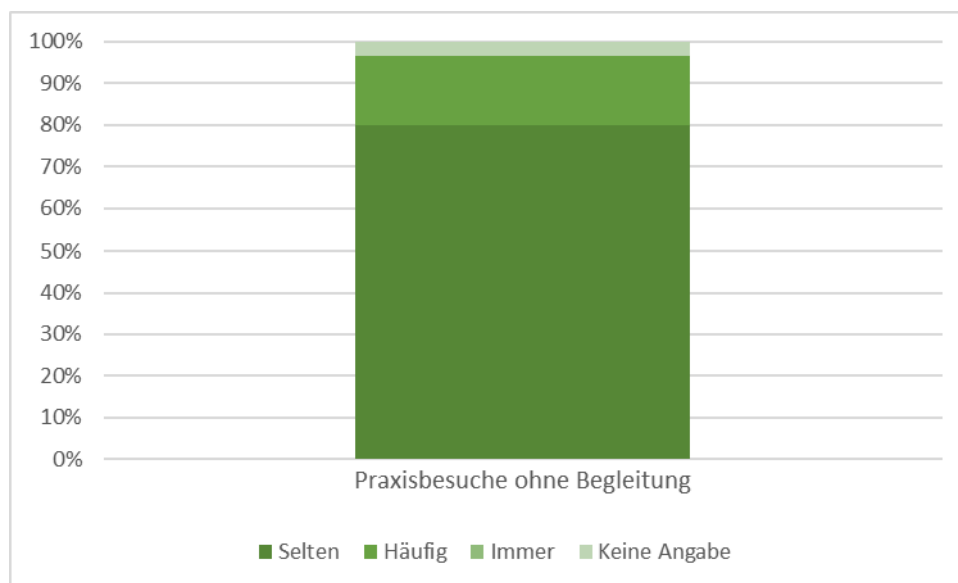


Abb. 10: Praxisbesuche ohne Begleitung

Tab. 14: Praxisbesuche ohne Begleitung

Praxisbesuche ohne Begleitung	Anzahl absolut (%)
Nie	12 (29)
Selten	24 (57)
Häufig	5 (12)
Immer	0 (0)
Keine Angabe	1 (2)
Summe	42 (100)

5.3.5 Betreuungsaufwand beim Arztbesuch

Die größte Gruppe der Hausärzte/innen mit 57% gaben an, dass Patienten/innen mit einer mentalen Beeinträchtigung häufig mehr Betreuung benötigen im Vergleich zu Patienten/innen ohne Beeinträchtigung. Mehr als ein Viertel der Befragten (29%) waren der Ansicht, dass mental Beeinträchtigte selten mehr ärztliche Betreuung in Anspruch nehmen im Vergleich zu nicht behinderten Personen. 12% der Hausärzte/innen waren der Meinung, dass der Betreuungsaufwand immer höher sei, und lediglich zwei Prozent der Befragten empfanden, dass mental Beeinträchtigte nie mehr Betreuungsaufwand beanspruchen (siehe Abb. 11/ Tab. 15).

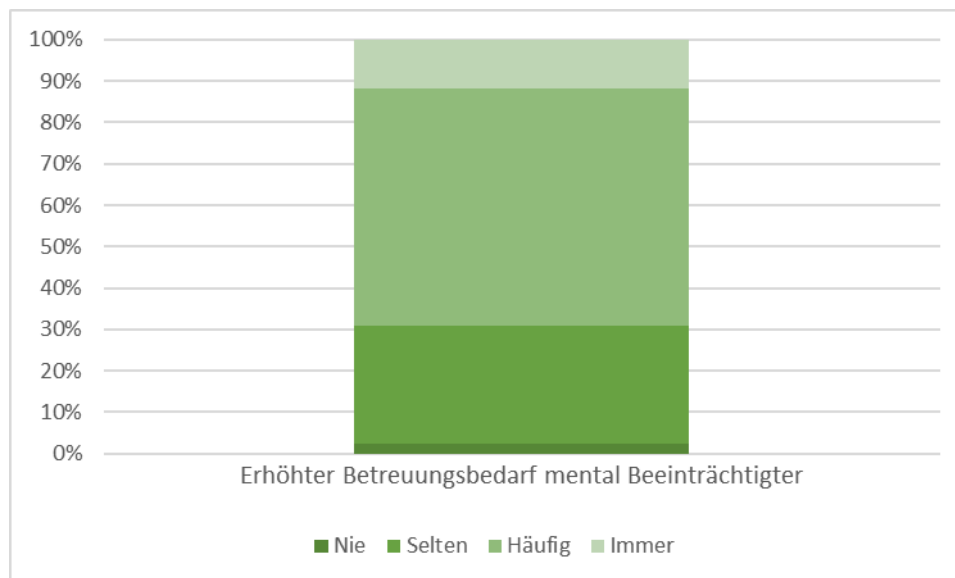


Abb. 11: Erhöhter Behandlungsbedarf mental Beeinträchtigter

Tab. 15: Erhöhter Behandlungsbedarf mental Beeinträchtigter

Erhöhter Behandlungsbedarf mental Beeinträchtigter	Anzahl absolut (%)
Nie	1 (2)
Selten	12 (29)
Häufig	24 (57)
Immer	5 (12)
Summe	42 (100)

5.4 Betreuung von Patienten/innen mit einer angeborenen oder früh erworbenen mentalen Beeinträchtigung in der Umgebung

5.4.1 Unterstützende Organisationen

Die Frage, ob unterstützende Organisationen (z.B. Pro mente, Lebenshilfe, etc.) in Praxisnähe vorhanden sind, welche die Betreuung mental Beeinträchtigter ergänzen, bejahten 39 Hausärzte/innen. Drei Hausärzte/innen verneinten die Frage. Dies entspricht einer Verteilung von 93% zu sieben Prozent (siehe Abb. 12/ Tab. 16). Jene Ärzte/innen, in deren Umgebung unterstützende Einrichtungen vorhanden waren, wurden gebeten, diese Organisationen in dem dafür vorgesehenen Textfeld zu vermerken. Diese genannten Einrichtungen werden in Tab. 17 dargestellt.

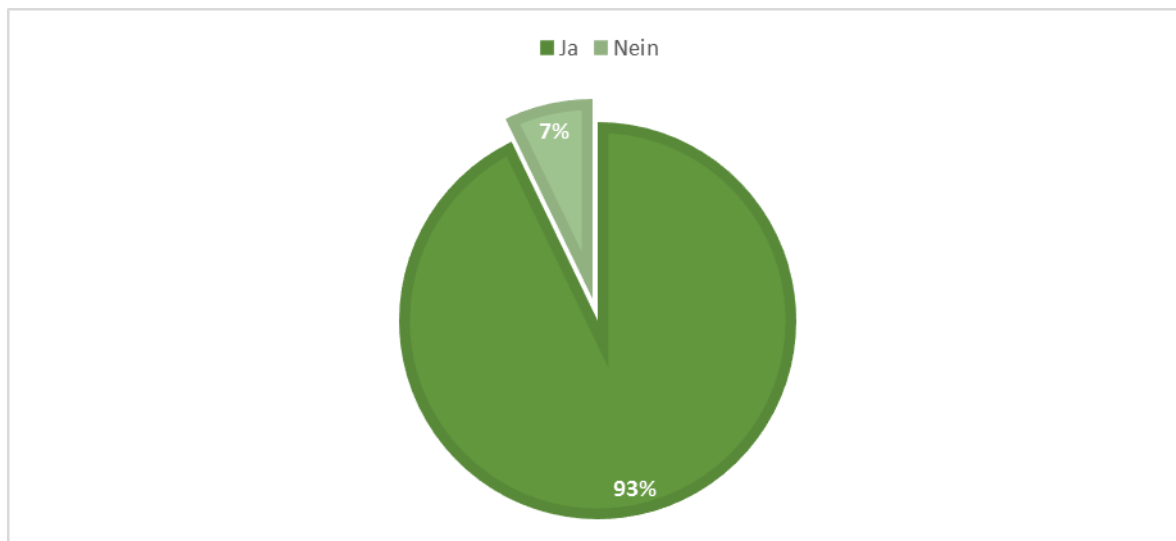


Abb. 12: Vorhandensein unterstützender Organisationen

Tab. 16: Vorhandensein von unterstützenden Organisationen

	Ja (%)	Nein (%)	Summe
Vorhandensein von unterstützenden Organisationen	39 (93)	3 (7)	42 (100)

Tab. 17: Unterstützende Organisationen in Praxisnähe

Unterstützende Organisationen	Anzahl der Nennungen
Lebenshilfe	16
Pro mente	16
Volkshilfe	3
Caritas	2
SOS Kinderdorf	1
Jugend am Werk	1
Chance B	1
Pius Institut	1
VINCO	1
Odilien Institut	1
Sozialamt Graz (betreutes Wohnen)	1
VAMOS	1
Rettet das Kind	1
Stephanus	1
Verein Christina lebt	1
Verein Leib & Söl	1
Sport-Bündel	1
Das Dorf Altenhof	1
Städt. Betreutes Wohnen	1
Hilfswerk- ABC	1
Behindertenheim	1

5.4.1.1 Ländliche Regionen vs. Größere Ortschaften

39 (93%) der befragten Hausärzte/innen haben unterstützende Organisationen, welche die Betreuung mental Beeinträchtigter ergänzen, in Praxisnähe. Drei Hausärzte/innen gaben an, über kein unterstützendes Netzwerk in der Umgebung zu verfügen.

Bezüglich der Einwohnerzahl in dem praktizierenden Ort gab eine/r der 39 Befragten keine Antwort an. Von den restlichen 38 Hausärzten/innen, welche die Frage bejahten, haben 24 einen ländlichen Praxissitz (< 5.000 Einwohner/innen). Die restlichen 14 Hausärzte/innen haben Ihre Praxis in größeren Ortschaften oder Städten (5.000 bis mehr als 100.000 Einwohner/innen). In Abb. 13 und Tab. 18 wird der Unterschied sichtbar.

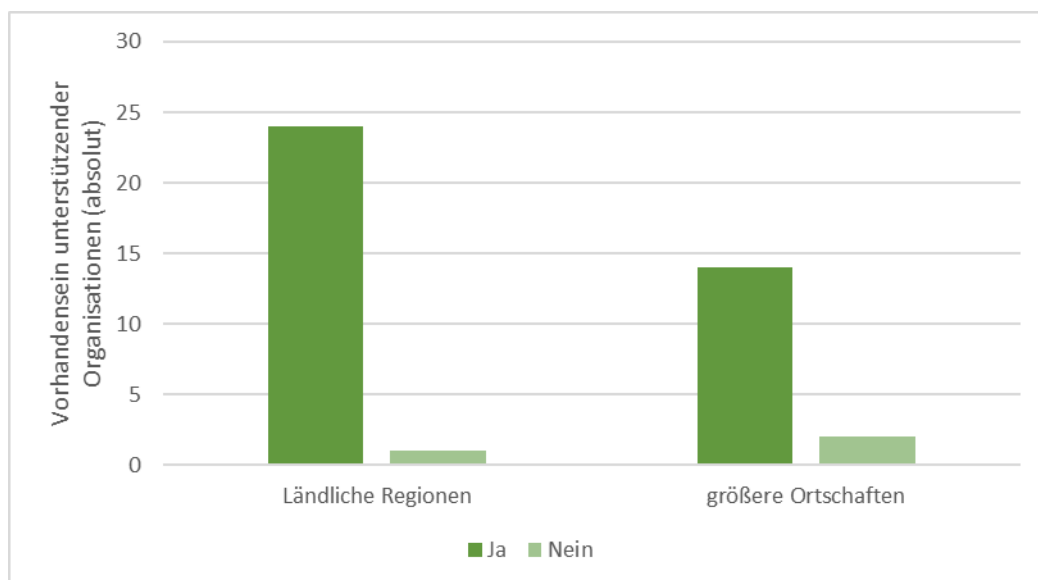


Abb. 13: Vergleich ländliche Regionen vs. größere Ortschaften: Vorhandensein unterstützender Organisationen

Tab. 18: Vergleich ländliche Regionen vs. größere Ortschaften: Vorhandensein unterstützender Organisationen

Vorhandensein unterstützender Organisationen	Ja	Nein
Ländliche Regionen	24	1
größere Ortschaften	14	2
Summe	38	3

5.4.2 Hinweis auf Organisationen

37 Ärzte/innen, sprich 88% der Befragten, wiesen Patienten/innen mit einer mentalen Beeinträchtigung oder deren Angehörige auf die mögliche Betreuung in Organisationen in ihrer unmittelbaren Umgebung hin (siehe Abb. 14/ Tab. 19).

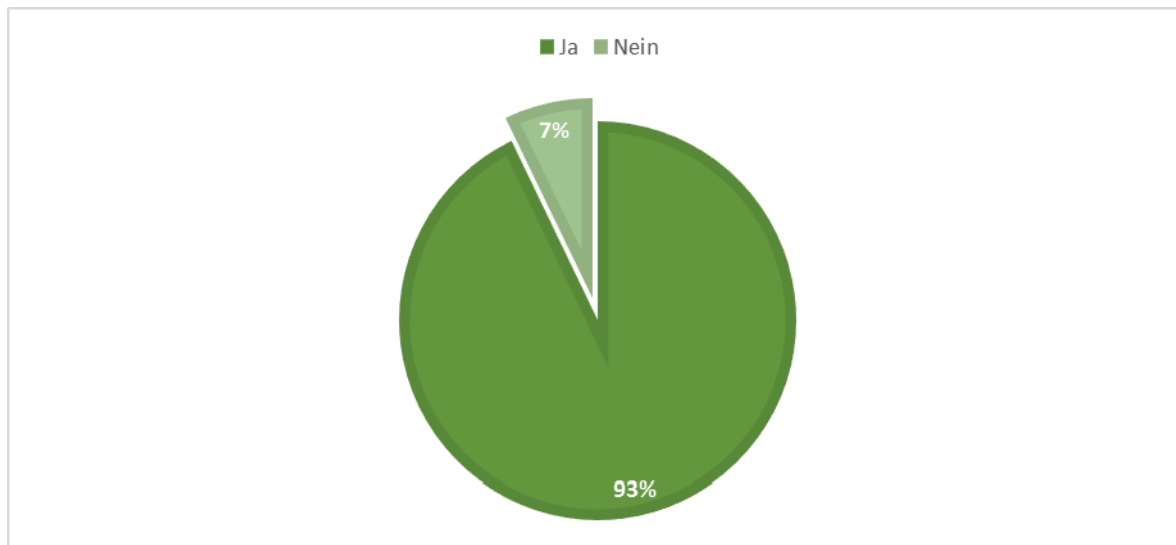


Abb. 14: Hinweis auf Organisationen in der Umgebung

Tab. 19: Hinweis auf Organisationen in der Umgebung

	Ja (%)	Nein (%)	Summe
Hinweis auf Organisationen in der Umgebung	37 (88)	5 (12)	42 (100)

5.4.3 Hausärzte/innen als primäre Ansprechperson

Alle (100%) der an der Befragung teilgenommenen Ärzte/innen fühlten sich in medizinischen Fragestellungen als primäre Ansprechpartner/innen für Personen mit einer mentalen Beeinträchtigung oder deren Angehörige. Hingegen fühlten sich nur 13 (31%) der Hausärzte/innen in sozialen und rechtlichen Fragestellungen als primäre Anlaufstelle für mental beeinträchtigte Patienten/innen oder deren Angehörige. Bei der zweiten Fragestellung antwortete ein/e Ärzte/innen nicht (siehe Abb. 15/ Tab. 20).

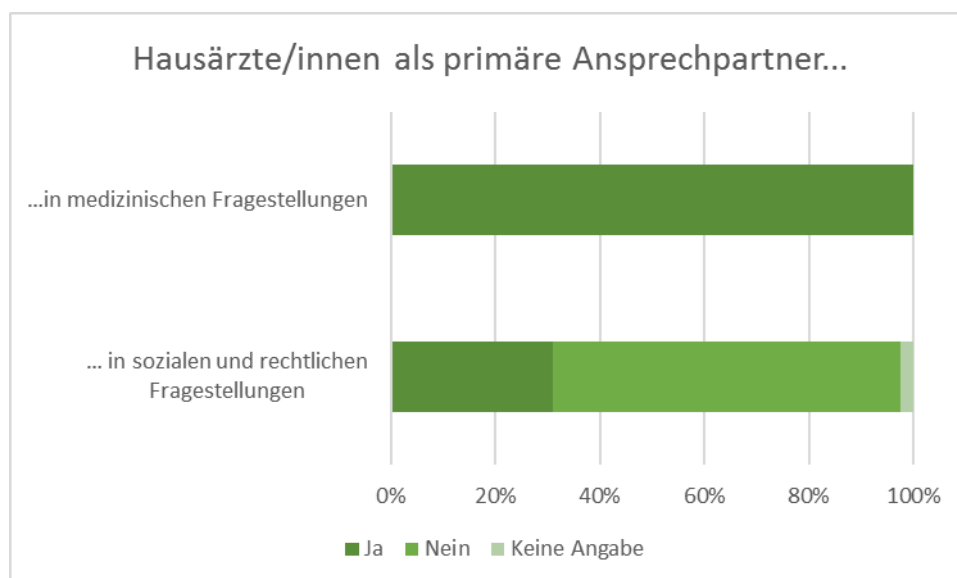


Abb. 15: Hausärzte/innen als primäre Ansprechpartner/innen in medizinischen, sozialen und rechtlichen Fragestellungen

Tab. 20: Hausärzte/innen als primäre Ansprechpartner/innen in medizinischen, sozialen und rechtlichen Fragestellungen

Hausärzte/innen als primäre Ansprechpartner/innen...	Ja (%)	Nein (%)	Keine Angabe	Summe
... in medizinischen Fragestellungen	42 (100)	0 (0)	0 (0)	42 (100)
...in sozialen und rechtlichen Fragestellungen	13 (31)	28 (67)	1 (2)	42 (100)

5.5 Aus- und Fortbildungen

5.5.1 Erfahrungen während des Studiums

Die Frage nach der Behandlung des Themas ‚Umgang mit Personen mit einer mentalen Beeinträchtigung‘ während des Studiums bejahten lediglich zwei Ärzte/innen, die restlichen 40 Ärzte/innen verneinten. Das entspricht einer Verteilung von 95% zu fünf Prozent (siehe Abb. 16/Tab. 21).

5.5.2 Erfahrungen während des Turnus

Die Hälfte aller befragten Hausärzte/innen (50%) gaben an, Erfahrungen in Bezug auf den Umgang mit Personen mit einer mentalen Beeinträchtigung im Rahmen von Aus- und Fortbildungen während des Turnus gesammelt zu haben (siehe Abb. 16/Tab. 21). Eine Person kreuzte keine Antwort an.

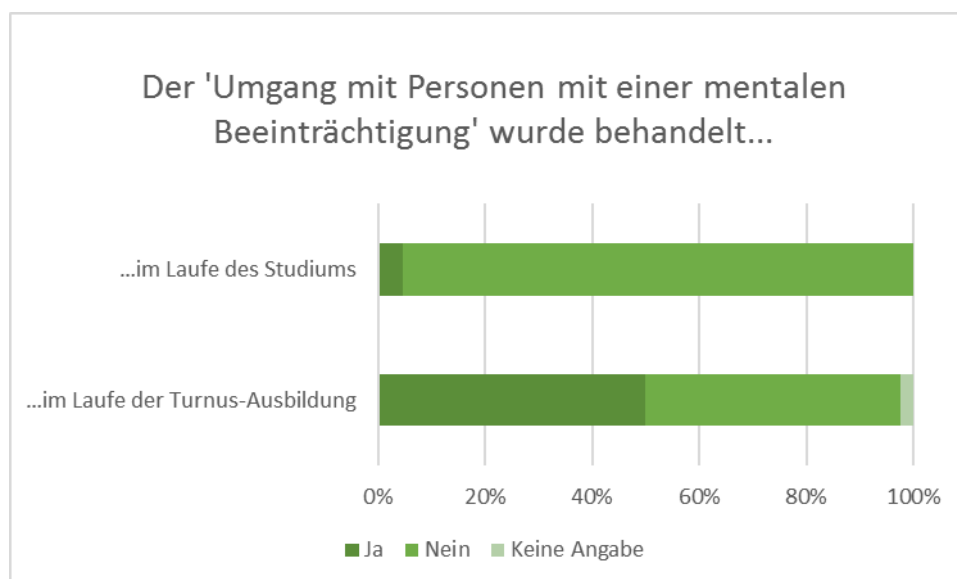


Abb. 16: Aus- und Fortbildungen zum Thema ‚Umgang mit Personen mit einer mentalen Beeinträchtigung‘ im Laufe des Studiums/ der Turnus-Ausbildung

Tab. 21: Aus- und Fortbildungen zum Thema ‚Umgang mit Personen mit einer mentalen Beeinträchtigung‘ im Laufe des Studiums/ der Turnus-Ausbildung

Ausbildung zum Thema 'Umgang mit Personen mit einer mentalen Beeinträchtigung'	Ja (%)	Nein (%)	Keine Angabe	Summe
...im Laufe der Turnus-Ausbildung	21 (50)	20 (48)	1 (2)	42 (100)
...im Laufe des Studiums	2 (5)	40 (95)	0 (0)	42 (100)

5.5.3 Kenntnis von spezifischen Fortbildungsmöglichkeiten

Auf die Frage, ob spezifische Fortbildungen zum Thema ‚Umgang mit Personen mit einer mentalen Beeinträchtigung‘ angeboten werden, war die überwiegende Mehrheit der Hausärzte/innen der Meinung, dass es solche Fortbildungen nicht gäbe (67%). Zwei (5%) der Befragten waren der Ansicht, es gäbe spezifische Fortbildungen zu dem Thema, und 12 (28%) Hausärzte/innen antworteten mit ‚weiß nicht‘ (siehe Abb. 17)

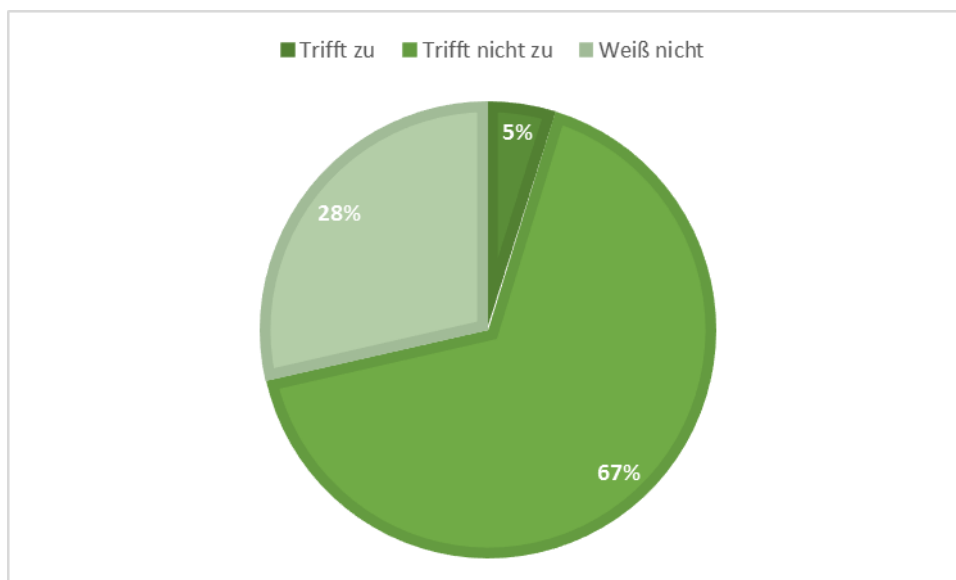


Abb. 17: Kenntnis spezifischer Fortbildungen zum Thema ‚Umgang mit Personen mit einer mentalen Beeinträchtigung‘

5.6 Kommunikation und Umgang mit Patienten/innen mit einer mentalen Beeinträchtigung

5.6.1 Kommunikation mit mental Beeinträchtigten

Auf die Frage, ob den Hausärzten/innen die Kommunikation mit mental Beeinträchtigten leichtfällt, antworten 64% mit ‚häufig‘, 29% mit ‚immer‘, zwei Prozent mit ‚selten‘. Zwei Personen gaben keine Angabe. (siehe Abb. 18/Tab. 22).

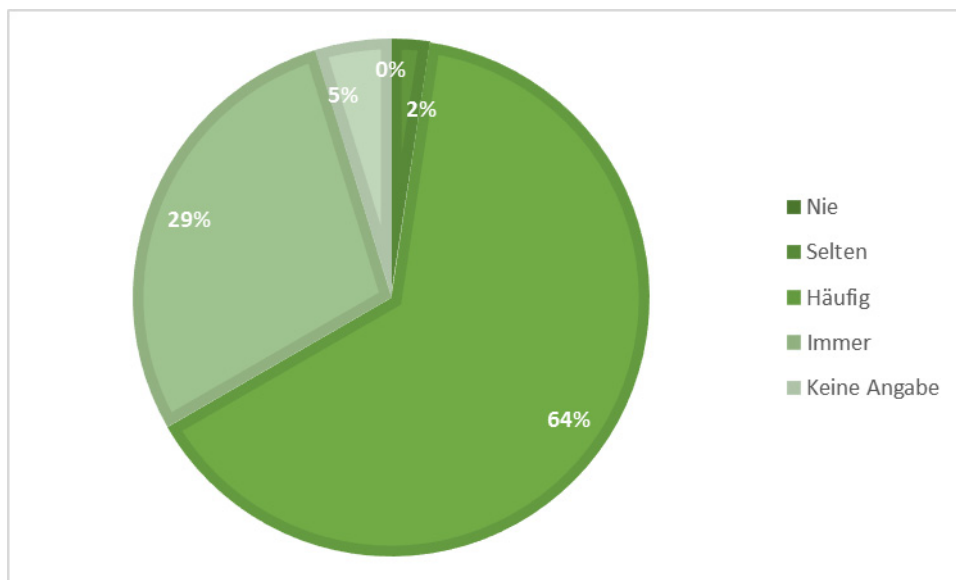


Abb. 18: Kommunikation mit mental Beeinträchtigten

Tab. 22: Kommunikation mit mental Beeinträchtigten

Kommunikation mit mental Beeinträchtigten fällt leicht	Anzahl absolut (%)
Nie	0 (0)
Selten	1 (2)
Häufig	27 (64)
Immer	12 (29)
Keine Angabe	2 (5)
Summe	42 (100)

5.6.2 Subjektives Befinden im Umgang mit mental Beeinträchtigten

Die Fragestellung lautete, ob sich Hausärzte/innen im Umgang mit mental Beeinträchtigten wohl fühlen. Der Großteil der Befragten antwortete mit ‚häufig‘ (64%). 24% gaben an sich im Umgang mit mental Beeinträchtigten immer wohl zu fühlen. Selten wohl fühlten sich fünf Prozent der Ärzte/innen. Drei Ärzte/innen antworteten nicht auf die Frage (siehe Abb. 19/Tab. 23).

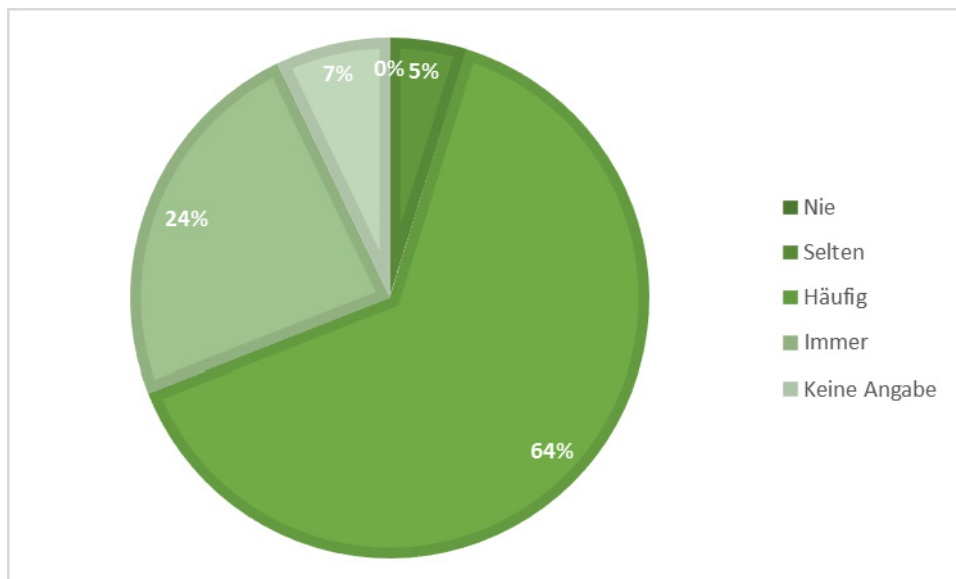


Abb. 19: Subjektives Befinden im Umgang mit mental Beeinträchtigten

Tab. 23: Subjektives Befinden im Umgang mit mental Beeinträchtigten

Wohlfühlen im Umgang mit mental Beeinträchtigten	Anzahl absolut (%)
Nie	0 (0)
Selten	2 (5)
Häufig	27 (64)
Immer	10 (24)
Keine Angabe	3 (7)
Summe	42 (100)

5.6.3 Zeit für Menschen mit mentaler Beeinträchtigung

48 % der Ärzte/innen nahmen sich immer mehr Zeit für mental Beeinträchtigte als für Patienten/innen ohne eine Beeinträchtigung. 40% behaupteten sich für mental Beeinträchtigte Personen häufig mehr Zeit zu nehmen als für andere. Insgesamt drei Ärzte/innen (7%) gaben an sich selten mehr Zeit zu nehmen (siehe Abb. 20/Tab.24).

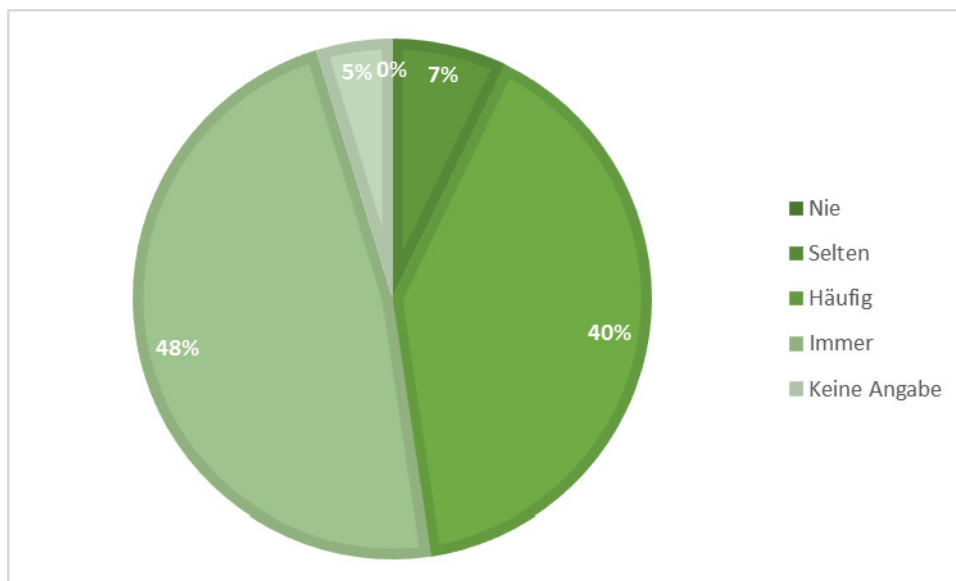


Abb. 20: Zeit für Menschen mit mentaler Beeinträchtigung

Tab. 24: Zeit für Menschen mit mentaler Beeinträchtigung

Mehr Untersuchungszeit für mental Beeinträchtigte eingeplant	Anzahl absolut (%)
Nie	0 (0)
Selten	3 (7)
Häufig	17 (40)
Immer	20 (48)
Keine Angabe	2 (5)
Summe	42 (100)

5.6.4 Adäquate Versorgung mental Beeinträchtigter

Auf die Frage, ob Patienten/innen mit einer mentalen Beeinträchtigung in der Hausarztpraxis zu kurz kommen (z.B. aufgrund von Zeitmangel, komplexer Fragestellungen...), antworteten rund 59% mit ‚selten‘. Laut der Meinung von 13 Hausärzten/innen (31%) kommen mental Beeinträchtigte nie zu kurz. Fünf Prozent antworteten mit ‚häufig‘. Zwei Fragebogenteilnehmern/innen machten keine Angaben (siehe Abb. 21/Tab. 25).

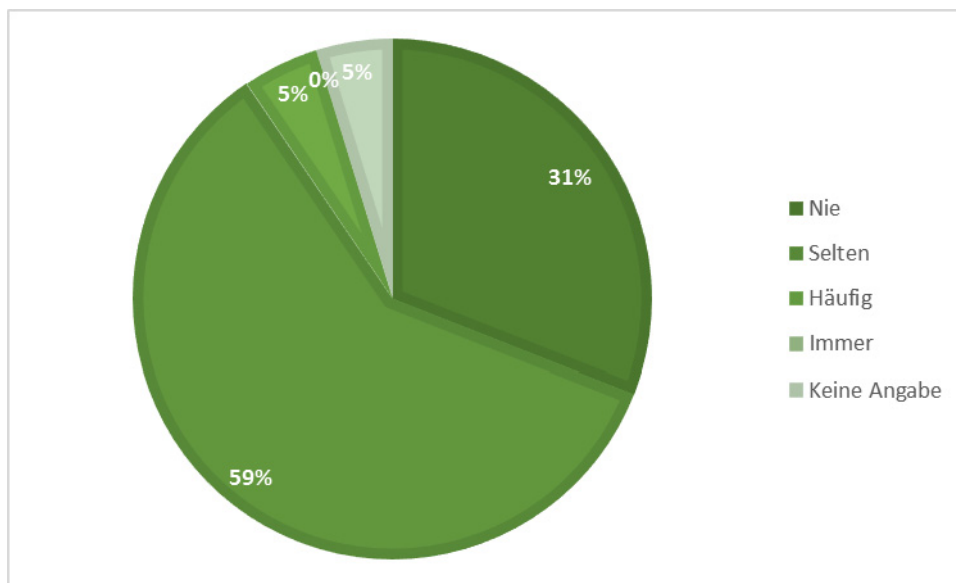


Abb. 21: Adäquate Versorgung mental Beeinträchtigter

Tab. 25: Adäquate Versorgung mental Beeinträchtigter

Mental Beeinträchtigte kommen zu kurz	Anzahl absolut (%)
Nie	13 (31)
Selten	25 (59)
Häufig	2 (5)
Immer	0 (0)
Keine Angabe	2 (5)
Summe	42 (100)

5.7 Sonstige Anmerkungen

Dieses leere Textfeld bot den Hausärzten/innen die Möglichkeit, noch eigene Anregungen oder sonstige Anmerkungen festzuhalten. In der folgenden Tabelle sind die wortwörtlichen Anmerkungen notiert.

Tab. 26: Sonstige Anmerkungen

Sonstige Anmerkungen
Ich würde mir ein Fortbildungsangebot zum Umgang mit Menschen mit Beeinträchtigungen wünschen
Visiten im Behindertenheim --> mehr Zeit

6 Diskussion

Im Rahmen der Diplomarbeit wurden mit Hilfe eines Fragebogens 42 Hausärzte/innen mit Praxissitz in der Steiermark zum Thema ‚Umgang mit Patienten/innen mit einer angeborenen oder früh erworbenen mentalen Beeinträchtigung‘ befragt. Zu klärende Forschungsfragen waren unter anderem, ob Personen mit einer angeborenen oder früh erworbenen mentalen Beeinträchtigung mehr und länger dauernde Arztbesuche im Vergleich zu nicht mental Beeinträchtigten benötigen, sowie welche Formen der mentalen Beeinträchtigung von den Hausärzten/innen häufig betreut werden. Des Weiteren sollte beantwortet werden, ob Hausärzte/innen in der Stadt über ein besseres Netzwerk an Hilfestellungen im Vergleich zu jenen am Land verfügen. Zu beantworten waren auch die Fragen, ob sich Hausärzte/innen als primäre Ansprechpartner/innen von Personen mit einer mentalen Beeinträchtigung fühlen, und ob Sie sich ausreichend unterstützt (durch Organisationen in unmittelbarer Umgebung) und angemessen ausgebildet fühlen.

Unter den häufigsten Formen der angeborenen oder früh erworbenen mentalen Beeinträchtigungen sind das Down-Syndrom (29%), andere genetisch bedingte mentale Beeinträchtigungen (25%) sowie mit 27% mentale Beeinträchtigungen im Rahmen einer Infantilen Cerebralparese vertreten. 81% der Befragten geben an, bis zu 20 Patienten/innen mit einer angeborenen oder früh erworbenen mentalen Beeinträchtigung pro Quartal zu betreuen. Hauptanlass für Patienten/innen mit einer angeborenen oder früh erworbenen mentalen Beeinträchtigung den/die Hausarzt/ärztin aufzusuchen, sind mit rund 62% Medikamentenverschreibungen und Behandlungen von Infekten. Durch die Ergebnisse der Studie konnte gezeigt werden, dass 69% der befragten Hausärzte/innen bei Personen mit einer angeborenen oder früh erworbenen mentalen Beeinträchtigung ‚immer‘ oder ‚häufig‘ mehr Betreuungsaufwand (z.B. in Form einer höheren Anzahl der Kontakte aufgrund medizinisch oder sozial komplexer Fragestellungen oder erhöhten Koordinationsbedarfs) im Vergleich zu Patienten/innen ohne Beeinträchtigung benötigen. 88% der Hausärzte/innen nehmen sich ‚häufig‘ oder ‚immer‘ mehr Zeit für Arztbesuche eines mental Beeinträchtigten im Vergleich zu Arztbesuchen nicht mental Beeinträchtigter. Es gab in der Befragung keine Rückmeldungen, dass aus

Sicht der Hausärzte/innen dadurch andere Patienten/innen zu kurz kommen würden. Die Forschungsfrage, ob Hausärzte/innen in der Stadt über ein besseres Netzwerk an Hilfestellungen verfügen, konnte auch beantwortet werden. 93% aller Hausärzte/innen, unabhängig ob urbaner oder ländlicher Praxissitz, behaupten, Organisationen in der Umgebung zu haben, welche die Betreuung von Patienten/innen mit einer mentalen Beeinträchtigung ergänzen. In medizinischen Fragestellungen sehen sich 100% der Befragten als primäre Ansprechpartner/innen für mental Beeinträchtigte oder deren Angehörige, in rechtlichen oder sozialen Bereichen hingegen nur 31%. Laut der Studie fällt dem Großteil der Befragten die Kommunikation mit mental beeinträchtigten Patienten/innen zumindest ‚häufig‘ leicht (93%). Auch fühlen sich 88% der Hausärzte/innen im Umgang mit mental beeinträchtigten Patienten/innen zumindest ‚häufig‘ wohl. Zum Nachdenken regt an, dass 95% der Ärzte/innen während des Medizinstudiums nicht mit dem Thema ‚Umgang mit Personen mit einer mentalen Beeinträchtigung‘ konfrontiert wurden. Knapp 50% der Befragten haben auch während der Ausbildung zum Turnus keine Erfahrung in Puncto ‚Umgang mit Personen mit einer mentalen Beeinträchtigung‘ gemacht. Auch sind 67% der Teilnehmer/innen keine spezifischen Fortbildungen für Hausärzte/innen zum Thema ‚Umgang mit Personen mit einer mentalen Beeinträchtigung‘ bekannt.

Wirft man einen Blick in die Literatur, so zeigt sich, dass mentale Beeinträchtigung in vielen Fällen mit weiteren gesundheitlichen Einschränkungen, Mehrfachbehinderungen, psychischen Begleiterkrankungen oder speziellen Erkrankungsrisiken bei diversen Syndromen verbunden ist. Die Behandlung dieser Besonderheiten ist nur in einzelnen Fachrichtungen Teil der Ausbildung in Österreich. Bis dato nicht thematisiert werden diese in der allgemeinmedizinischen Ausbildung. Aufgrund dessen sind diese Charakteristika mental Beeinträchtigter nur wenigen Hausärzten/innen bekannt. Ärzte/innen haben den ‚richtigen Umgang‘ mit Patienten/innen mit einer mentalen Beeinträchtigung vielfach aufgrund der fehlenden Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten nicht gelernt, und infolge dessen fühlen sich die betroffenen Patienten/innen und deren Angehörige in manchen Fällen allein gelassen oder unzufrieden betreut. (vgl. Beeinträchtigung- Medizin, Praxis- Grundlagen 2014, S. 5f.) Angesichts der häufig, mit der Beeinträchtigung einhergehenden erschwerten

Kommunikation, kann die Untersuchungszeit bei Menschen mit einer mentalen Beeinträchtigung länger dauern als bei Patienten/innen ohne Beeinträchtigung. (vgl. Beeinträchtigung- Medizin, Arbeitsunterlagen 2014, S. 13) Seelische oder körperliche Erkrankungen können sich bei mental beeinträchtigten Patienten/innen in einer speziellen Art und Weise darstellen und die Wahrscheinlichkeit einer Fehlinterpretation ist daher erhöht. (vgl. Jungnickel 2008, S. 107) Auch ist die Diagnosestellung meist komplexer. Barrieren stellen laut Literatur die lückenhafte fachliche Kompetenz der Ärzte/innen dar. Es mangelt nicht nur an Aus- und Fortbildungen während der Ausbildung zum/zur Hausarzt/ärztin, sondern fehlt es auch an Kontakt zu mental Beeinträchtigten während der Studienzeit. (vgl. Beeinträchtigung- Medizin, Arbeitsunterlagen 2014, S. 13) Die Ergebnisse der ausgewerteten Fragebögen stimmen in den genannten Punkten weitgehend mit den Aussagen der Fachliteratur überein.

Österreichische Organisationen im Behindertenbereich wünschen sich suffiziente Vernetzungsmöglichkeiten für Hausärzte/innen, sowie eine zufriedenstellende Finanzierung der wegen der oftmals bestehenden Multimorbidität komplexeren diagnostischen Prozesse. Weiterhin erstrebenswert wäre die Etablierung eines ‚Facharztes für Behindertenmedizin‘ nach niederländischem Vorbild sowie die Errichtung eines Fort- und Weiterbildungscurriculums für Hausärzte/innen zum Thema ‚Behindertenmedizin‘. Zurzeit gibt es keine Forschung und systematische wissenschaftliche Tätigkeit im Kontext mit der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung. Die Etablierung von Lehrstühlen, aber auch die europaweite Zusammenarbeit im Forschungsbereich wären laut Behindertenorganisationen erstrebenswert. Weiters wollen sie Anreize setzen, um eine Auflistung jener Hausärzte/innen und Fachärzte/innen zu erarbeiten, welche sich derzeit bereits imstande fühlen, Patienten/innen mit einer mentalen Beeinträchtigung ausreichend zufriedenstellend zu behandeln. (vgl. Beeinträchtigung- Medizin, Arbeitsunterlagen 2014, S. 5ff.) Vorsorgeuntersuchungen und Rehabilitationsangebote für Patienten/innen mit einer mentalen Beeinträchtigung sollten ausgebaut werden. Weiters wird gefordert, die erhöhten zeitlichen Erfordernisse und der meist vermehrte Aufwand für Diagnostik und Therapie der

behandelnden Ärzte/innen durch entsprechende Bezahlung zu vergüten. (vgl. Beeinträchtigung- Medizin, Praxis- Grundlagen 2014, S. 6f.)

Eine zufriedenstellende medizinische Betreuung mental beeinträchtigter Menschen stellt das österreichische Gesundheitssystem vor eine große Herausforderung. Neue Wege, flexiblere Mittel und solide Rahmenbedingungen, welche sich am Individuum orientieren wären wünschenswert. Es ist Aufgabe der österreichischen Politik, langfristige und solide Regelungen für die medizinische Versorgung von mental beeinträchtigten Personen zu gestalten. (vgl. Beeinträchtigung- Medizin, Praxis- Grundlagen 2014, S. 6f.) Obwohl der Großteil der Hausärzte/innen angibt, unterstützende Organisationen in der Umgebung zu haben, welche die Betreuung von mental Beeinträchtigten ergänzen, wäre es langfristig gesehen erstrebenswert, das österreichische System an Modelle wie etwa in Schweden anzugleichen. Mit dem Ziel, beeinträchtigten Menschen ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, ist dort eine barrierefreie Umwelt und Gesellschaft sowie die flächendeckende De-Institutionalisierung bereits etabliert. (vgl. Naue 2009, S. 286)

6.1 Limitationen

Die Datenerhebung und Auswertung bezieht sich ausschließlich auf die Steiermark. Die Ergebnisse sind daher nicht in allen österreichischen Bundesländern sowie im umliegenden Ausland von gleicher Geltung. Begrenzt wird die Interpretation der Ergebnisse des Fragebogens durch den Umstand, dass hinsichtlich der kleinen Stichprobe keine letztgültigen Aussagen für die gesamte Steiermark getroffen werden können. Möglicherweise wurde auch der Zeitraum für die Retournierung des Fragebogens per E-Mail oder Fax zu kurz gewählt. Des Weiteren bezieht sich die Studie nur auf die Versorgung von angeborenen oder früh erworbenen mentalen Beeinträchtigungen. Beeinträchtigungen die durch Gewalteinwirkungen, Unfälle, Kriege oder durch Altersprozesse etc. entstehen, wurden in dieser Arbeit nicht berücksichtigt.

6.2 Schlussfolgerung

Zusammenfassend kann man feststellen, dass sich der überwiegende Teil der Hausärzte/innen im Kontakt und Kommunikation mit mental Beeinträchtigten wohlfühlt. Laut Cloerkes ist es ein komplexer Prozess, die Einstellung gegenüber beeinträchtigten Personen zu verändern. Der Erfolg der Strategie ist abhängig von der Bereitschaft, die Einstellungshaltung verändern zu wollen und beste Ergebnisse werden bei Kombination von Kontakt, Information und Methoden, wie zum Beispiel die Simulation des Behindertseins, erzielt. (vgl. Cloerkes 1997, S. 133)

Bestätigt werden konnte auch, dass der Betreuungsaufwand erhöht ist, die Arztbesuche häufiger sind und in den allermeisten Fällen von den Hausärzten/innen mehr Untersuchungszeit für mental beeinträchtigte Patienten/innen eingeplant wird. Im urbanen wie auch im ländlichen Raum sind Organisationen, welche die Betreuung mental Beeinträchtigter unterstützen, vorhanden. Jedoch wäre es, wie bereits erwähnt, langfristig gesehen erstrebenswert, das österreichische System an Modelle wie etwa in Schweden anzugleichen. Jeder/e einzelne Studienteilnehmer/in empfindet sich als primäre Ansprechperson für mental Beeinträchtigte oder deren Angehörige in medizinischen Fragestellungen. Ob sich Hausärzte/innen auch als primäre Ansprechpartner/innen in sozialen und rechtlichen Fragen sehen, ist unterschiedlich ausgeprägt. Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten zum Thema ‚Umgang mit Personen mit einer mentalen Beeinträchtigung‘ für Studenten/innen, Ärzte/innen in Ausbildung sowie praktizierende Hausärzte/innen sind derzeit wenig bis kaum vorhanden. In der Studie konnte gezeigt werden, dass sich Hausärzte/innen in medizinischen Fragestellungen als primäre Ansprechpartner/innen von Personen mit einer mentalen Beeinträchtigung oder deren Angehörigen fühlen. Dementsprechend hohe Verantwortung lastet auf Ihren Schultern. Um den Anforderungen gerecht zu werden und eine bestmögliche Betreuung mental beeinträchtigter Patienten/innen sicherzustellen, wäre die Implementierung oder der Ausbau der derzeit schwach bis kaum vorhandenen Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten zum Thema ‚Umgang mit Patienten/innen mit einer mentalen Beeinträchtigung‘ wünschenswert.

6.3 Ausblick

Die mittels der Querschnittsanalyse erworbenen Daten bezüglich der hausärztlichen Versorgung von Personen mit einer angeborenen oder früh erworbenen mentalen Beeinträchtigung können als wertvolle Grundlage für weitere Studien dienen.

Weiterhin empfehlenswert wäre es, die Versorgung aus Sicht der Personen mit mentalen Beeinträchtigungen bzw. deren Angehörigen zu untersuchen. Auch wäre es künftig interessant, die Schnittstelle von Behindertenbetreuungsorganisationen mit mental beeinträchtigten Personen zu beleuchten.

Da sich die Datenerhebung und Auswertung der Fragebögen ausschließlich auf die Steiermark bezieht, wäre ein Vergleich mit anderen österreichischen Bundesländern reizvoll. Auch wäre es anregend internationale Vergleiche zu ziehen.

Aufgrund der mangelnden Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten zum Thema ‚Umgang mit mental beeinträchtigten Menschen‘, wäre die Etablierung dieser hilfreich um etwaige Wissensdefizite der Hausärzte/innen auszugleichen. Da die Betreuung von Patienten/innen mit einer mentalen Beeinträchtigung mehr zeitliche und koordinative Ressourcen in Anspruch nimmt, wäre es erstrebenswert sich für eine bessere Leistungshonorierung über die Krankenkasse einzusetzen.

7 Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz: Behindertenbericht. Bericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderungen in Österreich. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009.

Bruckmüller, Maria (2014): Beeinträchtigung- Medizin. Arbeitsunterlagen 2003-2014. URL:

www.lebenshilfe.at/index.php?/de/content/download/6505/43450/file/5aDoku%20Medizin%202003-2014%20Arbeitsunterlagen%20MB%202014.pdf – Download vom 25.05.2017

Bruckmüller, Maria (2014): Beeinträchtigung- Medizin. Praxis- Grundlagen 2008-2012. URL:

<http://www.lebenshilfe.at/index.php?/de/content/download/6506/43453/file/5bDoku%20Medizin%20Praxis%20Grundlagen%202008-2012%20MB%202014.pdf> – Download vom 25.05.2017.

Cloerkes, Günther: Soziologie der Behinderung. Eine Einführung. Heidelberg: Universitätsverlag 1997.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2014): ICF. Letzte Aktualisierung: 10.07.2014. URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/> - Download vom: 29.09.2016.

Fabry, Clemens (2009): Budget: "Massive Einsparungen" im Behinderten-Bereich. URL: http://diepresse.com/home/innenpolitik/473650/Budget_Massive-Einsparungen-im-BehindertenBereich - Download vom 21.02.2017.

Goffman, Erving: Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. 9. Auflage. Frankfurt: Suhrkamp 1990.

Hermes, Gisela: Der Wissenschaftsansatz Disability Studies - neue Erkenntnisgewinne über Behinderung? In: Hermes, Gisela; Rohrman, Eckhard (Hrsg.): Nichts über uns - ohne uns! Disability Studies als neuer Ansatz

emanzipatorischer und interdisziplinärer Forschung über Behinderung o.O.: AG-SPAK-Bücher 2006, S. 15-30.

Hirschberg, Marianne: Behinderung im internationalen Diskurs. Die flexible Klassifizierung der Weltgesundheitsorganisation. Band 30. Frankfurt; New York: Campus Verlag 2009.

Jungnickel, Hermann: Behandlung von Menschen mit Behinderung. Eine besondere Herausforderung für Ärztinnen und Ärzte. In: Deutsches Ärzteblatt Jg. 105/ 2008, Heft 39, S.107.

Mitterer, Felix: Kein Platz für Idioten. 7. Auflage, Innsbruck; Wien: Haymon Verlag 2012.

Naue, Ursula: Österreichische Behindertenpolitik Im Kontext nationaler Politik und internationaler Diskurse zu Behinderung. In: SWS-Rundschau Jg 49/ 2009, Heft 3, S. 274-292.

Poier, Birgit: Vergast im Schloss Hartheim. Die T4-PatientInnen aus der Grazer Heil- und Pflegeanstalt „Am Feldhof“. In: Freidl, Wolfgang; Kernbauer, Alois; Noak, Richard; etc. (Hrsg.): Medizin und Nationalsozialismus in der Steiermark. Studien Verlag 2001, S. 86.

Prettenthaler-Ziegenhofer, Anita: Menschen mit Behinderung. Graz: Grazer Universitätsverlag 2006.

Seckauer, Hansjörg (2011): UN- Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen Deutschland, Österreich und Schweiz im Vergleich. Letzte Aktualisierung: 08.07.2014. URL: <http://bidok.uibk.ac.at/library/oeksa-dokumentation.html#idp12008144>- Download vom 12.07.2016.

Theunissen, Georg; Kulig, Wolfram: Geistige Behinderung- intellektuelle Beeinträchtigung. Begriffsdiskussion, Erscheinungsform, Prävalenz. In: Opp, Günther; Theunissen, Georg (Hrsg.): Handbuch schulische Sonderpädagogik. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt 2009, S. 101-104.

UN-Behindertenrechtskonvention/Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung. URL: <http://www.behindertenrechtskonvention.info/>- Download vom 12.07.2016.

Wögerer, Hermann (2009): Integration von Menschen mit Lernschwierigkeiten in den allgemeinen Arbeitsmarkt Oberösterreichs 1945 bis heute, Dissertation, Institut für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte, Johannes Kepler Universität, Linz.

Wonca Europe (2002): Die europäische Definition der Allgemeinmedizin / Hausarztmedizin. URL: http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/EUROPAISCHE_DEFINITION%20DER_ALLGEMEINMEDIZIN_HAUSARZTMEDIZIN.pdf – Download vom 27.01.2017.

World Health Organization (1996): ICD-10 Guide for mental retardation. Letzte Aktualisierung: 28.09.2016. URL: http://www.who.int/mental_health/media/en/69.pdf- Download vom 28.09.2016.

World Health Organization (2001): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf 2001.

8 Anhang

8.1 Fragebogen

Umgang mit Patienten mit einer angeborenen oder früh erworbenen mentalen Beeinträchtigung in der Hausarztpraxis

Sehr geehrte Hausärztinnen und Hausärzte!

Im Rahmen meiner Diplomarbeit beschäftige ich mich mit dem Umgang von Hausärztinnen und Hausärzten mit Patienten mit einer angeborenen oder früh erworbenen mentalen Beeinträchtigung. Aus Platzgründen wird im Fragebogen nur nach ‚mentaler Beeinträchtigung‘ gefragt. Damit sind nur Patienten mit angeborenen oder früh erworbenen Beeinträchtigungen gemeint. Die Bearbeitung dauert ca. 5-8 Minuten. Ich bitte Sie daher, diesen Fragebogen auszufüllen

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Maria Troger

(Medizinstudentin an der Medizinischen Universität Graz)

Patienten mit einer angeborenen oder früh erworbenen mentalen Beeinträchtigung in meiner Praxis

1.) In meiner Praxis betreue ich pro Quartal etwa *(bitte eine Antwort auswählen)*:

- < 10 Patienten mit einer mentalen Beeinträchtigung
- 10-20 Patienten mit einer mentalen Beeinträchtigung
- >20 Patienten mit einer mentalen Beeinträchtigung

2.) Formen von mentalen Beeinträchtigungen, die in meiner Praxis vorkommen oder vorgekommen sind *(Mehrfachantworten möglich)*:

- Down Syndrom
- Andere genetisch bedingte mentale Beeinträchtigung
- Mentale Beeinträchtigung im Rahmen einer Infantilen Cerebralparese
- Andere mentale Beeinträchtigungen nach einem Geburtstrauma
- Andere:

3.) Die häufigsten Anlässe für einen Arztbesuch meiner Patienten mit einer mentalen Beeinträchtigung sind (Mehrfachantworten möglich):

- Infekte
- Medikamentenverschreibungen
- Überweisungen zu Fachärzten/ Koordinationstätigkeiten
- Fragestellungen zur Sachwalterschaft
- Fragestellungen zur Pflege
- Andere Anlässe:

4.) Patienten mit einer mentalen Beeinträchtigung kommen ohne Begleitung in meine Praxis. (bitte eine Antwort auswählen)

- Nie Selten Häufig Immer

5.) Patienten mit einer mentalen Beeinträchtigung brauchen mehr Betreuung im Vergleich zu Patienten ohne Behinderung (z.B. in Form einer höheren Anzahl der Kontakte aufgrund medizinisch oder sozial komplexer Fragestellungen oder erhöhten Koordinationsbedarfs). (bitte eine Antwort auswählen)

- Nie Selten Häufig Immer

Betreuung von Patienten mit einer angeborenen oder früh erworbenen mentalen Beeinträchtigung in meiner Umgebung

6.) Es gibt Organisationen (z.B. Pro mente, Lebenshilfe, etc.) in meiner Umgebung, welche die Betreuung von Patienten mit einer mentalen Beeinträchtigung ergänzen. (bitte eine Antwort auswählen)

- Trifft zu Trifft nicht zu

Wenn zutreffend, benennen Sie bitte die Organisationen:

.....

7.) Ich weise Patienten mit einer mentalen Beeinträchtigung oder deren Angehörige auf die mögliche Betreuung in solchen Organisationen in meiner Umgebung hin. (bitte eine Antwort auswählen)

- Trifft zu Trifft nicht zu

8.) Als Hausarzt fühle ich mich als primärer Ansprechpartner für Personen mit einer mentalen Beeinträchtigung oder deren Angehörige...

... in medizinischen Fragestellungen	<input type="checkbox"/> Trifft zu	<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
...in sozialen und rechtlichen Fragestellungen	<input type="checkbox"/> Trifft zu	<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu

Aus- und Fortbildungen

9.) Im Rahmen meines Studiums wurde das Thema „Umgang mit Personen mit einer mentalen Beeinträchtigung“ behandelt. *(bitte eine Antwort auswählen)*

Trifft zu Trifft nicht zu

10.) Im Rahmen meiner Ausbildung zum Hausarzt (Turnus) habe ich zum Umgang mit Personen mit einer mentaler Beeinträchtigung Erfahrungen gemacht.

Trifft zu Trifft nicht zu

11.) Es werden spezifische Fortbildungen zum Thema „Umgang mit Personen mit einer mentalen Beeinträchtigung“ für uns Hausärzte angeboten.

Trifft zu Trifft nicht zu Weiß nicht

Wenn zutreffend: Ich habe schon einmal eine Fortbildung zum Thema „Umgang mit Personen mit einer mentalen Beeinträchtigung“ besucht. *(bitte eine Antwort auswählen)*

Trifft zu Trifft nicht zu

Kommunikation und Umgang mit Patienten mit einer mentalen Beeinträchtigung

	Nie	Selten	Häufig	Immer
12.) Die Kommunikation mit Patienten mit einer mentalen Beeinträchtigung fällt mir leicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.) Ich fühle mich im Umgang mit Patienten mit einer mentalen Beeinträchtigung wohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.) Ich nehme mir für Patienten mit einer mentalen Beeinträchtigung mehr Zeit als für Patienten ohne Beeinträchtigung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.) Patienten mit einer mentalen Beeinträchtigung kommen in meiner Praxis zu kurz (z.B. aufgrund von Zeitmangel, komplexer Fragestellungen...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Anmerkungen

Angaben zu Ihrer Person und Praxis	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Alter	<input type="checkbox"/> 20-40 Jahre <input type="checkbox"/> Älter als 60 Jahre <input type="checkbox"/> 41-60 Jahre
Wie lange sind Sie bereits als Hausarzt/Hausärztin tätig?	<input type="checkbox"/> Bis 5 Jahre <input type="checkbox"/> > 15-30 Jahre <input type="checkbox"/> > 5-15 Jahre <input type="checkbox"/> > 30 Jahre
Wo arbeiten Sie?	Trifft zu <i>(bitte nur eine Antwort ankreuzen)</i>
Kassenpraxis mit allen Kassen	<input type="checkbox"/>
Kassenpraxis nur mit den kleinen Kassen	<input type="checkbox"/>
Wahlarzt-/Privatarztpraxis	<input type="checkbox"/>
Ist Ihre Praxis barrierefrei?	<input type="checkbox"/> Trifft zu <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
Wie viele Einwohner/ Einwohnerinnen hat der Ort in dem Sie praktizieren?	<input type="checkbox"/> Bis 5.000 Einwohner/innen <input type="checkbox"/> > 20.000-100.000 Einwohne/innen <input type="checkbox"/> > 5.000-20.000 Einwohner/innen <input type="checkbox"/> > 100.000 Einwohner/innen
Wie viele Patienten behandeln Sie insgesamt in Ihrer Praxis pro Quartal?	<input type="checkbox"/> < 500 Personen <input type="checkbox"/> < 1501-2000 Personen <input type="checkbox"/> < 501- 1000 Personen <input type="checkbox"/> > 2000 Personen <input type="checkbox"/> < 1001-1500 Personen

Zusendung bitte bevorzugt per E-Mail: maria.troger@stud.medunigraz.at oder per FAX Nr.: 0316-385-79654

Fragebogen des Institutes für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung; 30.12.2016

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!