

„Ich hatte

einen ganz tollen Arzt,

brauchte dort aber immer
jemanden, der mich unterstützte.

Außerdem musste ich die Treppe
zur Praxis auf dem Gesäß rauf.

*Das ist natürlich kein Zustand und
war für mich schon übel.“*

STUDIEN-
TEILNEHMERIN

STUDIE ZUR BARRIEREFREIEN GYNÄKOLOGISCHEN VERSORGUNG IN BREMEN

Impressum

IM AUFTRAG VON:

Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz
des Landes Bremen
Faulenstraße 9/15
28195 Bremen

HERAUSGEBER*INNEN:

Landesbehindertenbeauftragter Bremen
Teerhof 59
28199 Bremen

Zentralstelle der Landesfrauenbeauftragten (ZGF)

Faulenstraße 14–18
28195 Bremen

VERANTWORTLICH:

Dr. Dr. Mo Urban
Referentin für Gesundheit bei der Zentralstelle (ZGF)
der Landesfrauenbeauftragten
E-Mail: monika.urban@frauen.bremen.de
Telefon: (+49) 0421 / 361 31 83

UNTER MITWIRKUNG VON:

Anna Lotta Löw
Inari Priess
Dr. Ines Pohlkamp

TITELBLATT

Das auf dem Titel dieser Publikation stehende Zitat stammt aus einem Interview mit einer Frau* mit Mobilitätsbehinderungen und befindet sich im exakten Wortlaut in Kapitel 2.3. Für eine bessere Verständlichkeit wurde es für den Titel sprachlich bearbeitet.

GRAFIK UND LAYOUT:

KOOP. Büro für Gestaltung

März 2025

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 5

Abkürzungsverzeichnis 6

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis 7

Zusammenfassung 9

Zusammenfassung in verständlicher Sprache 10

1 Hintergrund und Rahmenbedingungen 12

1.1 Ausgangspunkt und Begrifflichkeiten 12

1.2 Rechtliche und politische Rahmensetzungen 14

1.3 Barrierefreiheit in der ambulanten gynäkologischen Versorgung 15

1.4 Forschung zum Stand der weiteren Barrieren in der gynäkologischen Versorgung 17

1.5 Bestandsaufnahme der Versorgungslage im Land Bremen 19

1.6 Vorarbeiten 20

1.7 Konzeption der Studie 21

1.8 Methodisches Vorgehen, Forschungsethik und Auswertung 24

2 Erhebung der Perspektive der Nutzer*innen / Leistungsberechtigten 30

2.1 Angaben zu Praktiken, zur Zufriedenheit und zu Bedarfen 31

2.2 Erfahrungen und Wünsche aus der quantitativen Erhebung 38

2.3 Perspektiven aus der qualitativen Befragung 40

2.4 Erfahrungen und Perspektiven der beiden Forschungsstränge im Vergleich 44

2.5 Wünsche und Verbesserungsvorschläge aus beiden Forschungssträngen 46

2.6 Spezifische Erfahrungen in der barrierefreien gynäkologischen Sprechstunde aus beiden Forschungssträngen 50

2.7 Abgleich der Ergebnisse mit dem Forschungsstand: Bremensien vs. generelle bundesweite Unterversorgung? 52

2.8 Diskussion der Ergebnisse zur gynäkologischen Regelversorgung 56

2.9 Diskussion der Ergebnisse zum Spezialangebot 59

3 Erhebung der Perspektive der Gynäkolog*innen / Leistungserbringenden 60

3.1 Angaben zu Behandlungsmöglichkeiten und Herausforderungen in der ambulanten Versorgung 60

3.2 Perspektiven aus der qualitativen Befragung zur gynäkologischen Regelversorgung 67

3.3 Ergebniszusammenführungen zur ambulanten gynäkologischen Versorgung 72

3.4 Ergebniszusammenführung der Veränderungsbedarfe und Wünsche 74

3.5 Spezifische Erfahrungen mit der barrierefreien gynäkologischen Sprechstunde 74

3.6 Diskussion der Ergebnisse zur ambulanten gynäkologischen Versorgung 78

3.7 Diskussion der Ergebnisse zum Spezialangebot am Klinikum Bremen-Mitte 82

4 Erhebung der Perspektive der Leistungsanbieter der Eingliederungshilfe 84

4.1 Angaben zur gynäkologischen Versorgung aus Sicht der Fachkräfte 85

4.2 Perspektiven der Fachkräfte auf die Bedarfe an gynäkologischer Versorgung 86

4.3 Barrieren in den niedergelassenen Praxen aus Sicht der Fachkräfte 89

4.4 Wünsche und Verbesserungsvorschläge aus der Perspektive der Fachkräfte 91

4.5 Perspektiven der Fachkräfte auf die barrierefreie gynäkologische Sprechstunde 92

5 Empfehlungen 94

5.1 Barrieren bei der Zugänglichkeit zu den niedergelassenen Praxen beseitigen 94

5.2 Verbesserung der Ausstattung der niedergelassenen Praxen 96

5.3 Angaben zur Barrierefreiheit zuverlässiger gestalten 98

5.4 Attraktivität für Gynäkolog*innen erhöhen, Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen zu behandeln 100

5.5 Das Angebot der barrierefreien gynäkologischen Sprechstunde sichern 100

5.6 Medizinisches Personal fortbilden 101

5.7 Fachkräfte sensibilisieren 103

5.8 Mikroprozesse verbessern 103

5.9 Alternative Versorgungskonzepte andenken 104

5.10 Sexualpädagogische Arbeit in den Einrichtungen forcieren 104

5.11 Schaffung und Förderung multiprofessioneller Netzwerke 105

Literaturangaben 106

Anhänge 112

Anhang 1: Fragebogen mit Anschreiben und Informationsschreiben / Leistungsberechtigte 112

Anhang 2: Anschreiben und Fragebogen für Leistungserbringende 120

Anhang 3: Anschreiben und Fragebogen für die Leistungsanbieter Eingliederungshilfe 126

Anhang 4: E-Mail Anschreiben für Interviews / Leistungsberechtigte 132

Anhang 5: Datenschutz- und Freiwilligkeitserklärung / Leistungsberechtigte 133

Anhang 6: Intervieweinleitung und Interviewleitfaden / Leistungsberechtigte 135

VORWORT

Liebe Leser*innen,

die vorliegende Studie bündelt Erkenntnisse zur gynäkologischen Versorgung von Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen im Land Bremen. Die gesetzlichen Vorgaben im Bundes- und Landesrecht verlangen, dass Frauen* mit Behinderungen eine gesundheitliche Versorgung in derselben Bandbreite, derselben Qualität und demselben Standard zur Verfügung steht wie anderen Menschen auch. Die Studie zeigt jedoch, dass Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen in der gynäkologischen Versorgung vielfältigen Barrieren begegnen: es fehlt an Barrierefreiheit bei den Zuwegen, der Ausstattung, ausreichenden Informationen über die Barrierefreiheit, auskömmlicher Finanzierung einer angemessenen Behandlung sowie mitunter an einer zielgruppengerechten Kommunikation. Eine gleichwertige Versorgung ist daher zurzeit im Land Bremen nicht gewährleistet.

In Bremen wurde bereits im Jahr 2011 ein barrierefreies gynäkologisches Spezialangebot am Klinikum Bremen-Mitte aufgebaut, das von dem Engagement vieler Gynäkolog*innen und weitere Fachkräfte getragen wird. Diesem Engagement gebührt unser ausdrücklicher Dank. Die vorliegende Studie identifiziert mittels qualitativer und quantitativer Erhebungen deutliche spezifische Lücken im Versorgungssystem. Sie zeigt Handlungsfelder auf und empfiehlt Maßnahmen für die Weiterentwicklung einer angemessenen Versorgung. Viele Frauen* wünschen sich beispielsweise die Möglichkeit der freien Ärzt*innenwahl. Dies bedeutet jedoch gerade im niedergelassenen Bereich einen verstärkten Ansatz für den Ausbau barrierefreier Versorgungsangebote.

An einer Verbesserung der Versorgung gemeinsam zu arbeiten, ist eine Verpflichtung menschenrechtskonformer Gesundheitspolitik. Die Studie leistet insofern einen wichtigen Beitrag dazu, diesen Auftrag im Land Bremen weiter konsequent zu bearbeiten.

Ganz herzlich bedanken wir uns bei den vielen Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen sowie den Gynäkolog*innen und allen beteiligten Fachkräften, die sich an der Erhebung beteiligt haben. Unser Dank geht zudem an die Wissenschaftler*innen und Interessenvertretungen von Menschen mit Behinderungen, die ihr Wissen und ihre Expertise eingebracht haben sowie an die für die Studie verantwortlichen Mitarbeitenden aus unseren Dienststellen.



Claudia Bernhard
Senatorin für Gesundheit,
Frauen und Verbraucherschutz



Bettina Wilhelm
Landesfrauenbeauftragte



Arne Frankenstein
Landesbehindertenbeauftragter

Abkürzungsverzeichnis

aG	außergewöhnliche Gehbehinderung, Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis
AVIB	Amt für Versorgung und Integration Bremen
BAB	Bremer Aufbau-Bank – Förderbank für Bremen und Bremerhaven
BÄK	Bundesärztekammer
BGG	Behindertengleichstellungsgesetz
BGS	Barrierefreie Gynäkologische Sprechstunde
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BremLBO	Landesbauordnung in Bremen
DBR	Deutscher Behindertenrat
DIMR	Deutsches Institut für Menschenrechte
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ERP-BFK	KMU ERP-Bremer Förderkredit (Enterprise Resource Planning für kleine und mittelständische Unternehmen)
GdB	Grad der Behinderung
HPV	Humanes Papillomvirus
KBM	Klinikum Bremen-Mitte
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayern
KVHB	Kassenärztliche Vereinigung Bremen
LBB	Landesbehindertenbeauftragter
LVF	Bremer Landesverband der Frauenärzte und -ärztinnen
LVG	Landesvereinigung für Gesundheit e.V.
MBO	Musterbauordnung
MZEB	Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung
NAP 2.0	Nationaler Aktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK
RatSWD	Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
SGFV	Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz
UN	United Nations / Vereinte Nationen
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
ZAG	Zentrale Arbeitsgruppe – erwachsene Menschen mit körperlichen, geistigen und mehrfachen Beeinträchtigungen
ZGF	Zentralstelle der Landesfrauenbeauftragten
ZSL	Zentrum Selbstbestimmt Leben e.V.

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1:	Barrierefreiheit in der gynäkologischen Praxis für Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen
Tabelle 2:	Stadtteile mit gynäkologischen Praxen
Tabelle 3:	Räumlichkeiten, Ausstattung und Unterstützungsangebote der Praxen im Land Bremen
Tabelle 4:	Räumlichkeiten, Ausstattung und Unterstützungsangebote der Praxen in der Stadt Bremen
Tabelle 5:	Räumlichkeiten, Ausstattung und Unterstützungsangebote der Praxen in Bremerhaven
Abbildung 1:	Altersverteilung der Studienpopulation
Abbildung 2:	Nutzung von Hilfsmitteln
Abbildung 3:	Regelmäßigkeit in Hilfsmittelgruppen
Abbildung 4:	Zufriedenheit mit gynäkologischer Versorgung
Abbildung 5:	Zufriedenheit mit der gynäkologischen Versorgung differenziert nach Praxisbesuch
Abbildung 6:	Zufriedenheit in Hilfsmittelgruppen
Abbildung 7:	Wichtige Versorgungsaspekte
Abbildung 8:	Erfahrungen und Wünsche zur gynäkologischen Versorgung
Abbildung 9:	Bekanntheit des Spezialgebots am KBM
Abbildung 10:	Nutzung von Mobilitätshilfen
Abbildung 11:	Wichtige Erfahrungen für Patient*innen
Abbildung 12:	Einschätzung der Patient*innen-Zufriedenheit
Abbildung 13:	Darstellung der Schwierigkeiten beim eigenen Angebot in Hinblick auf die Barrierefreiheit
Abbildung 14:	Nutzung von Rollstuhl, Rollator und anderen Gehhilfen
Abbildung 15:	Inanspruchnahme der gynäkologischen Versorgung
Abbildung 16:	Zufriedenheit mit gegenwärtiger Versorgungslage
Abbildung 17:	Gründe für die Wahl niedergelassener Praxen

Zusammenfassung

Mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet sich Deutschland eine gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten. Artikel 25 der UN-BRK proklamiert, dass Menschen mit Behinderungen eine geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung zusteht, die in Umfang, Qualität und Standard gleichwertig zu der Versorgung anderer Menschen sein muss.

Die ambulante gynäkologische Versorgung von Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen ist wichtig für die gesundheitliche Chancengleichheit. Ob diese gewährleistet ist, ist dennoch unzureichend erforscht und es liegen Anhaltspunkte vor, dass diverse Barrieren ihr entgegenstehen. Deshalb wurde für das Land Bremen zwischen 2023 und 2024 eine Studie geplant und umgesetzt.

Das Forschungsinteresse der Studie besteht darin, sowohl quantitative als auch qualitative Daten zu erheben, die ein umfassendes Bild darüber ermöglichen, wie erstens Frauen* mit Mobilitätseinschränkungen, zweitens Gynäkolog*innen und drittens Fachkräfte der Eingliederungshilfe die bestehende Versorgungssituation im Land Bremen erleben, vor welche Hürden sie gestellt werden und welche Handlungsbedarfe sie benennen. Es wurden hierfür alle Frauen* mit aG als Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis, alle Gynäkolog*innen des Landes sowie alle Wohngruppenleitungen der Eingliederungshilfe gebeten, einen Fragebogen auszufüllen. Einige erklärten sich außerdem bereit, zusätzlich an einem Interview teilzunehmen.

Die Ergebnisse zeigen, dass die gynäkologische Versorgung von Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen, aufgrund baulicher, ausstattungsbezogener und weiterer Barrieren, im Land Bremen unzureichend ist. Frauen* berichten von persönlichen Belastungen und psychischen Anstrengungen, die sie auf sich nehmen, um untersucht zu werden. Und manche berichten auch von respektlosem oder entmündigendem Verhalten in den Praxen. Resümiert wird, dass es zu wenige vollständig barrierefreie Praxen im Land gibt und es im Besonderen für Frauen, die Rollstühle nutzen, schwierig ist, eine geeignete Praxis zu finden. Insgesamt nehmen Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen seltener gynäkologische Untersuchungen in Anspruch.

Gynäkolog*innen bestätigen über ihre Praxen, dass die meisten nur begrenzt barrierefrei sind und sie sich einen Umbau nicht leisten können. Aufgrund bspw. fehlender Ausstattung erleben die Ärzt*innen und ihre Angestellten eine körperliche Belastung, beispielsweise bei der Unterstützung des Transfers auf den Untersuchungsstuhl. Viele Ärzt*innen zeigen ein hohes Engagement, aber bemängeln, dass der erhöhte Zeitbedarf einer unzureichenden Vergütung gegenübersteht. Ihnen fehlen zudem Fortbildungen und ausreichend unterstützendes Personal.

Ergänzend berichten die Fachkräfte aus der Eingliederungshilfe, dass der Gedanke der Inklusion nicht in allen Praxen gelebt wird. Informationen in Leichter Sprache fehlen ebenso wie die Transparenz über bestehende Barrieren in den Praxen und ihre Besucher*innen erhalten mitunter keine Kommunikation auf Augenhöhe.

Neben den gynäkologischen Praxen der niedergelassenen Ärzt*innen verfügt Bremen über ein barrierefreies gynäkologisches Spezialangebot mit dem Standort Klinikum Bremen-Mitte. Die GeNo stellt die Räumlichkeiten und das nicht-ärztliche Personal für die Sprechstunde. Dieses Angebot wurde von allen Seiten gelobt, da dort sehr engagierte und kompetente Ärzt*innen arbeiten, die Zeitfenster ausreichend groß sind und es das einzige Angebot mit einem Personenlifter im Land Bremen ist. Allerdings wird auch seitens der Patient*innen sowie der Gynäkolog*innen kritisiert, dass die Gynäkolog*innen einen erhöhten Aufwand tragen und dafür nicht ausreichend vergütet werden, weshalb sie in naher Zukunft diese Versorgung nicht mehr anbieten können. Drei Viertel der teilnehmenden Frauen* in Bremen kennen dieses Angebot nicht. Frauen*, denen es bekannt ist, bemängeln die fehlende freie Ärzt*innenwahl und kein barrierefreies WC am Behandlungsraum sowie die langfristigen Terminvergaben.

Wünsche und Handlungsempfehlungen wurden seitens der drei befragten Personengruppen formuliert. Diese finden sich systematisiert und mit den politischen Rahmenbedingungen und dem Forschungsstand abgeglichen im letzten Teil der hier vorliegenden Studie. Diese umfassen Maßnahmen zur Verbesserung der Zugänglichkeit und Ausstattung sowie die auskömmliche Finanzierung der gynäkologischen Arbeit, Fortbildungs- und Sensibilisierungsmaßnahmen. Eine neue strukturelle Anbindung der barrierefreien gynäkologischen Sprechstunde am Klinikum Bremen-Mitte wird vorgeschlagen.

Zusammenfassung in verständlicher Sprache¹

HINWEIS:

In der Studie wird ein Sonderzeichen bei Wörtern verwendet. Dieses Sonderzeichen ist das Sternchen am Ende des Wortes Frau. In der Studie steht dann Frau*. In diesem Text wollen wir eine besser lesbare Schreibweise verwenden. Deswegen verzichten wir hier auf die Schreibweise Frau* und schreiben „Frau“. Mit „Frau“ sind alle Personen gemeint, die eine frauenärztliche Betreuung benötigen.

Rechte für Menschen mit Behinderung – Die UN-Behindertenrechtskonvention

Die Vereinten Nationen sind der Zusammenschluss fast aller Länder der Welt. Auf der ganzen Welt wird der englische Begriff für diese Gemeinschaft genutzt. Er lautet: United Nations und wird UN abgekürzt. Die UN haben Gesetze für die Rechte behinderter Menschen aufgeschrieben. Diese Rechte werden UN-Behindertenrechtskonvention genannt. Auch Deutschland hat diese Gesetze unterschrieben. Dadurch muss Deutschland die Gleichberechtigung von Menschen mit Behinderung möglich machen. Behinderte Menschen müssen, wie alle anderen auch, am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. In einem Artikel der UN-Behindertenrechtskonvention ist die medizinische Versorgung geregelt. Jedem Menschen mit Behinderung steht eine auf sein Geschlecht abgestimmte Behandlung zu. Das steht in Artikel 25 der Behindertenrechtskonvention. Diese Behandlung muss genauso gut sein, wie die Behandlung nicht behinderter Menschen.

Schwierigkeiten für Frauen mit Gehbeeinträchtigung

Frauen, die in ihrer Bewegung eingeschränkt sind, müssen ebenfalls gut versorgt werden. Das ist sehr wichtig. Frauen, die beispielsweise einen Rollstuhl benötigen, brauchen auch eine gute medizinische Versorgung. Sie müssen genauso gut behandelt werden, wie Frauen ohne Behinderung. Ob das in Deutschland funktioniert, wurde noch nicht genügend geprüft. Hinweise zeigen, dass die Versorgung von gehbehinderten Frauen nicht optimal ist. Für ihre bestmögliche Behandlung gibt es immer noch Barrieren. Die kennt man jedoch nicht genau. Daher wurde eine Untersuchung in Auftrag gegeben. Das Land Bremen hat dies 2023 und

2024 untersucht. In Bremen kennt man jetzt die Barrieren für Frauen mit Behinderung genauer.

Für die Untersuchung wurden drei Gruppen betrachtet:

- 1 Frauen, die in ihrer Beweglichkeit behindert sind. Also Frauen, die zum Beispiel einen Rollstuhl brauchen.
- 2 Frauenärzte und Frauenärztinnen im Land Bremen
- 3 Fachkräfte der Eingliederungshilfe.

Diese 3 Gruppen sollten bewerten, wie gut die Versorgung behinderter Frauen ist. Sie sollten aufzeigen, welche Barrieren es gibt. Außerdem sollten sie zeigen, wo gehandelt werden muss. Ziel sollte sein, die Situation zu verbessern.

Mitmachen sollten Frauen, die das Merkzeichen aG im Schwerbehindertenausweis haben. Alle Frauenärzte und Frauenärztinnen in Bremen sollten auch mitmachen. Ebenso alle Wohngruppenleitungen der Eingliederungshilfe. Sie alle mussten einen Fragebogen ausfüllen. Einige haben außerdem Gespräche geführt. Diese Gespräche wurden ebenfalls ausgewertet.

Ergebnisse der Untersuchung

Die medizinische Versorgung von Frauen mit Gehbehinderung ist nicht ausreichend. Durch Barrieren in und an Gebäuden werden die Frauen behindert. Zum Beispiel fehlen Rampen für Rollstühle, Fahrstühle und ähnliche Dinge. Außerdem fehlt es oft auch an der notwendigen Ausstattung. Behinderte Frauen müssen sich mehr anstrengen, um behandelt zu werden. Das strengt sie körperlich an. Und sie fühlen sich dadurch auch schlecht. Nicht behinderte Frauen müssen sich nicht so anstrengen, um behandelt zu werden. Manche Frauen berichten auch, dass sie in Praxen respektlos behandelt werden. Oder dass sie nicht ernstgenommen werden. Sie fühlen sich dann oft entmündigt. Es gibt zu wenig komplett barrierefreie Praxen im Land Bremen. Frauen, die einen Rollstuhl brauchen, finden nur schwer eine geeignete Praxis. Insgesamt gehen Frauen mit Mobilitätsbehinderungen seltener zur medizinischen Untersuchung in frauenärztliche Praxen, als Frauen ohne Behinderungen. Das sind die grundlegenden Erkenntnisse aus den Gesprächen mit den Frauen.

Frauenärzte und Frauenärztinnen sagen, dass ihre Praxen meist nur begrenzt barrierefrei sind. Sie sagen auch, dass sie sich einen Umbau nicht leisten können. Wenn die richtige Ausstattung fehlt, ist die Behandlung oft schwierig. Für das medizinische Personal ist die Behandlung oft auch körperlich belastend. Beispiel: Wie kommen Frauen vom Rollstuhl auf den Untersuchungsstuhl? Dabei setzen sich viele Ärzte und Ärztinnen schon stark ein. Sie verbringen mehr Zeit mit der Behandlung von Frauen mit Behinderung. Diese zusätzliche Zeit bekommen die Ärzte und Ärztinnen

aber nicht bezahlt. Das kritisieren sie. Sie würden sich auch gern weiterbilden. So könnten sie den richtigen Umgang mit Frauen mit Behinderung lernen. Dafür gibt es leider nicht genug Fortbildungen, sagen die Ärzte und Ärztinnen. Außerdem gibt es nicht genug Personal, das die sie unterstützen kann.

Fachkräfte berichten, dass der Gedanke der Teilhabe oft fehlt. Inklusion wird nicht in allen Praxen gefördert. Oft fehlen zum Beispiel Informationen in Leichter Sprache. Es gibt oft keine gleichberechtigte Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Patientinnen. Zudem fehlt häufig die Information, welche Barrieren es in den Praxen gibt.

In Bremen gibt es ein besonderes Angebot am Klinikum Bremen-Mitte. Dieses Angebot ist speziell für Frauen mit Behinderung. Vor allem Frauen, die einen Rollstuhl benutzen. Es wurde von allen Seiten gelobt. Denn dort arbeiten Ärzte und Ärztinnen, die sich besonders einsetzen und auskennen. Sie nehmen sich genügend Zeit für eine Behandlung. Außerdem gibt es dort einen sogenannten Personenlifter. Mit ihm können die Frauen besser bewegt werden. Zum Beispiel, um ihnen auf den Behandlungsstuhl zu helfen. Dieser erhöhte Aufwand wird allerdings nicht bezahlt. Deshalb kann es sein, dass dieses Angebot in der Zukunft gestrichen wird. In Bremerhaven gibt es kein Spezialangebot.

In Bremen kennen dreiviertel der Frauen dieses Angebot nicht. Das hat die Untersuchung ergeben. Frauen, die das Angebot kennen, haben aber auch Kritik. Es gibt dort zum Beispiel keine barrierefreie Toilette am Behandlungsraum. Außerdem dauert es lange, bis man einen Termin bekommt.

Was soll sich ändern?

Die drei befragten Gruppen empfehlen, was sich ändern sollte. Sie haben ihre Wünsche für eine bessere Situation geäußert. Diese sind im letzten Teil der hier vorliegenden Studie aufgeschrieben worden. Sie schlagen vor, wie man besser in die Praxen kommen kann. Und wie die Praxen ausgestattet sein sollten. Ein Wunsch ist auch, dass die Praxen ausreichend Geld bekommen. So soll ihre medizinische Arbeit gesichert werden. Fortbildungen müssten ebenso finanziert werden. Mit genug Geld kann auch der Gedanke der Inklusion gefördert werden. Das besondere Angebot für Frauen im Rollstuhl soll weiterhin am Klinikum Bremen-Mitte sein. Es gibt in Bremen ein anderes medizinisches Angebot für Menschen mit Behinderung. Das ist das „Medizinische Zentrum für Erwachsene mit Behinderungen“. Es wird geprüft, ob das Angebot des Klinikums Bremen-Mitte dorthin gehen kann. Dadurch könnte das Angebot für Frauen mit Behinderung besser werden. Denn das „Medizinische Zentrum für Erwachsene mit Behinderungen“ ist komplett barrierefrei.

¹ Die Zusammenfassung in verständlicher Sprache ist auf der Grundlage der Zusammenfassung durch die Agentur selbstverständlich angefertigt worden.

1 HINTERGRUND UND RAHMENBEDINGUNGEN

1.1 Ausgangspunkt und Begrifflichkeiten

Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), die Deutschland 2009 ratifiziert hat, verpflichtet die Mitgliedsstaaten, eine gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen sicherzustellen und betont dabei die spezifischen Bedürfnisse von Frauen² mit Behinderungen (Vereinte Nationen 2008: 4 ff.). Artikel 25 der UN-BRK proklamiert, dass Menschen mit Behinderungen eine geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung zu- steht, die in Umfang, Qualität und Standard gleichwertig zu der Versorgung anderer Menschen sein muss, einschließ- lich sexual- und fortpflanzungsmedizinischer Gesundheits- leistungen (ebd.: 22).

Die ambulante gynäkologische Versorgung von Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen ist wichtig für die gesundheitliche Chancengleichheit. Ob diese gewährleistet ist, ist dennoch unzureichend erforscht (LVG 2017). Deshalb wurde für das Land Bremen zwischen 2023 und 2024 eine Datenerhebung durch die Zentralstelle der Landesfrauenbeauftragten (ZGF) und den Landesbehindertenbeauftragten (LBB) geplant und u. a. durch die Gesundheitswissenschaftlerinnen Anna Lotta Löw und Inari Priess sowie die Sozialwissenschaft- lerin Dr. Ines Pohlkamp umgesetzt. Die Studie wurde von

2 Das Gendersternchen hinter Frauen* wird verwendet, um zu verdeutlichen, dass sich zwar die überwiegende Mehrheit, aber nicht alle Personen, die gynäkologische Untersuchungen in Anspruch nehmen, als Frauen verstehen. Auch intergeschlechtliche, non-binäre oder transmaskuline Personen können auf gynäkologische Versorgung zurückgreifen. Obwohl seit Ende 2018 intergeschlechtliche Menschen in Deutschland die Möglichkeit haben, beim Eintrag ins Personenstandsregister außer den Geschlechtern „männlich“ und „weiblich“ auch die Option „divers“ oder keinen Eintrag zu wählen, die sogenannte „Dritte Option“, haben die hier vorliegenden Daten eine Limitation: Angeschrieben wurden nur Personen mit dem Eintrag „weiblich“, da beim AVIB keine anderen Daten zur Verfügung stehen. Durch die Auswertung der Fragebögen, in denen am Ende die Selbstverortung abgefragt wurde, wird jedoch deutlich, dass sich fünf der an der Studie teilnehmenden Patient*innen selbst als „divers“ verorten, dies war eine mögliche Ankreuzoption. Außerdem ist ebenfalls davon auszu- gehen, dass sich nicht alle Patient*innen der Gynäkolog*innen und jene in der Eingliederungshilfe als „weiblich“ verorten. Das Sternchen in der Mitte eines Wortes, z. B. bei Gynäkolog*innen, macht deutlich, dass es eine Mehrzahl von Geschlechtern gibt und diese auch u. a. als Gynäkolog*innen oder Fachkräfte in der Eingliederungshilfe arbeiten.

der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz (SGFV) beauftragt, fand unter Einverständnis der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) statt und konnte durch die Unterstützung durch das Amt für Versorgung und Integration Bremen (AVIB) realisiert werden.

Der Fokus ist aus forschungspragmatischen Gründen³ erstens auf die gynäkologische Versorgung und zweitens auf Frauen* mit dem Vermerk „außergewöhnliche Gehbe- hinderung“ (aG) im Schwerbehindertenausweis⁴ gerichtet. Menschen mit diesem Merkzeichen nutzen zum Beispiel Rollstühle oder andere Mobilitätshilfen. Diese Personen- gruppe wurde ausgewählt, weil mit ihr Mobilitätsbehinde- rungen in den Fokus gerückt werden, die gynäkologische Untersuchungen besonders erschweren (Hornberg et al. 2019: 49).

Wenn im Folgenden von Mobilitätsbehinderungen gespro- chen wird, bezieht sich dies auf eine spezifische Vorstellung von *Behinderung*. Diese wird als ein komplexes gesellschaft- liches Phänomen verstanden, das eine Abgrenzung zu ge- sellschaftlichen Normalitätsvorstellungen wie etwa Leis- tungsfähigkeit oder Mobilität vornimmt. Die Abgrenzung zu dem, was als Normalität verstanden wird, variiert zwischen Kulturen, sozialen Schichten und in historischer Perspek- tive und entwickelt sich weiter (vgl. Köbsell 2023). Behinde- rung entsteht damit aus der Wechselwirkung von individu- ellen Voraussetzungen und gesellschaftlichen Barrieren.

3 Es bedarf weiterer Forschung zu anderen fachärztlichen Versor- gungsangeboten, wie bspw. der urologischen oder zahnärztlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen. Gleiches gilt für die gynäkologische Versorgung von Frauen* mit beispielsweise kognitiven Behinderungen bzw. Doppeldiagnosen.

4 Das Merkzeichen aG kann eingetragen werden, wenn Personen außergewöhnlich gehbehindert im Sinne des § 229 Absatz 3 des Neunten Sozialgesetzbuches sind. Dies bedeutet, dass sie sich „wegen der Schwere ihrer Beeinträchtigung dauernd nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bew- egen können“ (SGB IX § 299 Abs. 3). Damit haben sie einen Grad der Behinderung von mindestens 80 (SGB IX § 299 Abs. 3). Dennoch handelt es sich bei den Befragten um keine homogene Gruppe: Sie können von sehr unterschiedlichen weiteren Diskriminierungsformen betroffen sein, wie Rassismus, Antisemitismus, Altersdiskriminierung, Homo- phobie, Transphobie oder Klassismus. Manch eine arbeitet als renom- mierte Wissenschaftlerin, eine andere braucht Leichte Sprache oder eine andere Sprache, um eine informierte Entscheidung im Rahmen der Versorgung treffen zu können.

Im Agieren einer Gesellschaft erzeugt sich hierdurch eine Realität, die für Menschen außerhalb der Norm Barrieren schafft, die sie an der gesellschaftlichen Teilhabe hindern. Die physischen Barrieren sind dabei mit sozialen verweben, wie beispielsweise Vorstellungen über Frauen* mit Behin- derungen. Sie galten lange als geschlechtslos und ihnen wurden Sexualität, Begehren oder Kinderwunsch abgespro- chen (Köbsell 2020: 132). Obwohl das mittlerweile nicht mehr der Fall ist, werden Frauen* mit Behinderungen meist dennoch nicht als potentielle Sexualpartner*innen wahr- genommen (Köbsell 2013: 124 ff.). Mütter* mit Behinderun- gen sind weiterhin mit Vorurteilen konfrontiert (Köbsell 2020: 133 ff.), zum Beispiel werden ihre Fähigkeiten, für Kinder zu sorgen, infrage gestellt (Schildberger et al. 2017: 5), obwohl eine repräsentative Studie dokumentiert, dass Frauen* mit Behinderungen, die in eigenen Haushalten leben, annähernd so häufig liiert sind und Kinder haben wie Frauen* ohne Behinderungen (Schröttle et al. 2013: 51 ff.).

Die historische Entwicklung des Verständnisses von *Behin- derung* ist von hoher Relevanz, da sie den heutigen Umgang mit Menschen mit Behinderungen, die Rechtsprechung so- wie die medizinische Versorgung, speziell die Gynäkologie, beeinflussen. So wurde bis in die 1970er Jahre die Ursache für Behinderungen auf gesundheitliche Beeinträchtigungen des Individuums zurückgeführt, weshalb diese Sichtweise als medizinisches bzw. individuelles Modell bezeichnet wird (Köbsell 2023). Ab den 1970er Jahren wurde dieses Verständnis von Menschen mit Behinderungen zunehmend öffentlich kritisiert, woraus sich die Disability Studies ent- wickelten. Letztere schufen mit dem sozialen Modell eine neue Perspektive auf Behinderung und zeigten deren zu- grundeliegende gesellschaftliche Konstruktion auf. Behinde- rung entsteht folglich durch gesellschaftliche Ausgrenzun- gen aufgrund einer Beeinträchtigung, wobei Betroffenen Anerkennung, Respekt und gesellschaftliche Teilhabe ab- gesprochen werden (Köbsell 2023). In den 1990er Jahren entwickelte sich das Menschenrechtsmodell auf Basis nationaler und internationaler Behindertenrechtsbewegun- gen (Hirschberg 2022: 102 f.), das Menschen mit Behinde- rungen ausdrücklich als Menschenrechtssubjekte anerkennt (Degener & Decker 2019: 37 f.). Ihnen stehen alle Menschen- rechte zu und sie sind in der Lage, diese auszuüben, bei Bedarf mit Unterstützung. Das Menschenrechtsmodell ver- bietet die Verweigerung oder Einschränkung von Rechten wie Freiheit, Gleichheit und Selbstbestimmung aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen (ebd.: 38). Die Disa- bility Studies bewirkten somit einen Paradigmenwechsel von einer paternalistischen zu einer selbstbestimmten und menschenrechtsbasierten Sicht auf Behinderung, welche in die Entwicklung der UN-Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) mündete (Hirschberg 2022: 103). Diese Entwicklung findet sich auch in der deut- schen Rechtsprechung wieder (Köbsell 2023).

In der vorliegenden Studie wird in Anlehnung an diese Entwicklung die Bezeichnung *Menschen mit Behinderungen* oder *Frauen* mit Behinderungen* verwendet. Dies rückt das Mensch- bzw. Frausein* in den Vordergrund, sodass die Behinderung nicht als dominierendes bzw. alleiniges Merk- mal im Fokus steht.⁵ Der Plural *Behinderungen* signalisiert, dass diese Menschen mit diversen Barrieren konfrontiert sind (Waldschmidt & Karim 2022: 10 ff.): Die Forschung zeigt beispielweise, dass Frauen* mit (Mobilitäts-)Behinderungen neben einem geringen gynäkologischen Versorgungsange- bot weitere Barrieren in der Versorgung erleben.

Das Verständnis von Behinderungen richtet sich daher auf die räumlichen, technischen, sozialen, emotionalen etc. Hürden und diversen Vorurteile, die den Frauen* begegnen und die für die Inanspruchnahme der Gesundheitsversor- gung zu überwinden sind (Köbsell 2023: 3 f.). Diese Pers- pektive nimmt die vorliegende Studie auf und rekonstruiert die bestehenden gesellschaftlichen Ausgrenzungen, die sich in der gynäkologischen Versorgung manifestieren – mit dem Ziel, evidenzbasierte Empfehlungen vorzulegen, die eine gleichberechtigte soziale Teilhabe und Gesund- heitsversorgung befördern.

Diese Untersuchung will explizit einen Beitrag zur Verbes- serung der Versorgungsgerechtigkeit leisten und Impulse für die Gesundheits- und Sozialpolitik geben. Dabei verfolgt sie eine Kombination verschiedener methodischer Ansät- ze, um ein differenziertes Verständnis des Untersuchungs- gegenstandes zu erlangen, auf dessen Grundlage passende, evidenzbasierte Public Health-Maßnahmen zu entwickeln und die chancengleiche Gesundheitsversorgung zu beför- dern sind. Obwohl ausschließlich Daten aus dem Land Bremen erhoben wurden, ist davon auszugehen, dass sich die Ergebnisse, zumal sie im Einklang mit der bisherigen Forschung stehen, auch für andere Bundesländer frucht- bar machen lassen.

5 Bei den Interessenvertretungen von Menschen mit Behinderungen sind auch weitere Begrifflichkeiten geläufig, wie *behinderte Menschen* sowie eine Unterscheidung zwischen *Beeinträchtigung* (z. B. Quer- schnittslähmung), um den körperlichen Aspekt der Behinderung in den Vordergrund zu stellen, und *Behinderung* (Stufe). Ohne Anspruch auf eine einzig richtige Begrifflichkeit zu erheben, wird in der Studie konsequent im Sinne der UN-BRK 2006, Artikel 1 der Begriff der Behinderungen in seiner sogenannten *persons first*-Konstruktion verwendet, der den Blick von der einzelnen Person weg richtet, hin zur gesellschaftlichen Ebene und deren Barrieren für beispielsweise Nutzer*innen von Gesundheitsangeboten.

1.2 Rechtliche und politische Rahmensetzungen

Dem Verständnis, dass *Behinderungen* durch gesellschaftliche Ausgrenzungen entstehen, die Menschen je unterschiedlich aufgrund von Erkrankungen, Beeinträchtigungen oder ihren sozialen Merkmalen treffen, folgt auch der Artikel 6 der bereits eingangs aufgegriffenen UN-BRK. Dieser proklamiert, dass Frauen* mit Behinderungen sowohl aufgrund ihres Geschlechts, als auch wegen spezifischer Behinderungen mehrfach diskriminiert werden. Die UN-BRK verpflichtet die Vertragsstaaten, Maßnahmen zu ergreifen, der mehrfachen Benachteiligung entgegenzuwirken (Vereinte Nationen 2008: 11).

Die UN-BRK greift hiermit eine intersektionale Sichtweise auf, welche auf die Juristin Kimberlé Crenshaw zurückgeht. Im Kontext von Diskriminierungserfahrungen von Schwarzen Frauen* zeigte sie, dass diese nicht nur Sexismus und Rassismus erleben, sondern dass sich aus dem Zusammenwirken beider Diskriminierungsformen weitere spezifische Formen von Benachteiligungen ergeben (Crenshaw 1989: 149). Analog hierzu erleben Frauen* mit Behinderungen neben Sexismus und Ableismus (der Diskriminierung aufgrund von Behinderung (Begriffe über Behinderung von A bis Z o. J.)) zusätzliche Diskriminierung auf Basis der Verschränkung beider Diskriminierungsformen (Degener & Decker 2019: 41). Zum Beispiel zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen Frauen* und Männern* mit Behinderungen sowie Menschen ohne Behinderungen in Bezug auf einstellungsbedingte, physische und systembedingte Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsversorgung (WHO 2011: 62f.). Hieraus resultiert, dass eine nationale Gesundheitspolitik an die konkreten Bedarfe vulnerabler Gruppen angepasst werden muss und sich dem Abbau der jeweils gegebenen Barrieren zu widmen hat (Degener & Decker 2019: 36f.).

Die UN-Menschenrechtskonvention vertritt in ihrem Fact Sheet No. 31 The Right to Health die Position, dass alle Mitgliedsstaaten die Verpflichtung haben, ihre Gesundheitssysteme frei von Diskriminierung zu gestalten und die Gesundheitspolitik an die Bedürfnisse vulnerabler Gruppen anzupassen (The Right to Health 2008: 11). Und so beeinflusst die UN-BRK auch die deutsche Sozialgesetzgebung (Robert Koch-Institut 2020: 326). In § 2a des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) ist explizit festgeschrieben, dass die Bedarfe von Menschen mit Behinderungen durch die Krankenkassen und allen an der Versorgung Beteiligten berücksichtigt werden müssen.

Außerdem hebt in Deutschland das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG), ähnlich wie die UN-BRK, die besondere Situation von Frauen* mit Behinderungen hervor: „Zur [...] Vermeidung von Benachteiligungen von Frauen mit Behin-

derungen wegen mehrerer Gründe sind die besonderen Belange von Frauen mit Behinderungen zu berücksichtigen und bestehende Benachteiligungen zu beseitigen“ (BGG § 2 Abs. 1). Diese rechtliche Grundlage trifft nur Träger öffentlicher Gewalt, hierunter fallen keine Arztpraxen.

Auch die Monitoring-Stelle der UN-Behindertenrechtskonvention des Deutschen Instituts für Menschenrechte (DIMR) hält in ihrem Parallelbericht zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland einen kritikablen Stand fest (2023: 16): Demnach fehlen spezielle Versorgungsangebote für Frauen* mit Behinderungen, beispielsweise gynäkologische Spezialambulanzen (ebd.: 40). Vielfache bauliche Barrieren und mangelnde Ausstattung behindern die Versorgung, weshalb sie als unzureichend eingeschätzt wird (Debus 2023: 439, Hornberg et al. 2019: 39ff., 75f.). Darüber hinaus wird das Recht auf freie Ärzt*innenwahl (§ 76 Abs. 1 SGB V) erheblich eingeschränkt (Pösl et al. 2018: 4). Hornberg et al. vermuten, dass eine hohe Dunkelziffer von Frauen* mit Behinderungen nicht versorgt werden kann (2019: 49). Das DIMR empfiehlt, einen flächendeckenden Ausbau von Medizinischen Zentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (MZEB) und gynäkologischen Spezialambulanzen voranzubringen sowie entsprechende Neugründungen und Vergütungsverhandlungen zu vereinfachen (Parallelbericht an den UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen zum 2./3. Staatenprüfverfahren Deutschlands 2023: 59).

Die Bundesregierung veröffentlichte 2016 den *Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK* (NAP 2.0). Darin wurde der Ausbau der gynäkologischen Versorgung durch spezialisierte Praxen und Ambulanzen für Frauen* und Mädchen* mit Behinderungen als ein zentraler Handlungsschwerpunkt festgelegt (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016). Außerdem sieht der Aktionsplan für Frauen* mit Behinderungen die Durchführung von Datenerhebungen, die Förderung ihrer politischen Teilhabe, die Verbesserung der Teilhabe am Arbeitsmarkt, die Einführung von Interessenvertretungen sowie die Verbesserung der Barrierefreiheit in Unterstützungseinrichtungen für von Gewalt betroffene Frauen* vor (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016: 97ff.). Ihnen müssen alle notwendigen Informationen in der geeigneten Kommunikationsform bereitgestellt werden. Dieser Rechtsanspruch beinhaltet, dass Menschen mit Behinderungen jegliche Gesundheitsversorgung selbstbestimmt in Anspruch nehmen können sollten (Degener & Decker 2019: 38).

Dennoch waren laut des Dritten Teilhabeberichts der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen im Jahr 2019 nur 24 % der gynäkologischen Praxen für Menschen mit Mobilitätsbehinderungen vollständig barrierefrei zugänglich. Diese Daten stammen aus den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) von Brandenburg, Sachsen, Thüringen, Saarland, Westfalen-Lippe,

Hamburg und Rheinland-Pfalz. Beispielsweise verfügten nur 16 % dieser Praxen über höhenverstellbare Untersuchungsmöbel und lediglich 11 % über barrierefreie Sanitäreinrichtungen (Maetzel et al. 2021: 435f.). Andere Forscher*innen verglichen die Suchergebnisse zu barrierefreien gynäkologischen Praxen der KV-Suchdienste und die Informationen auf den Praxiswebseiten miteinander. Dabei kamen sie zu dem Schluss, dass es 2019 deutschlandweit insgesamt nur 82 bestätigte barrierefreie Praxen gab (Hornberg et al. 2019: 20).

Es wird daher gefolgert, dass wegen fehlender Barrierefreiheit Frauen* mit Behinderungen gynäkologische Untersuchungen oftmals nicht wahrnehmen können und/oder auf gynäkologische Versorgung verzichten (Degener & Decker 2019: 45). Ein Grund hierfür kann auch sein, dass Angehörige fälschlicherweise bei ausbleibender sexueller Aktivität, gerade von Mädchen und Frauen mit körperlichen und kognitiven Behinderungen, keinen Anlass sehen, ihnen gynäkologische Vorsorgeuntersuchung zukommen zu lassen (Gleichstellungsbeauftragte Thüringen 2024: 73).

Durch eine geringere Wahrnehmung von allgemeinen Früherkennungsmaßnahmen kann es zu einer unzureichenden gesundheitlichen Versorgung und schweren oder schwereren Krankheitsverläufen kommen (Debus 2023: 439). Im Detail zeigen Studien, dass Frauen* mit Behinderungen seltener an Untersuchungen zur Früherkennung von Brust- und Gebärmutterhalskrebs teilnehmen, u. a. weil sie Schwierigkeiten haben, geeignete medizinische Einrichtungen zu finden (Degener & Decker 2019: 44). Eine solche unzureichende Versorgungslage und die begrenzte Verfügbarkeit barrierefreier gynäkologischer Praxen schränken auch die Umsetzung des Anspruchs auf freie Ärzt*innenwahl ein (Pösl et al. 2018: 4).

Auch der *Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen* des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG 2024) adressiert eine in Deutschland bestehende gesundheitliche Ungleichheit u. a. für Menschen mit Behinderungen.⁶ Dieser Aktionsplan wurde zeitgleich zur Entstehung dieser Studie teilweise partizipativ erarbeitet und im November 2024 herausgegeben. Er will die Grundlage bilden, um aktuelle Barrieren in den verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung zukünftig abzubauen und damit die Teilhabe aller Menschen zu gewährleisten (BMG 2024: 10). Auch dieser führt die gynäkologische Versorgung als problematisch auf, wobei im Jahr 2023 von den insgesamt 9.081 Praxen in Deutschland nach Selbstauskunft sogar 3.386 Merkmale der Barrierefreiheit erfüllen (ebd.: 15). Ganz explizit fordert er die Selbstverwaltung, also den Gemeinsamen-Bundesausschuss (G-BA) und die Gesetzlichen Krankenkassen (GKV), außer-

⁶ Diese ist auch in der Triage-Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) angenommen (Bundesverfassungsgericht 2021).

dem auf, neue Rahmenvereinbarungen und Satzungsleistungen zu erwirken, um Regelungen und Vereinbarungen in Hinblick auf die Erweiterung der Barrierefreiheit zu schaffen (ebd.: 17). Zugleich macht das BMG mit dem Aktionsplan deutlich, dass es sich auch für gesetzliche Regelungen einsetzen will, durch die die Bewertungsausschüsse verpflichtet werden, den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für Leistungen für Menschen mit Behinderungen zu überprüfen und ggf. anzupassen (ebd.).

Fazit bleibt zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieser Studie, dass Expert*innen konstatieren, dass die gynäkologische Versorgung von Frauen* mit Behinderungen, aufgrund baulicher, ausstattungsbezogener und weiterer Barrieren, in Deutschland unzureichend ist. Eine umfassende Versorgung, die den Anforderungen an Barrierefreiheit der UN-BRK entspricht, ist in Deutschland bisher nicht flächendeckend gewährleistet (Debus 2023: 440, Hornberg et al. 2019: 46ff.). Frauen* mit Behinderungen haben einen eingeschränkteren Zugang, und dies obwohl sie im Durchschnitt mehr Gesundheitsleistungen als Frauen* ohne Behinderungen benötigen (Robert Koch-Institut 2020: 339).

1.3 Barrierefreiheit in der ambulanten gynäkologischen Versorgung

Um eine gleichwertige gynäkologische Versorgung für Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen im Sinne der UN-BRK (2006: 22f.) sicherzustellen, ist es notwendig, dass die Angebote barrierefrei gestaltet sind. Was dies bedeutet, ist gesetzlich kodifiziert: Das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) definiert Gebäude als barrierefrei, sofern 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). In öffentlich zugänglichen Gebäuden gilt eine Pflicht zur Barrierefreiheit, darunter auch in Einrichtungen des Gesundheitswesens wie z. B. in ärztlichen Praxen. Sie greift bei Praxisneugründungen und beruht auf der Musterbauordnung (MBO § 50 Abs. 2) und wird in den jeweiligen Landesbauordnungen (in Bremen BremLBO § 50 Abs. 2 Nr. 4) umgesetzt. Für bestehende Praxen besteht hingegen keine entsprechende Pflicht zum Umbau (KBV 2015: 7). Die bauliche Barrierefreiheit bei Praxisneugründung wird in der jeweiligen Landesbauordnung spezifiziert und bezieht sich auf Vorgaben für barrierefreies Bauen nach DIN 18040-1, welche unter anderem exakte Vorgaben für die Zugänglichkeit, Türen, Bewegungsflächen und Sanitärräume beinhaltet. Ausnahmen von dieser Pflicht gelten bei „unverhältnismäßigem Mehraufwand“, welcher in den jeweiligen Landesbauordnungen

geregelt ist, für das Land Bremen s. § 50 Abs. 5 Bremische Landesbauordnung (Brem.GBl. 381 2024: 54). Die Einhaltung der Pflicht zur Barrierefreiheit bei Praxisneugründungen wird häufig weder überprüft, noch wird eine Nicht-Erfüllung sanktioniert (Hornberg et al. 2019: 35 f.).

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bietet eine verbindliche Checkliste mit Empfehlungen zur baulichen Barrierefreiheit und geeigneten Ausstattung von Praxen für Menschen mit Mobilitätsbehinderungen (KBV 2015: 7). So sollten z. B. Türen breit genug für elektrische Rollstühle sein (80 bis 90 cm). Bezüglich der Praxisausstattung empfiehlt die KBV unter anderem einen teilweise abgesenkten Anmeldetresen, um die Kommunikation mit Rollstuhlfahrer*innen zu erleichtern. Für die Untersuchung sind ein Personenlifter und höhenverstellbare Behandlungsliegen/-stühle angebracht. Die KBV liefert außerdem Vorschläge für einen Abbau von Barrieren, die auch ohne Umbaumaßnahmen umsetzbar sind. Um z. B. die Zugänglichkeit für Menschen mit Mobilitätsbehinderungen zu erleichtern, ist es wichtig, Patient*innen auf der Praxiswebseite Informationen über Parkmöglichkeiten bzw. nächstgelegene Haltestellen des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) zu geben (ebd.: 6).

Damit barrierefreie Praxen für Patient*innen leichter zu identifizieren sind, hat die KBV im Jahr 2022 erstmals eine Richtlinie erlassen, nach der die Barrierefreiheit aller vertragsärztlichen Praxen bundesweit einheitlich erfasst und auf den Internetseiten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) der Länder zugänglich gemacht werden soll (KBV 2022: 4 ff.). Ärzt*innen sollen hierfür Merkmale der Barrierefreiheit ihrer Praxis an die KVen übermitteln, sind allerdings nicht dazu verpflichtet. Die Merkmale der Barrierefreiheit sind angelehnt an die DIN 18040-1 und werden anschließend in Codes zusammengefasst auf der Seite der jeweiligen KV bereitgestellt. Da Merkmale der Barrierefreiheit von Ärzt*innen selbst berichtet und nicht extern überprüft werden, wird in der Fachliteratur die Validität der Informationen als eingeschränkt vermerkt und bemängelt, dass die Freiwilligkeit sowie die Selbstauskunft eine flächendeckende Einschätzung und Auskunft verhindern (Maetzel et al. 2021: 430 f.).

Als Unterstützung bietet die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV o. J.) auf ihrer Webseite Checklisten für Gynäkolog*innen an, anhand derer sie ihre Praxen auf Barrierefreiheit überprüfen können. Über das Fortbildungsportal wird unterstützend das kostenfreie Serviceangebot für Vertragsärzt*innen gemacht, mit dem Anreiz, Fortbildungspunkte zu sammeln, sich zu Barrierefreiheit fortzubilden.

Der Deutsche Behindertenrat begrüßte dies zwar, bezeichnete die Richtlinien jedoch als absolutes Minimum. Problematisch ist zudem, dass konkrete Merkmale zu Codes

zusammengefasst werden, wodurch die tatsächlichen Zugangsbedingungen für Patient*innen weiterhin nicht ersichtlich sind (DBR begrüßt neue Richtlinie zur Barrierefreiheit von Arztpraxen 2021). Diese Richtlinien wurden 2024 überarbeitet, sodass künftig 80 detaillierte Kriterien zur Verfügung stehen werden (vgl. KBV 2024). Die gemeldeten Informationen müssen jedoch weder vollständig sein, noch dem Detailgrad der Richtlinie entsprechen (ebd.: 5). Eine Umstellung des Systems im Land Bremen war zum Zeitpunkt der Verfassung dieser Studie noch in Arbeit.

Das Leistungsspektrum der ambulanten Gynäkologie beinhaltet Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung, Diagnostik und Therapie gynäkologischer Erkrankungen, Beratung bezüglich Sexualität, Kinderwunsch und Verhütung, Begleitung bei Schwangerschaft inklusive pränataler Untersuchungen sowie die Begleitung in den Wechseljahren (Debus 2023: 441). Damit Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen diese Leistungen in Anspruch nehmen können, ist neben barrierefreien Räumlichkeiten eine spezielle Praxisausstattung nötig. Die Besonderheit in der Gynäkologie besteht darin, dass Untersuchungen in der Regel nur mithilfe eines gynäkologischen Untersuchungsstuhles durchgeführt werden können, während eine Liege nur in Ausnahmefällen ausreichend ist. Daher werden geeignete Möglichkeiten zum Umkleiden sowie ein höhenverstellbarer Untersuchungsstuhl bzw. eine Liege benötigt (Hornberg et al. 2019: 67). Der Transfer aus einem Rollstuhl auf den gynäkologischen Untersuchungsstuhl stellt oftmals eine sehr große Herausforderung für Patient*innen mit Mobilitätsbehinderungen dar (Hornberg et al. 2019: 49) und ein Personenlifter ist daher häufig notwendig oder zumindest wünschenswert. Für eine barrierefreie gynäkologische Versorgung ist darüber hinaus ein respektvoller Umgang und eine (diskriminierungs-)sensible Einstellung der Gynäkolog*innen von hoher Bedeutung, insbesondere bezüglich Themen rund um Sexualität und Kinderwunsch sowie sexualisierte Gewalt (Pösl et al. 2018: 11, Hornberg et al. 2019: 7 ff.).

Folgende Kriterien für eine barrierefreie gynäkologische Praxis für Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen lassen sich auf der Grundlage der bisherigen Forschung systematisieren:

Tabelle 1

Barrierefreiheit in der gynäkologischen Praxis für Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen.

Eigene Darstellung nach Hornberg et al. 2019: 67, KBV 2015, Debus 2023: 441, RKI 2020: 336, KBV 2024: 6 ff.

Barrierefreiheit in der gynäkologischen Praxis für Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen	
Praxisumgebung	Parkplätze für Menschen mit Behinderungen Gute Anbindung an öffentlichen Nahverkehr Hausnummer, Praxisschild und Klingel vom Rollstuhl aus gut sicht- und erreichbar
Räumlichkeiten im Gebäude und in der Praxis	Stufenloser Zugang zur Praxis bzw. Rampe/Aufzugsanlagen gemäß DIN 18040-1 Automatisch bzw. per Taster zu öffnende Türen + Rangierfläche 150x150 cm Behindertengerechte Sanitäranlagen gemäß DIN 18040-1 Rollstuhlgerechte Praxisräume und Umkleiden mit ausreichend Rangierfläche gemäß DIN 18040-1
Ausstattung der Praxis	(Teil-)abgesenkter Tresen im Empfangsbereich Höhenverstellbarer Untersuchungsstuhl mit abnehmbaren u. leicht verstellbaren Beinstützen Höhenverstellbare Untersuchungs- Personenlifter
Information	Internetauftritt informiert transparent und valide über bestehende Merkmale der Barrierefreiheit Terminplanung mit ausreichend Zeit bzw. Spezialsprechstunden
Kommunikation	Empathischer Umgang der Ärzt*innen und des Praxispersonals Akzeptanz selbstbestimmter Sexualität und Reproduktion

1.4 Forschung zum Stand der weiteren Barrieren in der gynäkologischen Versorgung

Um ein umfassendes Bild der gynäkologischen Versorgung von Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen zu erhalten, ist neben den Erfahrungen der Patient*innen als Expert*innen in eigener Sache auch die Perspektive von Gynäkolog*innen sowie weiteren medizinischen Fachkräften, die in der gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung von Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen tätig sind, relevant. Ihre Wahrnehmung der Arbeitsrealität ist ein zentrales Moment, um das Zusammenspiel der Leistungserbringenden und der Leistungsberechtigten⁷ zu verstehen. Denn auch sie erleben spezifische Herausforderungen in der Versorgung von Patient*innen mit Mobilitätsbehinderungen, die bei anderen Patient*innen weniger häufig auftreten (Hornberg et al. 2019: 29).

Gynäkolog*innen berichten in gesundheitswissenschaftlichen Studien vor allem von strukturellen Barrieren. Unter-

suchungstermine benötigen meist das drei- bis vierfache an Zeit, was vor allem bei bereits bestehendem Zeitdruck als problematisch erlebt wird (Debus 2023: 440). Dieser zeitliche Mehraufwand wird darüber hinaus nicht ausreichend vergütet, wie niedergelassene Gynäkolog*innen bemängeln (Debus 2023: 440, Hornberg et al. 2019: 36). Hinzu kommt ein personeller Mehraufwand (Hornberg et al. 2019: 36). Dies hat zur Folge, dass beispielsweise Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen in Praxen nicht aufgenommen werden. Da Praxisinhaber*innen eine zu hohe Inanspruchnahme erwarten, die zeitlich und finanziell nicht abgedeckt werden kann, möchten sie teilweise nicht als barrierefreie Praxis in den Arztauskunftsdiensten auftreten (ebd.).

Wie bereits im vorausgegangenen Unterkapitel ausgeführt, sind gynäkologische Praxisräume in Deutschland meist nicht uneingeschränkt barrierefrei anzumieten, sie sind nicht barrierefrei zugänglich bzw. ausgestattet und sie weisen bauliche Barrieren auf (Hornberg et al. 2019: 40). Soll eine Praxis für mehr Barrierefreiheit umgebaut werden, entstehen hohe Investitionskosten (ebd.: 47 ff.). Diese Kosten können teilweise im sechsstelligen Bereich liegen, wie die KBV beispielhaft berechnen ließ (Architektur- und Ingenieurbüro Opper 2015: 12 ff.). Weitere Ausgaben für spezielle barrierefreie Ausstattung (z. B. Personenlifter) bzw. Untersuchungsmöbel sind darin nicht eingeschlossen und fallen zusätzlich an (ebd.). Fördermöglichkeiten für Umbaumaßnahmen sind aktuell fast ausschließlich in Form zinsgünstiger Darlehen gegeben, so Hornberg et al. (2019: 35 f.). Somit sind die Kosten für Umbaumaßnahmen

⁷ In dieser Erhebung wird der Begriff der Leistungsberechtigten nach dem SGB V verwendet. Ebenfalls wird der Begriff der Nutzer*innen verwendet.

von Praxisinhaber*innen selbst zu tragen (ebd.), was vor allem in Altbauten oftmals zum Scheitern entsprechender Vorhaben führt, wie Jacobi et al. zeigen (2021: 173).

Fehlende Barrierefreiheit im Kontext der Ausstattung führt auch bei den Gynäkolog*innen zu einer höheren Belastung. Gynäkolog*innen berichten in Forschungsarbeiten von hoher körperlicher Belastung in der Versorgung von Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen, hauptsächlich durch den Patient*innentransfer auf den gynäkologischen Untersuchungsstuhl sowie das Entkleiden im Rollstuhl bzw. auf einer Behandlungsliege (Hornberg et al. 2019: 29). Technische Hilfsmittel, wie Patient*innenlifter und höhenverstellbare Liegen, sind oftmals nicht vorhanden, könnten diese Belastung jedoch reduzieren.

Außerdem berichtet die Forschung von fehlendem fachlichen Rüstzeug: Fähigkeiten im Umgang mit Frauen* mit Behinderungen werden hauptsächlich im Arbeitsalltag und weniger im Studium erlangt (Hornberg et al. 2019: 27). Eine geringe Anzahl von Patient*innen mit Mobilitätsbehinderungen sowie fehlende Erfahrung und Routine in der Versorgung beeinflussen entsprechend das Vertrauen in die fachliche Kompetenz (König-Bachmann et al. 2019: 8, Mitra et al. 2017: 447 ff., Nguyen et al. 2023: 3 ff.). Zwar unterscheidet sich die eigentliche medizinische Untersuchung und Behandlung nicht wesentlich von der Untersuchung von Frauen* ohne Behinderungen. Es müssen jedoch mögliche Nebendiagnosen, Multimorbidität und Medikationen sowie deren Auswirkungen auf die gynäkologische Behandlung berücksichtigt werden. Schwierigkeiten können zudem bei der Untersuchung durch starke Spastiken von Patient*innen auftreten, die eine vaginale Untersuchung erschweren oder verhindern (Hornberg et al. 2019: 29).

Darüber hinaus kommt es Gynäkolog*innen in Deutschland zufolge im Vergleich zur Versorgung von Patient*innen ohne Behinderungen häufiger zu komplexen Entscheidungssituationen. Dies betrifft z. B. Entscheidungen, wie dringend und unter welchen Bedingungen eine Vorsorgeuntersuchung durchzuführen ist und welche Maßnahmen in welcher Reihenfolge ergriffen werden sollten, wenn Patient*innen die Untersuchung nicht zulassen (Hornberg et al. 2019: 59). Diese Situationen verlangen von den Gynäkolog*innen eine hohe Entscheidungskompetenz, was teilweise als belastend beschrieben wird (ebd.: 59 ff.).

Durch mangelnde spezifische Ausbildung und geringe Erfahrung können auch Unsicherheiten bei gynäkologischen Fachkräften im Umgang mit Patient*innen mit Mobilitätsbehinderungen resultieren, wie z. B. die Sorge, beim Transfer auf den Untersuchungsstuhl die Patient*innen oder sich selbst zu verletzen (Sonalkar et al. 2019: 139). Ein weiteres Beispiel heben König-Bachmann et al. (2019: 5 ff.) hervor, in welchem Fachkräfte nicht ausreichend über die Relevanz

behinderungsbedingter Symptome im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett informiert sind. Dies kann zu Unsicherheiten und Ängsten bei den Fachkräften führen, wodurch es zu Unterversorgung oder einer übermäßigen Pathologisierung kommen kann (ebd.).

Gynäkolog*innen begegnen diesen Herausforderungen mit dem Wunsch nach Fort- und Weiterbildung (Hornberg et al. 2019: 62) und/oder greifen auf die häufig informierten Patient*innen oder Angehörige zurück sowie auf den Kompetenztransfer im Rahmen einer interdisziplinären Zusammenarbeit und fachlichen Vernetzung (ebd.: 30).

Bestehende Informationsmöglichkeiten für Gynäkolog*innen in Deutschland sind zum einen die von pro familia veröffentlichten „Qualitätsstandards für die ambulante gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderung und rechtliche Grundlagen für ihre Durchsetzung“ (pro familia 2008). Zum anderen weist der Leitfaden „Respektvoller Umgang mit Patientinnen in Praxis und Klinik in der Gynäkologie und Geburtshilfe“ der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (Abou-Dakn et al. 2023: 3) z. B. auf die Relevanz von Barrierefreiheit der Praxis hin. Leitlinien im Kontext von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett wurden bislang für die Versorgung von Frauen* mit Querschnittslähmung erarbeitet (Kurze 2024). Darüber hinaus sind bislang keine entsprechenden Leitlinien vorhanden.

Zusätzlich bieten Fortbildungen eine Informationsquelle für Gynäkolog*innen. So vermittelt die Bundesärztekammer (BÄK) durch ein 50-stündiges Fortbildungsangebot eine grundlegende fachliche Qualifikation zur Behandlung von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen oder mehrfachen Behinderungen. Dabei behandelt ein zweistündiges Modul gynäkologische Erkrankungen und Vorsorge (BÄK 2022: 15). Des Weiteren bietet die KBV eine Fortbildung an, die sich auf das Erkennen und Reduzieren von Barrieren in der Praxis sowie die Informationsweitergabe an Patient*innen konzentriert (Barrieren erkennen und abbauen – Neue Fortbildung der KBV für Praxen 2024).

Wie bereits eingangs unter dem Rubrum der Begriffsdefinition von Behinderungen ausgeführt, sind in Gesellschaften auch Vorurteilsstrukturen und abwertende Einstellungsmuster gegenüber Menschen mit Behinderungen präfiguriert und so sind natürlich auch Gynäkolog*innen nicht unmittelbar von Einstellungsbarrieren bezüglich der Versorgung von Frauen* mit Behinderungen befreit (Debus 2023: 438). Gynäkolog*innen berichteten im Rahmen einer Fortbildung zu inneren Barrieren über Berührungsängste und Unsicherheit im Umgang mit Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen, beispielsweise über Schamgefühle, die zu Überforderung, Hilflosigkeit und Trauer führten. Ebenfalls wurden Wut und Ärger über die vermehrte Inanspruchnahme von Zeit sowie die unzureichende Vergütung thematisiert (Köbsell 2019).

1.5 Bestandsaufnahme der Versorgungslage im Land Bremen

In Bremen existieren im August 2024 insgesamt 71 gynäkologische Praxen (KVHB o. J.). Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen (KVHB) erhebt die Barrierefreiheit aller ambulanten kassenärztlichen Praxen, einschließlich der gynäkologischen Praxen. Diese Erhebung erfolgt auf der Grundlage der freiwilligen und eigenständigen Angabe von Daten seitens der Ärzt*innen, s. o.

Gynäkologische Praxen im Land Bremen können aktuell nach den folgenden Kriterien gesucht werden (Arztsuche o. J.):

- Praxisräume uneingeschränkt barrierefrei zugänglich
- Praxisräume weitgehend barrierefrei zugänglich
- Praxisräume für gehbehinderte Patienten zugänglich
- Praxisräume nicht barrierefrei zugänglich
- Barrierefreies WC vorhanden
- Bedingt barrierefreies WC vorhanden
- Kein barrierefreies WC vorhanden
- Orientierungshilfe für Sehbehinderte
- Kommunikation über SMS, Fax oder E-Mail
- Induktionsschleife vorhanden
- Höhenverstellbare Untersuchungsmöbel
- Behindertenparkplatz
- Parkplätze vorhanden
- Keine Parkplätze vorhanden

Für Bremen ist das Ergebnis zum Zeitpunkt der Verfassung dieser Erhebung, dass Merkmale der Barrierefreiheit für sechs Praxen bekannt sind, wobei vier Praxen über höhenverstellbare gynäkologische Untersuchungsstühle verfügen und drei von diesen zudem uneingeschränkt barrierefrei zugänglich sind. Diese recht dünne Informationslage ist keineswegs ungewöhnlich, sie lässt bundesweit den Schluss zu, dass die Rückläufe sowie die ausgewiesenen Kategorien zur Barrierefreiheit als nicht ausreichend aussagekräftig gelten (Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. 2021). Der *Bremen Barrierefrei Stadtführer* weist zum Zeitpunkt der Verfassung dieser Erhebung insgesamt 41 Praxen aus, davon allerdings nur eine gynäkologische Praxis in Bremen-Nord (Bremen Barrierefrei o. J.).

Wie bereits im vorausgegangenen Unterkapitel beschrieben, stellt die nachträgliche Erlangung der Barrierefreiheit für gynäkologische Praxen eine zumeist hohe Herausforderung dar. Im Land Bremen kann der ERP-Bremer Förderkredit (ERP-BFK KMU) der Förderbank für Bremen und Bremerhaven (BAB) zur Finanzierung eines barrierefreien Umbaus der Praxis genutzt werden (ERP-Bremer Förderkredit KMU (ERP-BFK KMU) o. J.).

Zusätzlich zu den ambulanten, barrierefreien gynäkologischen Praxen gibt es in Deutschland spezielle barrierefreie gynäkologische Ambulanzen und Sprechstunden, die sich hauptsächlich an Frauen* mit Mobilitäts- und Mehrfachbehinderungen richten. Diese sind meist an Kliniken angebunden. Deutschlandweit gibt es sechs solcher Angebote. Sie befinden sich in Berlin, München, Dachau, Erlangen, Frankfurt am Main und Bremen (Debus 2023: 438, München wird inklusiv 2021). Es gibt darüber hinaus einzelne weitere Spezialangebote, welche allerdings nur eine begrenzte Patient*innengruppe versorgen können (Hornberg et al. 2019: 22).

Laut Hornberg et al. werden gynäkologische Spezialangebote einerseits für die hohe fachliche Kompetenz ihres Personals geschätzt sowie für die Möglichkeit, dass Patient*innen mehrere (fach-)ärztliche Angebote ohne zusätzliche Wege erreichen können (2019: 38). Andererseits kritisieren die Autor*innen, dass die freie Ärzt*innenwahl innerhalb dieser Angebote eingeschränkt ist und dass bei einem Spezialangebot die gesellschaftliche Inklusion ins bestehende Gesundheitssystem fehle. Möglicherweise reduziert ein Spezialangebot somit den Druck auf die Regelversorgung, Barrierefreiheit herzustellen. Insgesamt, geben Hornberg et al. zu bedenken, dass die flächendeckende Barrierefreiheit in der Regelversorgung derzeit so unzureichend umgesetzt ist, dass Frauen* mit Behinderungen oft nur durch barrierefreie Spezialangebote überhaupt Zugang zu gynäkologischer Versorgung haben. Deshalb sollten diese Angebote als unbedingt erforderliche Übergangslösung betrachtet werden (2019: 38).

Das Spezialangebot in Bremen heißt „Barrierefreie gynäkologische Sprechstunde am Klinikum Bremen-Mitte“ (BGS) und richtet sich an Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen. Das Angebotsspektrum ist identisch mit den üblichen Leistungen der ambulanten Gynäkologie (Barrierefreie Gynäkologische Praxis, o. J.). Der Gründungsprozess der barrierefreien gynäkologischen Sprechstunde (BGS) wurde durch das *Bremer Netzwerk behinderter Frauen* gemeinsam mit der Beratungsstelle *Zentrum Selbstbestimmt Leben (ZSL)* initiiert (Köbsell 2019). Im Vorfeld ergab eine nicht repräsentative E-Mail-Umfrage unter Rollstuhlfahrer*innen und Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen in Bremen mit dem Ergebnis, dass viele von ihnen regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen nicht wahrnahmen. Trotz der Ergebnisse und Erfahrungsberichte sah die KVHB zunächst keinen Bedarf an einem barrierefreien gynäkologischen Spezialangebot. In enger Zusammenarbeit mit dem *bremer forum frauen-gesundheit* der Zentralstelle der Landesfrauenbeauftragten (ZGF), dem Office des Landesbehindertenbeauftragten und der damaligen Senatorin für Frauen sowie engagierten Akteur*innen der Bremer Politik fanden weitere Verhandlungen und eine eigene Umfrage der KVHB statt, bevor dem Vorhaben zugestimmt wurde (Hornberg et al. 2019: 23). Die BGS wurde schließlich 2011 eröffnet und an das Klinikum

Bremen-Mitte (KBM) angegliedert (Hornberg et al. 2019: 22). Das Angebot ist deutschlandweit das erste seiner Art, in dem mehrere niedergelassene Gynäkolog*innen tätig sind (ebd.). Die BGS ist kein Angebot der Gesundheit Nord (GeNo), diese stellt nur den Raum sowie das nicht-ärztliche Personal.

Hornberg et al. interviewten im Rahmen ihrer Evaluation gynäkologischer Spezialangebote für Frauen* mit Behinderungen unter anderem beteiligte Gynäkolog*innen und Initiatorinnen der BGS (2019). Gynäkolog*innen berichteten, dass z. B. kurzfristige Terminabsagen zu Frustration führten, da sie ihre freien Nachmittage für die BGS reserviert hatten. Um dem entgegenzuwirken, kontaktierten sie beispielsweise die Patient*innen am Vortag zur Erinnerung an den Termin (ebd.: 57). Darüber hinaus stellte sich die Auslastung der Sprechstunde trotz vorheriger Bedarfserhebung als unerwartet gering dar, was zu Enttäuschung bei den Mitarbeitenden führte.

Nachdem das Angebot auf weniger Patient*innen angepasst wurde, ist es ausgelastet, und die Zahl der Patient*innen ist mittlerweile deutlich gestiegen. Anfangs trugen möglicherweise eine komplizierte Terminvergabe über den Notdienst der KV und fehlende Bekanntheit zur geringen Nutzung bei, weshalb die Bedeutung von Öffentlichkeitsarbeit betont wurde (ebd.: 56).

Derzeit bietet die BGS alle drei Wochen mittwochs von 15 bis 19 Uhr Termine an. Im Schnitt nutzen jährlich etwa 60 Patient*innen die BGS. Gegenwärtig sind sechs Gynäkolog*innen in der BGS tätig (KVHB o. J.). Die Gynäkolog*innen rechnen ihre Leistungen über die Gebührensätze des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) mit der KVHB selbst ab (Hornberg et al. 2019: 32). Die Vergütung der Leistungen reicht für den erhöhten Zeitaufwand der Gynäkolog*innen jedoch nicht aus, wird auf eine wirtschaftlich auskömmliche Arbeit der Gynäkolog*innen referiert (ebd.: 33). Das KBM stellt während der Sprechzeiten das notwendige Praxispersonal zur Verfügung (ebd.: 22). Termine können über die Telefonnummer der KVHB vereinbart werden (ebd.: 28). Während der Covid-19-Pandemie wurde die Sprechstunde von einem vierzehntägigen auf einen vierwöchentlichen Rhythmus reduziert. Zudem gab es im Jahr 2020 einen Umzug innerhalb des Klinikums Bremen-Mitte, was die Ausstattung und Erreichbarkeit beeinflusst hat.

1.6 Vorarbeiten

Mit diesem Wissen im Hintergrund erreichten die Zentralstelle der Landesfrauenbeauftragten (ZGF) und den Landesbehindertenbeauftragten (LBB) im Jahr 2021 Hinweise von Interessenvertreter*innen behinderter Menschen sowie von Gynäkolog*innen, dass die barrierefreie gynäkologische Versorgung in Bremen nicht zufriedenstellend ist. In den Fokus wurde zwar auch die niedergelassene Versorgung gerückt, als besorgniserregend wurde jedoch auch die Entwicklung um jenes Spezialangebot, die BGS, bezeichnet, das zugleich von vielen Seiten als ein Herzstück der Bremer Versorgungslandschaft verstanden wird. Hier waren es vor allem die anstehenden Renteneintritte einiger der dort aktiven Gynäkologinnen und deren gescheiterte Versuche, Nachwuchs zu rekrutieren, die evident werden ließen, dass das Spezialangebot prekär aufgestellt und seine Existenz langfristig nicht gesichert ist. Außerdem erreichten die ZGF und den LBB in den letzten Jahren mehrfach Beschwerden über scheiternde Terminvergaben.

Daraufhin fand eine Besichtigung der Räumlichkeiten im KBM durch die ZGF, den LBB, die Referentin für Frauengesundheit der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz (SGFV), eine Vertreterin von Selbstbestimmt Leben e. V., der Sprecherin der Gruppe der dort engagierten Gynäkologinnen und zwei Vertreterinnen des KBM (Klinikkopfleitung und Abteilungsleitung) statt. Diese ergab erste Hinweise auf sowohl bauliche (u. a. eingeschränkte Barrierefreiheit bei Toilette und Zugang) als auch technische Barrieren (u. a. kein elektronisches Lesegerät; letzteres ist mittlerweile behoben). Das geringe Entgelt der Gynäkologinnen, nach der Abrechnung mit der KVHB, für die dort erbrachte Arbeit wurde als ursächlich für die scheiternden Rekrutierungsversuche benannt. Gleichzeitig wurde sichtbar, welche große Bedeutung dieses Angebot in Bremen hat, das u. a. über einen Personenlifter verfügt, in dem die Anmeldung an einem teilabgesenkten Tresen erfolgt, die Liege bis auf eine Höhe von 53 cm absenkbar ist, dessen Gynäkologinnen und Assistenz über Expertise in der Versorgung von Frauen* mit Behinderungen verfügen und nicht zuletzt ausreichend Zeit für den Untersuchungstermin vorgesehen ist.

In den folgenden Wochen wurden Kontakte genutzt, um Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen zu ihren Erfahrungen zu befragen. Hierbei kam auch Unzufriedenheit mit dem Spezialangebot ans Licht: dies ist u. a. zu selten geöffnet und dadurch beispielsweise eine Versorgung während einer Schwangerschaft oder im Falle einer akuten Erkrankung nicht möglich. Außerdem ist durch das Organisationsprinzip keine freie Arzt*innenwahl gegeben. Zugleich stellte sich heraus, dass es kaum Kenntnisse zu weiteren barrierefreien Angeboten in Bremen gibt und dazu, ob niedergelassene Praxen die Bedarfe an barrierefreier Versorgung auffangen könnten, sollte das Spezialangebot perspektivisch nicht fortgeführt werden können. Aus diesen selektiven, aber

zugleich besorgniserregenden Erkenntnissen resultierte ein Handlungsdruck, gesicherte Daten für Bremen gewinnen zu müssen.

1.7 Konzeption der Studie

In Kooperation zwischen dem Landesbehindertenbeauftragten und der Zentralstelle der Landesfrauenbeauftragten (ZGF) wurde eine Erhebung über die barrierefreie gynäkologische Versorgung im Land Bremen konzipiert. Ihre Stärke besteht darin, dass sie qualitative und quantitative Daten über die Versorgung im Land erhebt und hierfür drei Perspektiven untersucht und aufeinander bezieht: Erstens die der Frauen* mit außergewöhnlicher Gehbehinderung (aG) als Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis (hier: Leistungsberechtigte und Nutzer*innen genannt), zweitens die der Gynäkolog*innen (auch Leistungserbringende) sowie der Initiatorinnen des Spezialangebots und drittens die jener Fachkräfte der Besonderen Wohnformen (Leistungsanbieter Eingliederungshilfe), die ihren Bewohner*innen entsprechende Angebote organisieren und diese (mitunter auch) in die Praxen beziehungsweise in die BGS begleiten. Alle drei Gruppen wurden jeweils zu ihren Erfahrungen, ihren Bedarfen und Handlungsempfehlungen befragt.

Diese drei Teilerhebungen wurden in oben genannter Reihenfolge durch die Gesundheitswissenschaftlerinnen Anna Lotta Löw, Inari Priess⁹ sowie die Sozialwissenschaftlerin Ines Pohlkamp durchgeführt. Von Seiten der Auftrag gebenden Behörde, SGFV, begleitete Dr. Malte Langeheine die Studie. Konziliert und verschriftlicht wurde die hier vorliegende Studie daraufhin von Dr. Dr. Monika Urban, Gesundheitsreferentin bei der ZGF, die auch als Studienverantwortliche fungierte und den gesamten Erhebungsprozess engmaschig begleitete. Die Empfehlungen in den Handlungsfeldern am Ende dieser Studie basieren zudem auf weiteren Diskussionsprozessen, die u. a. auf den ersten Ergebnisvorstellungen der Studie aufbauten, die während und nach einer Präsentation im *bremer forum frauen*gesund* in der ZGF am 28.8.2024 sowie einer Veranstaltung am 30.10.2024 im Martinsclub in der Bremer Neustadt stattfanden.

(1) Erhebung der Perspektive der Nutzer*innen / Leistungsberechtigten

Im ersten Schritt wurde eine Vollerhebung angestrebt, also eine Untersuchung der gesamten definierten Zielpopulation

⁸ Diese beiden Teilerhebungen wurden als Masterarbeiten im Studiengang Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen angefertigt und durch Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch und Dr. Dr. Monika Urban betreut.

(Döring 2023: 294): Über die Datenbank des AVIB wurde ein Fragebogen allen Personen im Land Bremen zugesendet, auf die die Merkmale weiblich, ab 12 Jahre und das Merkzeichen aG im Schwerbehindertenausweis zutreffen.

Das Merkmal weiblich wurde gewählt, da das AVIB nur weiblich und männlich als Kriterien führt und das Kriterium weiblich daher einen Hinweis auf die mögliche Nutzung gynäkologischer Versorgung liefert. Non-binäre, inter* oder trans* Personen konnten aufgrund der Datenlage nicht dezidiert berücksichtigt werden.⁹ Das Kriterium älter als 12 Jahre wurde gewählt, da in diesem Alter im Durchschnitt der erste Kontakt mit gynäkologischen Untersuchungen erfolgt. Das Kriterium aG als Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis, also eine *Außergewöhnliche Gehbehinderung*, wurde gewählt, da eine Barrierefreiheit in Hinblick auf Mobilitätsbehinderungen erhoben werden sollte. Andere Bevölkerungsgruppen, wie z. B. Personen mit Lernschwierigkeiten, haben zwar auch einen erschwerten Zugang zu medizinischer Versorgung, aus forschungspragmatischen Gründen konnten jedoch nicht beide Merkzeichen berücksichtigt und damit die verschiedenen Barrieren untersucht werden.

Bei der Auswahl der Merkmale wurde darauf geachtet, dass sie leicht operationalisierbar sind (s. Vorgehen bei Döring 2023: 294). Personen, auf die alle Merkmale zuträfen, wurden als Grundgesamtheit definiert. Die Vollerhebung als Samplingstrategie wurde gewählt, da es sich um eine überschaubare und durch das Melderegister gut erreichbare Population handelt, die zu heterogen ist, um lediglich Stichproben zu ziehen (Döring 2023: 295).

Angeschrieben wurden 1891 Personen in Bremen und Bremerhaven. Es gab 16 Rückläufer aufgrund von Umzügen oder weil die Adressat*innen verstorben waren. 270 Frauen* haben den Fragebogen zurückgesandt und weitere zehn Personen die durch den LBB online bereitgestellte identische Version ausgefüllt. 17 Online-Fragebögen wurden von der Auswertung ausgeschlossen, da die Einverständniserklärung nicht durch ein entsprechendes Ankreuzen bestätigt worden ist. Dies ist für populationsbasierte Studien eine durchschnittliche Responserate von knapp 15%.

Im zweiten Schritt wurde für den qualitativen Forschungsstrang die in der Gesundheitsförderungsforschung weit verbreitete Selbstrekrutierungsstrategie angewendet (vgl.

⁹ Da davon ausgegangen wird, dass, wie es in der Gesundheitsberichterstattung (GBE) üblich ist, non-binäre, inter* und trans* Personen zu gleichen Teilen den beiden anderen Geschlechtern männlich und weiblich zugewiesen werden, wurde im Fragebogen die Selbstpositionierung der Angeschriebenen abgefragt. Hier definierten sich fünf Personen als „divers“. Dies gibt erstens Hinweise darauf, dass Geschlechter(-bilder) in der GBE sowie in der gynäkologischen Versorgung neu reflektiert werden müssen und zweitens, dass Personen vermutlich nicht angeschrieben wurden, die ebenfalls Anspruch auf eine gynäkologische Versorgung haben.

Plano Clark et al. 2015). Bei dieser Form der sekundären Selektion handelt es sich um eine nicht-probabilistische und willkürliche Auswahl der Teilnehmenden (Langfeldt & Kelle 2021: 586). Die Freiwilligen, die im Fragebogen Interesse an einem Interview sowie Kontaktdaten angaben, waren gut erreichbar (Döring 2023: 296, Tezcan-Güntekin & Özer-Erdoğan 2021: 418). Für den Stichprobenumfang des qualitativen Forschungsstranges wurden schrittweise so viele Fälle hinzugezogen, also Interviews geführt, bis der Eindruck entstand, dass eine theoretische Sättigung vorlag (Döring 2023: 296). Insgesamt wurden 13 vertiefende Interviews geführt.

Damit alle Frauen* der Zielgruppe im Land Bremen befragt werden konnten, fand eine Zusammenarbeit mit dem AVIB statt, das als Landesamt über die entsprechenden Meldedaten verfügt. Um hierbei den Datenschutz zu gewährleisten, erarbeiteten zwei Juristinnen mit dem Arbeitsschwerpunkt Datenschutz – eine im Beschäftigungsverhältnis des AVIBs, eine des Landesbehindertenbeauftragten – ein passendes Adressmittlungs- sowie Zusendungsverfahren. In dem schließlich als rechtmäßig validierten Verfahren konnte niemand außerhalb des AVIBs die Adressen und Namen der angeschriebenen Leistungsberechtigten einsehen. Der durch das AVIB generierte Serienbrief mit Adressköpfen wurde gedruckt und anschließend in Umschläge gesteckt, frankiert und direkt versandt. Dies geschah über die Druckerei und Poststelle der Performa Nord im Oktober 2023 im Haus des Reiches in Bremen.

Im Rahmen dieses Verfahrens sind alle Leistungsberechtigten in Bremen und Bremerhaven, auf die die Auswahlkriterien zutreffen, postalisch angeschrieben worden. Weitere Hinweise, wie bspw. Blindheit, durften nicht abgefragt werden. Deshalb enthielt das Anschreiben den Hinweis, dass die Studienverantwortliche bei weiteren Bedarfen nach Barrierefreiheit angesprochen werden kann. Zudem wurde auf den Online-Fragebogen auf der Webseite des Landesbehindertenbeauftragten hingewiesen. Dieser war barrierefrei und konnte von jedem handelsüblichen Leseprogramm vorgelesen werden. Der Fragebogen wurde durch die Zentralstelle für barrierefreie Informationstechnik des LBB auf diese Eigenschaft geprüft.¹⁰

Da im Vorfeld davon ausgegangen wurde, dass die angeschriebene Gruppe sehr heterogen ist, wurden mehrere Freitextfelder in den Fragebogen eingebaut, auf dem Bedarfe in Hinblick auf den Abbau weiterer Barrieren in der Gesundheitsversorgung angegeben werden konnten oder sich Bedarfe spezifizieren ließen. Die personenbezogenen Angaben am Schluss des Fragebogens prüften ab, ob die Leistungsberechtigten auch tatsächlich die Kriterien erfüll-

ten, um zu der zu befragenden Gruppe gezählt zu werden. Außerdem ermöglichten sie den Befragten, obwohl sie beim AVIB in der Datei als weiblich geführt wurden, ihre Selbstverortung beispielweise auch als „divers“ angeben zu können.

Für den quantitativen Forschungsstrang wurden alle Personen aus der Zielpopulation mittels der vom AVIB bereitgestellten Postadressen angeschrieben. In allen Briefen waren jeweils mehrere Schreiben enthalten: ein Informationsschreiben zur Studie, ein Anschreiben der SGFV, der ZGF und des LBB der Freien Hansestadt Bremen, der Fragebogen zur barrierefreien gynäkologischen Versorgung im Land Bremen sowie ein frankierter Rückumschlag.

Für den qualitativen Forschungsstrang wurden diejenigen, die im Fragebogen ankreuzten, dass sie bereit seien, ein Interview zu ihrer gynäkologischen Versorgung zu geben, angeschrieben oder angerufen. Bei Telefonaten wurde die Bereitschaft für das Interview erneut abgefragt und die E-Mail-Adresse der Freiwilligen erfragt (Vorgehen nach Reinders 2012: 119 f.). Die Freiwilligen, von denen eine E-Mail-Adresse vorlag, erhielten ein Anschreiben mit Erläuterungen zur Studie, zum Verlauf, der Dauer und dem Ort des Interviews, zur Terminfindung sowie den Kontaktdaten zu der Teilerhebungsverantwortlichen. Die Datenschutz- und Freiwilligkeitserklärung wurde als Anhang mitversandt. In Einzelfällen wurde telefonisch ein Interviewtermin vereinbart und die Datenschutz- und Freiwilligkeitserklärung postalisch zugesendet. Eine Priorisierung der Freiwilligen fand nicht statt, da unter der Einhaltung des Datenschutzes Merkmale der Freiwilligen, wie beispielsweise Wohnort, Alter, Herkunft etc., nicht einsehbar waren. Der Rekrutierungsprozess vollzog sich im Zeitraum vom 20.11.2023 bis 20.12.2023.

Für die Stichprobenauswahl wurde das sequenzielle Sampling angewendet. Hierbei werden die Stichproben nacheinander gezogen, erst die quantitative, dann die qualitative (Langfeldt & Kelle 2021: 587). Da die Fallauswahl für den qualitativen Forschungszweig aus dem Sample der quantitativen Stichprobe gebildet wurde, ist das qualitative Sample ein Subsample der quantitativen Stichprobe (ebd.).

(2) Erhebung der Perspektive der Gynäkolog*innen / Leistungserbringenden

Auch für diese Perspektive wurde eine Vollerhebung angestrebt und die Rekrutierungs- und Samplingstrategien entsprechen der ersten Teilerhebung. Da es sich bei den Adressen der praktizierenden Gynäkolog*innen im Land Bremen nicht um vulnerable, sondern öffentliche Daten handelt, konnten die Personen direkt durch die Studienverantwortliche angeschrieben werden. Auch hier lagen ein

Informationsschreiben zur Studie, ein Anschreiben der SGFV, der ZGF und des LBB der Freien Hansestadt Bremen sowie eine Bitte um die Teilnahme an der Studie bei. Da davon ausgegangen wurde, dass es sich bei den Leistungserbringenden um eine in Hinblick auf die Anforderungen einer Studie eher homogene Gruppe handelt, bei der von einer hohen Auffassungsgabe, digitaler Kompetenz und ausreichender technischer Ausstattung ausgegangen werden kann, wurden sie zur Teilnahme per Link auf den digitalen Fragebogen auf der Webseite des Landesbehindertenbeauftragten aufgefordert. Fragebögen in Papierform wurden nicht angefertigt. Der Online-Fragebogen enthielt ebenfalls Freitextfelder, da von divergierenden Erfahrungen mit heterogenen Patient*innen ausgegangen wurde. Zudem waren eine Kontaktadresse der Studienverantwortlichen für Nachfragen sowie die Datenschutzhinweise und Freiwilligkeitserklärung online beigefügt.

Für die qualitative Erhebung wurde die bereits oben beschriebene Selbstrekrutierungsstrategie eingesetzt und im Sinne eines sequentiellen Samplings durchgeführt. Kontaktaufnahme und Zusendung der Datenschutz- sowie Freiwilligkeitserklärung erfolgten analog zu dem Vorgehen der ersten Teilerhebung. Eine Priorisierung fand insofern statt, als dass sich darum bemüht wurde, dass die Interviewpartner*innen in verschiedenen Stadtteilen mit unterschiedlichem Sozialindex arbeiteten.

Es wurden alle Gynäkolog*innen im Land Bremen adressiert und somit 147 persönliche Einladungen zur Teilnahme an der Befragung verschickt. Zwei Briefe kamen aufgrund fehlerhafter Angaben zurück. Zeitgleich gab es auf der Webseite des Landesbehindertenbeauftragten vom 19.10.2023 bis 31.12.2023 die Möglichkeit, den Fragebogen online auszufüllen. 39 Gynäkolog*innen nahmen an der Befragung teil, wobei in elf Fällen keine Einwilligung zur Datenverarbeitung vorlag und diese somit von der Auswertung ausgeschlossen wurden. Die übrigen 28 Fragebögen konnten in die Auswertung einbezogen werden. Antworten kamen aus Bremen-Mitte, -Nord, -West und -Ost sowie aus Bremerhaven-Nord und -Süd. Dies entspricht einer weitgehenden Abdeckung Bremens und einer gesamten Responserate von 19 %. Zwei der teilnehmenden Gynäkolog*innen sind in Praxen für spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin tätig, eine der beiden Personen gibt an, keinen eigenen Patient*innenstamm zu haben. Für die anschließende qualitative Erhebung wurden vier vertiefende Interviews geführt.

Ergänzend wurden zu diesem Datenkorpus noch zwei qualitative Interviews mit Initiatorinnen des Spezialangebots am KBM geführt und die Daten mit in die Auswertung einbezogen, da diese über langjährige Expertise zu dem dortigen Angebot verfügen. Die Initiatorinnen tragen außerdem mit ihrem Fachwissen aus den Behindertenselbstorganisationen wesentlich dazu bei, die Datenlage zu erweitern

und Verbesserungsbedarfe aufzuzeigen. Dies unterstützt die langfristige Sicherung des Angebots, was sich wiederum positiv auf die gynäkologische Versorgungssituation für Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen auswirkt.

(3) Erhebung der Perspektive der Leistungsanbieter der Eingliederungshilfe

Mit der dritten Teilerhebung wurden die Perspektiven von Fachkräften erhoben, die in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe arbeiten und Frauen* mit dem Merkzeichen aG im Schwerbehindertenausweis versorgen, begleiten und/oder organisatorische Aufgaben für sie übernehmen. Diese Teilerhebung wurde identisch zum Verfahren der Akquise, der Rekrutierung, dem Anschreiben und Sampling der Erhebung der Perspektive der Leistungserbringenden vorgenommen.

Durch die Datenbanken des Landesbehindertenbeauftragten und mit Unterstützung des Referats Behindertenpolitik bei der Senatorin für Soziales konnten 109 Adressen von Wohngruppenleitungen der Eingliederungshilfe ausgemacht und postalisch angeschrieben werden, um eine Vollerhebung für das Land Bremen anzustreben. Die Adressierten gehören zu 14 verschiedenen Anbietern in Bremen und Bremerhaven. Die Anbieter verfügen jeweils über verschiedene Häuser, Angebote, Wohngruppen, Niederlassungen und Außenstellen. Alle Einrichtungen wurden am 8.11.2023 zur Teilnahme an der Befragung eingeladen und am 31.12.2023 wurde der Online-Fragebogen auf der Webseite des Landesbehindertenbeauftragten geschlossen. In diesem Zeitfenster haben 47 Personen den Fragebogen ausgefüllt, von denen 40 in die Auswertung einbezogen wurden, da diese am Schluss die Einverständniserklärung angekreuzt hatten. Dies ergibt eine überdurchschnittlich hohe Response-rate von 44 %. Es wurde eine gute geographische Verteilung der beteiligten Einrichtungen über das Land Bremen erreicht. Eine besonders hohe Beteiligung ist aus dem Stadtteil Vegesack, gefolgt von Walle, Osterholz, Neustadt, Leherheide und Gröpelingen erfolgt.

Für die qualitative Erhebung wurden sieben vertiefende Interviews mit acht Fachkräften von insgesamt sechs verschiedenen Anbietern geführt. Diese Interviews wurden zwischen dem 15.8.2024 und 20.9.2024 durchgeführt. Die interviewten Personen arbeiteten in Einrichtungen in Vegesack/Bremen-Nord, Bremerhaven, der Überseestadt, Bremen-Ost und Bremen-West/Walle.

¹⁰ Auf Wunsch wurde einer Person der Fragebogen in Brailleschrift übertragen zugesandt und viele Nachfragen konnten telefonisch und/oder via E-Mail beantwortet werden.

1.8 Methodisches Vorgehen, Forschungsethik und Auswertung

Die Literatur über Erhebungen aus anderen Städten zeigt, dass der Zugang zu gynäkologischen Gesundheitsleistungen für Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen erheblich erschwert ist. Die Erhebung des Erlebens der Versorgungssituation und der Herausforderungen von Nutzer*innen, Gynäkolog*innen und Fachkräften kann daher Aufschluss über die tatsächliche und spezifische Versorgungssituation im Land Bremen geben. Die Auswertung dieser Perspektiven ist unerlässlich, um herauszufinden, in welchem Ausmaß Verbesserungen der Angebote erforderlich sind. Bislang wurden die konkreten und aktuellen Herausforderungen im Land Bremen nicht erhoben.

Für diese Erhebung wurde ein Mixed-Methods-Forschungsansatz gewählt. Dabei werden quantitative und qualitative Forschungsmethoden kombiniert (Langfeldt & Kelle 2021: 578 f.). Ziel dieses Forschungsansatzes ist die Expansion einer Untersuchung, um ihre inhaltliche Tiefe und Reichweite zu erweitern (Greene et al. 1989: 259). Dieser Forschungsansatz ist sinnvoll für Forschungsfragen, die „einen hohen Grad von Standardisierung der Datenerhebung und große Fallzahl einerseits verlangen und andererseits solche Phänomene untersuchen, die nicht vollständig durch ex ante formulierte Forschungshypothesen erfasst werden können, wie etwa subjektive Orientierungen von Betroffenen im Forschungsfeld“ (Langfeldt & Kelle 2021: 574). Um ein vertieftes Verständnis, mehrere Perspektiven und ein größeres Bild des Forschungsfeldes zu erhalten (Kuckartz 2014: 69), wurde der Mixed-Methods-Ansatz in der Form gewählt, dass zum einen quantitative Daten durch Fragebögen erhoben und zum anderen qualitative Interviews geführt wurden. Der Mixed-Methods-Ansatz verlangt weiter eine systematische und regelgeleitete Kombination von unterschiedlichen Methoden, Datenarten und Ergebnissen (Langfeldt & Kelle 2021: 578).

Innerhalb der Mixed-Methods-Forschung gibt es verschiedene Designs. Die vorliegende Studie verfolgt das parallele Design in der methodenexternen Variante (Kuckartz 2014: 67). Hierbei werden der quantitative und der qualitative Forschungsstrang als zwei eigenständige Teilstudien etwa gleichzeitig durchgeführt (Langfeldt & Kelle 2021: 583, Kuckartz 2014: 71). Der Vorteil besteht darin, dass die Datenerhebung weniger zeitaufwendig ist (Kuckartz 2014: 67). Da das Ziel der Methode ist, ein ausführlicheres Bild des Forschungsgegenstandes zu erhalten, verlaufen beide Forschungsstränge gemäß ihrer eigenen Standards unabhängig voneinander (ebd.: 76). Um eine Qualitätssteigerung dieser Studie zu erreichen, wurden zudem von Langfeldt und Kelle (2021: 582 ff.) zusammengetragene Gütekriterien zur Mixed-Methods-Forschung berücksichtigt.

Die primäre Datenerhebung für den quantitativen Forschungsstrang, mit dem Zweck einer Vollerhebung, wurde von der ZGF und dem LBB entwickelt. Neben dem allgemeinen Forschungsstand gingen folgende Vorgespräche und daraus resultierende Erkenntnisse in die Entwicklung der Fragebögen ein: Im Vorfeld der Studie wurde Expertise aus dem Feld eingeholt. Einerseits gab es hierfür fünf Vorgespräche mit Frauen*, die das Merkzeichen aG im Schwerbehindertenausweis haben, in Hinblick auf die Problemlagen in der gynäkologischen Versorgung im Land Bremen. Andererseits wurde die Studie im Landesteilhabeberrat angekündigt, vorgestellt und Erfahrungsberichte über Problemlagen eingeholt. Dort sind gemäß dem Delegiertenprinzip alle Verbände und Interessenvertretungen von Menschen mit Behinderungen im Land Bremen vertreten. Die Studie wurde zudem im Newsletter des LBB angekündigt. Außerdem fand eine Besichtigung der barrierefreien gynäkologischen Sprechstunde am KBM sowie in diesem Rahmen eine Reflexion über dieses Angebot mit SGFV, Selbstbestimmt Leben e.V., der ZGF, dem LBB und einer Gruppe Gynäkolog*innen, die ihre Arbeit in der barrierefreien gynäkologischen Sprechstunde am KBM anbieten, statt. Und schließlich wurde im Rahmen des *bremser forum frauen*gesundheit* mit unterschiedlichen Akteur*innen aus dem Bereich der Frauen*gesundheit, wie Delegierte des Landesverbandes der Hebammen*, Frauenärzt*innen, Vertreter*innen aus den Bremer Krankenhäusern, von Beratungsstellen und Einrichtungen im weiteren Feld der Gesundheitsförderung, Versorgung und Prävention, u. a. über die aktuelle Versorgungslage diskutiert. Ein weiterer Austausch wurde mit den damaligen Behördenvertreter*innen gesucht, die das Angebot am KBM in die Wege geleitet hatten, um deren Erfahrungen über die Entwicklungen aufnehmen zu können.

Die Fragen und der Aufbau orientierten sich zudem an vergleichbaren Erhebungen und es wurde sich um eine möglichst einfache Fragestellung und Sprache bemüht. Einige Freitextfelder ermöglichen eine Spezifizierung der Angaben. Die beiden behördlichen Einheiten, ZGF und LBB, sind für die Erstellung und Einhaltung der Datenschutzvereinbarung, die Güte des Fragebogens und das Erhebungsverfahren verantwortlich. Die Datensätze aus der quantitativen Erhebung wurden von der ZGF und dem LBB zur Analyse den drei die Auswertung durchführenden Wissenschaftlerinnen zur Verfügung gestellt.

Ergänzend wurde eine qualitative Forschungsmethode gewählt, da sich diese in der Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere anbietet, wenn es darum geht, Gesundheit und Krankheit im Lebensweltbezug und aus der Sicht der handelnden Individuen zu untersuchen (Ohlbrecht 2021: 382). Sie erlaubt Einblicke in die individuellen Perspektiven (vgl. Helfferich 2011, Mey & Ruppel 2018) und Erfahrungen (Döring 2023: 356). Außerdem eignet sich diese Methode für Themenbereiche, die, wie der Forschungsgegenstand dieser Studie, bislang wenig erforscht

wurden (Dresing & Pehl 2018: 6, Ohlbrecht 2021: 382). Dabei folgt dieser Ansatz primär einer theorieentdeckenden Forschungslogik, wobei das induktive, datengestützte Vorgehen hier besonders wichtig ist (Döring 2023: 25).

Die Interviews wurden in Form von problemzentrierten Einzelinterviews geführt, mit dem Ziel, durch diese Interviewform „die richtige Balance zwischen zu starker und zu geringer Strukturierung des Vorgehens“ (Döring 2023: 372) zu erreichen. Durch die Interviewleitfäden, jeweils für die drei Teilerhebungen und gemäß den Anforderungen von Helfferich (2014: 567, 2019: 677) entwickelt, war es möglich, die Interviews gut miteinander zu vergleichen, da die Erhebungsbedingungen ähnlich waren und teilweise ähnliche oder gleiche Fragen gestellt wurden (Helfferich 2022: 881). Zudem floss das Forschungsinteresse in den Prozess der Fragengenerierung ein und wurde reflektiert. Die entwickelten Fragen wurden so gestaltet, dass sie einen erzählgenerierenden Charakter aufweisen. Um Offenheit zu gewährleisten, wurden die meisten Fragen mit modalen Fragewörtern wie „inwieweit“ oder „wie“ begonnen. Die Befragten konnten ihre eigene Bewertung der Frage (positiv, negativ oder neutral) und ihren Inhalt bestimmen. Es wurde darauf geachtet, den zuvor angekündigten zeitlichen Rahmen des Interviews nicht zu überschreiten. Die Befragten hatten die Möglichkeit, Themen vorzugeben, die dann weiterverfolgt wurden. Diese Vorgehensweise gewährleistet nicht nur einen ununterbrochenen Erinnerungs- oder Argumentationsfluss, sondern verhindert auch plötzliche Themensprünge, wie von Helfferich nahegelegt (2022: 883). Die Beantwortung sämtlicher Unterfragen war bereits mit der Beantwortung der Hauptleitfragen möglich. Dadurch ermöglichte der Leitfaden nicht nur eine strukturierte Befragung, sondern erlaubte auch Flexibilität, um auf spontane Äußerungen und eigene Themen der Befragten einzugehen. In dieser Hinsicht fungierte der Leitfaden eher als unterstützendes Hilfsmittel anstelle einer strikten, vordefinierten Reihenfolge von Fragen. Die formale Struktur des Interviewleitfadens folgte dem dreistufigen Prinzip nach Helfferich (2019: 676) basierend auf dem Ansatz: „So offen wie möglich, so strukturierend wie nötig“. Die finalen Leitfäden umfassen drei übergeordnete Themenfelder: a) Erfahrungen und Barrieren in der gynäkologischen Versorgung, b) Strategien im Umgang mit Barrieren in der gynäkologischen Versorgung und c) Wünsche für die Zukunft.

Durch die Datenschutzerklärung wurden die Teilnehmenden über den Umgang und die Sicherung der Daten informiert. Die Datenschutzerklärung enthielt die Einverständniserklärung zur freiwilligen Teilnahme am Interview. Mit dieser stimmten sie zu, dass die Gespräche aufgezeichnet und die Interviewinhalte pseudonymisiert weiterverarbeitet werden dürfen. Die Teilnehmenden erklärten außerdem, dass sie informiert wurden, Fragen stellen konnten und wussten, dass sie ihre Zustimmung jederzeit widerrufen können und dass daraufhin alle relevanten Daten sofort

vernichtet werden würden. Des Weiteren gehört zum Datenschutz die sichere Verwahrung sowie die Vernichtung von Rohdatenmaterial, das oft hochgradig identifizierbar ist (Döring 2023: 576). Um sicherzustellen, dass die identifizierbaren Einwilligungserklärungen nicht mit den Interviewtranskripten verknüpft werden können, wurden beide separat voneinander aufbewahrt. Die Tonaufnahmen wurden nach dem Verschriftlichen gelöscht und Kontaktinformationen wurden vernichtet. Für den Beginn des Interviews musste die Datenschutz- und Freiwilligkeitserklärung von beiden Seiten unterschrieben vorliegen.

Interviews waren für eine Dauer von 15 bis 25 Minuten anberaumt, abhängig von der Redebereitschaft und Ausführlichkeit der Angaben. Aufgrund der möglichen räumlichen Distanz zwischen den Teilnehmenden und um eine bauliche Barrierefreiheit zu gewährleisten, wurden die Interviews über die Online-Plattform Zoom durchgeführt. In Ausnahmefällen wurden Interviews telefonisch abgehalten. Die Interviews wurden als Einzelinterviews durchgeführt, mit einer Ausnahme bei einem Interview mit den Fachkräften der Eingliederungshilfe. Zusätzlich wurden Tonaufnahmen erstellt, um durch eine spätere Transkription die weitere Bearbeitung zu erlauben. Die Aufnahmen wurden durch eine interne Funktion des Computers erstellt, um den Datenaustausch so gering wie möglich zu halten.

Der Ablauf der Interviews orientierte sich an dem siebenphasigen Modell von Witzel (2000). So begann jedes Interview mit der Erklärungsphase, in der den Teilnehmenden Ziel und Ablauf des Interviews erklärt wurden. Außerdem wurde betont, dass die persönlichen Meinungen und Erfahrungen wichtig seien und diese unvoreingenommen akzeptiert werden würden. Es folgte die zweite Phase mit zwei Fragen zur Person, die es den Interviewten ermöglichten, sich zunächst mit der Interviewsituation vertraut zu machen. Auf eine gesonderte Einstiegsfrage und somit Phase drei wurde aus zeitlichen Gründen verzichtet. Außerdem wurde die erste Leitfrage so offen formuliert, dass sie den Zweck einer gesonderten Einstiegsfrage ebenso erfüllte. In Phase vier wurden erzählgenerierende Kommunikationsstrategien angewendet, um Erzähltes zu vertiefen oder Missverständnisse auszuräumen (Witzel 2000: 5). Auf jene Themengebiete, die von den Interviewten nicht von selbst angesprochen wurden, wurde in der fünften Phase mittels der weiteren Leitfragen eingegangen. Zum Abschluss des Interviews wurde den Befragten die Möglichkeit gegeben, noch offen gebliebene Fragen zu stellen. Danach wurde das Interview beendet.

Das Verfassen eines Postskriptums durch die Interviewenden stellt die sechste Phase dar. Dieses wurde immer unmittelbar im Anschluss an die Interviews ausgefüllt, um persönliche Verfassung, Erfahrenes und/oder Missverständnisse festzuhalten (Thierbach & Petschick 2014: 862 f.). Es wurden Eindrücke über Orte und Störungen im Inter-

view, Vermutungen, Erwartungen oder Befürchtungen der interviewten Person, Erinnerungs- und Erzählbereitschaft, Gesprächsatmosphäre, Themen, die leicht oder schwierig zu beantworten waren, Inhalte vor und nach der Aufnahme der Tonaufnahme, ggf. die seelische Verfassung und ggf. der Gesundheitszustand sowie erste Interpretationsideen festgehalten. Die siebte und somit letzte Phase beinhaltet die Transkription und die Datenanalyse.“

In den Gesundheitswissenschaften ist die Benennung und Befolgung ethischer Grundsätze verpflichtend. Die „forschungsethische[n] Grundsätze[n] und Prüfverfahren in den Sozial- und Wirtschaftswissenschaften“ (RatSWD 2017) dienen in dieser Studie als Grundlage. Die Autorinnen verpflichten sich an diese angelehnt, Integrität und Objektivität in allen Phasen des Forschungsprojekts zu gewährleisten (von Unger 2014: 20 ff.). Dies erfordert einen sorgfältigen und reflektierten Umgang mit der eigenen Forschungspraxis, die eigene Rolle und Verantwortung in der Studie zu reflektieren. Sie tragen die Verpflichtung, die Aussagen der Teilnehmenden und ihre Interessen zu beschützen (vgl. RatSWD 2017: 17), gleichzeitig müssen sie einen Beitrag zu Public Health leisten.

Üblicherweise sind in den Gesundheitswissenschaften drei Prinzipien für einen ethisch verantwortungsvollen Umgang mit Untersuchungspersonen und dem erhobenen Material zu beachten: Schutz vor Beeinträchtigung und Schädigung, Anonymität und Vertraulichkeit der Daten sowie Freiwilligkeit und informierte Einwilligung (vgl. Sales & Folkman 2000). Die Wahrung dieser Prinzipien dient dem „Schutz der Menschenwürde, der Menschenrechte, der Persönlichkeitsrechte sowie der Integrität der Untersuchungspersonen“ (Döring 2023: 121). Zur Abwägung von Risiken und zur Vermeidung von Beeinträchtigungen und Schädigungen wurden Überlegungen angestellt und im Vorfeld von der Studienverantwortlichen und den Studienmitarbeiterinnen erörtert. Es bestand die Möglichkeit, dass Teilnehmende durch die Darlegung erlebter Belastungen Schaden erfahren könnten. Da gängige Befindlichkeitsschwankungen im Alltag als Vergleichsmaßstab zum Einschätzen der psychischen Belastung von Untersuchungsteilnehmenden gelten (Döring 2023: 125), wurde das mögliche Schadenspotenzial der Interviewten als nicht außergewöhnlich eingestuft. Denn Alltagsgespräche über ihre gynäkologische Versorgung könnten sie ebenfalls in ein kurzfristiges Stimmungstief versetzen. Somit wurde das qualitative Forschungsvorhaben als Minimal-Risk-Forschung eingestuft (vgl. Döring 2023: 125). Gleichzeitig wurde für die Autorinnen ein Schadenpotenzial identifiziert (vgl. RatSWD 2017), da Teilnehmende belastende Situationen, wie z. B. Schilderungen von Diskriminierung, berichten könnten. In solchen Forschungskontexten sind daher Supervisionen durch externe Psychotherapeut*innen bereitzustellen und wurden in diesem Kontext auch wahrgenommen.

Die Grundsätze der Vertraulichkeit und Anonymität werden durch die Unterzeichnung der Datenschutzerklärung gewahrt (vgl. ebd.: 19). Um die Interessen und Aussagen der Teilnehmenden zu schützen, wurde eine durchgehende Pseudonymisierung festgelegt. Damit die Daten in der Auswertung nachvollziehbar sind (RatSWD 2020: 20), wurde in Zuordnungstabellen den jeweiligen Teilnehmenden der drei Teilerhebungen eine laufende Kennziffer zugeordnet und diese Tabelle gelöscht, sobald eine Zuordnung nicht mehr nötig war. Die Pseudonymisierung der Daten spielt eine entscheidende Rolle, um die Integrität und Vertraulichkeit zu wahren und möglichen Schaden für die Interviewten zu verhindern (RatSWD 2017: 19). Da die Teilnehmenden anhand der Tonaufnahmen identifiziert werden können (Döring 2023: 126), wurde darauf geachtet, dass die Tonaufnahme nur der jeweiligen Studienteilverantwortlichen zugänglich war und nach der Verschriftlichung von ihr gelöscht wurde. Die Interpretation der gesammelten Informationen erfolgte ausschließlich durch die Autorinnen. In der Kommunikation nach außen wurden ausschließlich pseudonymisierte Aussagen verwendet und personenbezogene Daten so simplifiziert, dass keine Rückschlüsse auf Personen möglich sind.

Mit dem Informationsschreiben und der Datenschutzerklärung wurde das Prinzip der Freiwilligkeit und informierten Einwilligung gewahrt. Ein Einverständnis ist immer erforderlich, wenn persönliche Daten erhoben werden (Wiebe & Hallaschka 2021: 1). Die Handreichung für Datenschutz vom RatSWD (2020: 21 ff.) in Kombination mit den Ethikrichtlinien der deutschen Gesellschaft für Psychologie (Deutsche Gesellschaft für Psychologie 2022) dienen als Grundlage für die Erstellung der Datenschutz- und Einwilligungserklärung. Zu diesen Vorgaben gehört unter anderem die umfassende Aufklärung der Teilnehmenden über den Zweck und das Ziel der Studie, den Umgang mit der Tonaufnahme des Interviews, die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs der Einwilligung, die Angabe von Kontaktdaten der Studienverantwortlichen für Fragen zum Forschungsvorhaben sowie die klare Bezugnahme der Datenschutzerklärung auf ausschließlich dieses Forschungsvorhaben (vgl. RatSWD 2020: 21 ff., Deutsche Gesellschaft für Psychologie 2022: 21 ff.).

Hierbei wurde sich zusätzlich an der Datenschutzerklärung von Hornberg et al. (2019) orientiert, da diese ein vergleichbares Forschungsvorhaben umgesetzt hatten. Die freiwillige Bereitschaft zur Teilnahme und das informierte Einverständnis stellen gemäß dem ethischen Prinzip der Wahrung der Autonomie der Teilnehmenden grundlegende Voraussetzungen für eine Studie dar (von Unger 2014: 26). Die Verknüpfung der Erklärung zur freiwilligen Teilnahme mit einem Informationsbrief zur Studie gewährleistet die Beachtung des Rechts der Teilnehmenden auf informationelle Selbstbestimmung und Autonomie (RatSWD 2017: 22). Bei nicht einwilligungsfähigen Teilnehmenden wurde die

Einwilligung von der rechtlichen Vertretung eingeholt (vgl. Döring 2023: 122).

Darüber hinaus erhielten die Teilnehmenden das Schreiben mit Informationen zur Studie und zum Datenschutz weit im Voraus vor dem Interview, um ausreichend Zeit zu haben, sich wiederholt mit den Informationen vertraut zu machen und etwaige Rückfragen zu stellen (vgl. ebd.). Im schriftlichen Kontakt zu den Teilnehmenden zwecks Terminfindung wurde die Möglichkeit gegeben, Fragen zu stellen. Außerdem wurden zu Beginn des Interviews alle Teilnehmenden darauf hingewiesen, dass sie jederzeit Fragen auslassen und das Interview pausieren oder beenden können. Erneut wurde Raum für Rückfragen zum Datenschutz oder der Studie gegeben. Da das Studienvorhaben unter Beachtung dieser Forschungsstandards durchgeführt wurde und der oben begründeten Forschungsrelevanz folgt, wird die Studie als ethisch vertretbar betrachtet.

Zu einer guten wissenschaftlichen Praxis gehört außerdem das richtige Forschungsdatenmanagement und damit eine Datenaufbereitung, um die Datenqualität zu steigern und die inhaltliche Datenanalyse vorzubereiten (Döring 2023: 574 ff.). Dazu zählen unter anderem die Erstellung strukturierter Datensätze aus dem Rohdatenmaterial, die Anonymisierung der Datensätze sowie Datenbereinigung und Datentransformation (ebd.: 572). Weil die Datenaufbereitung eine Veränderung der Originaldaten bedeutet, muss sie, um Manipulation zu verhindern, sorgfältig reflektiert und dokumentiert werden. Dafür müssen alle Schritte der Datenaufbereitung offengelegt und begründet werden (ebd.: 375 f.).

In einem ersten Schritt der Datenaufbereitung wurden die eingegangenen postalischen Fragebögen von der Autorin der ersten Teilstudie händisch in die Umfragen-Webseite eingepflegt. Somit lagen alle Datensätze digital vor. In einem zweiten Schritt wurden bei allen online ausgefüllten Fragebögen von allen Autorinnen der drei Teilstudien jene von der Auswertung ausgeschlossen, bei denen die Befragten keine Einwilligung zur Auswertung und Datenverarbeitung gaben. Bei der ersten Teilerhebung waren dies 17, bei der zweiten elf und bei der dritten sieben Fragebögen. Anschließend wurde der jeweilige Datensatz zur weiteren Bereinigung in Excel exportiert. Dort wurden alle Eingaben mittels Pivottabellen bereinigt und auf ihre Plausibilität geprüft (Kuckartz 2014: 63). Unvollständig ausgefüllte Fragebögen wurden im Datensatz belassen, da jede Erfahrung für die Auswertung wichtig und es nicht essenziell ist, dass jede Frage innerhalb eines Fragebogens beantwortet wurde. Fehlende Werte wurden nicht als solche kenntlich gemacht und es wurden keine Vermutungen zum Grund des Fehlens angestellt (Döring 2023: 582). Anschließend wurden die Daten geglättet, indem personenbezogene Daten in Freitextfeldern pseudonymisiert und Rechtschreibfehler

korrigiert wurden (ebd.: 581). Auf die Erstellung eines Codeplans wurde aus forschungsökonomischen Gründen verzichtet, da im Datensatz kaum numerische Daten vorliegen und eine Auswertung der formulierten Textantworten in Kategorien als ebenso wirksam eingeschätzt wurde (ebd.: 577). Der Datensatz wurde in mehreren Schritten transformiert.

Fragen mit Freitextantworten wurden so bereinigt, dass ähnliche Antworten in die gleiche Benennung überführt wurden, ohne dass der Inhalt verzerrt wurde. Dadurch konnten die Antworten vereinheitlicht und in größere Gruppen zusammengefasst werden. Beispielweise wurden angegebene Hilfsmittel nach Synonymen gruppiert. Fragen mit inhaltlicher Nähe zueinander wurden zusammengefasst und gruppiert sowie Kategorien gebildet (ebd.: 581). Inhaltslose Antworten in den Freitextfeldern, wie beispielsweise „nein“, wurden gelöscht. Außerdem wurde überprüft, ob sich innerhalb eines Fragebogens die Antworten inhaltlich wiederholen. Dopplungen wurden gelöscht.

In der ersten Teilerhebung unterschieden sich der auf der Webseite auszufüllende Fragebogen und der postalisch versendete in einzelnen Formulierungen. Im Fragebogen auf der Webseite stand in der Auswahl „Behindertenparkplätze vorhanden“, während im postalisch zugesendeten Fragebogen lediglich „Behindertenparkplätze“ als Ankreuzoption vorhanden war. Da der Sinn der Auswahlmöglichkeiten identisch war, wurde davon abgesehen, die beiden Fragebögen getrennt voneinander auszuwerten. Es gab außerdem einen strukturellen Unterschied: In Frage drei kombiniert der postalisch zugesendete Fragebogen die Aspekte „kompetente Beratung“ und „eine verständliche Sprache“ zu einem gemeinsamen Auswahlpunkt, während es in dem digitalen Fragebogen zwei eigenständige Ankreuzoptionen waren. Da nur zehn von den insgesamt 280 teilnehmenden Personen in der ersten Teilerhebung den Online-Fragebogen ausgefüllt haben, wurden die beiden Optionen in eine Ankreuzoption zusammengezogen.

Die Tonaufnahmen wurden von den jeweiligen Autorinnen der Teilerhebungen transkribiert, um die Inhalte anschließend mittels der entstandenen Texte analysieren zu können. Die Transkription erfolgte gemäß den Richtlinien von Dresing und Pehl (2018). Dabei wurde einerseits angestrebt, die Interviews möglichst detailliert wiederzugeben. Andererseits sollten die Transkripte gut lesbar sein und den Lesefluss nicht beeinträchtigen (Dresing & Pehl 2018: 16 f.). Um eine beständige Qualität der Transkripte zu sichern und die spätere Datenauswertung zu erleichtern, wurden vorab Transkriptionsregeln festgelegt. Für das vorliegende Forschungsvorhaben wurde das inhaltlich-semantische Transkriptionssystem verwendet, um die Interviews zu verschriftlichen. Da der Gesprächsinhalt durch dieses Verfahren leichter zugänglich und lesbar ist als die wortgenaue Wiedergabe, eignet es sich besonders für die

Erschließung von Wissen, Themen und Inhalten (ebd.: 17 f.). Es sollte allerdings berücksichtigt werden, dass das Weglassen von Füllwörtern, Umgangssprache und Gesprächspausen dazu führen kann, dass gelegentlich wichtige Informationen verloren gehen (ebd.).

Im vorliegenden Forschungskontext wurde die detaillierte parasprachliche Transkription mit Dokumentation der Tonhöhe, Akzente, Lautstärke und Sprechgeschwindigkeit als wenig praktikabel und nicht notwendig angesehen. Um die Interviews zu analysieren, wurde das Erfassen der inhaltlichen Ebene als ausreichend eingeschätzt (ebd.). Es wurde die Software f4transkript (Version 7.0.6) genutzt, um synchron zur Audioaufnahme transkribieren zu können.

Da eine Volltranskription bei größeren Studienvorhaben unverhältnismäßig zeit- und kostenintensiv ist (Döring 2023: 575), wurden für diese Studie Teiltranskripte erstellt und „nur die für das Forschungsproblem besonders relevanten Interview- oder Diskussionspassagen wortwörtlich verschriftlicht“ (ebd.). Auf eine inhaltliche Zusammenfassung der nicht verschriftlichten Passagen wurde aus forschungsökonomischen Gründen verzichtet.

In der quantitativen Analyse wurden nach Kuckartz „beschreibende Statistiken erstellt und anschließend Zusammenhänge statistisch analysiert“ (Kuckartz 2014: 63). In der Analyse des Fragebogens wurden die Antworten deskriptiv ausgewertet, wobei die Häufigkeit der Antworten dargestellt wurde. Zusätzlich wurde an einer Frage der ersten, umfangreichsten Teilerhebung ein statistischer Test, ein sogenannter Chi-Quadrat-Test, durchgeführt. Freitextantworten wurden zunächst mittels induktiver Kategorien analysiert (Döring 2023: 581). Darüber hinaus wurden in der ersten und zweiten Teilerhebung Analysen durchgeführt, bei denen die Antworten zweier Fragen miteinander kombiniert und deskriptiv ausgewertet wurden.

In den qualitativen Teilen der Erhebungen wurden inhaltlich strukturierte Datenanalysen durchgeführt. Dieses Auswertungsverfahren ist besonders geeignet für Interviews, bei denen eine systematische Vorgehensweise und methodische Kontrolle wichtig sind (Kuckartz & Rädiker 2022: 41 f.). Die Informationsgewinnung aus den Interviews wurde schrittweise und methodisch nachvollziehbar umgesetzt, indem Kategorien gebildet wurden, die ein zentrales Element der qualitativen Inhaltsanalyse darstellen (ebd.: 42). Für diese Studie wurde die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018b) ausgewählt. Eine inhaltlich strukturierte Datenanalyse ist durch das in Phasen geleitete Verfahren sowie das mehrstufige Vorgehen in der Kategorienbildung möglich (Kuckartz & Rädiker 2022: 129):

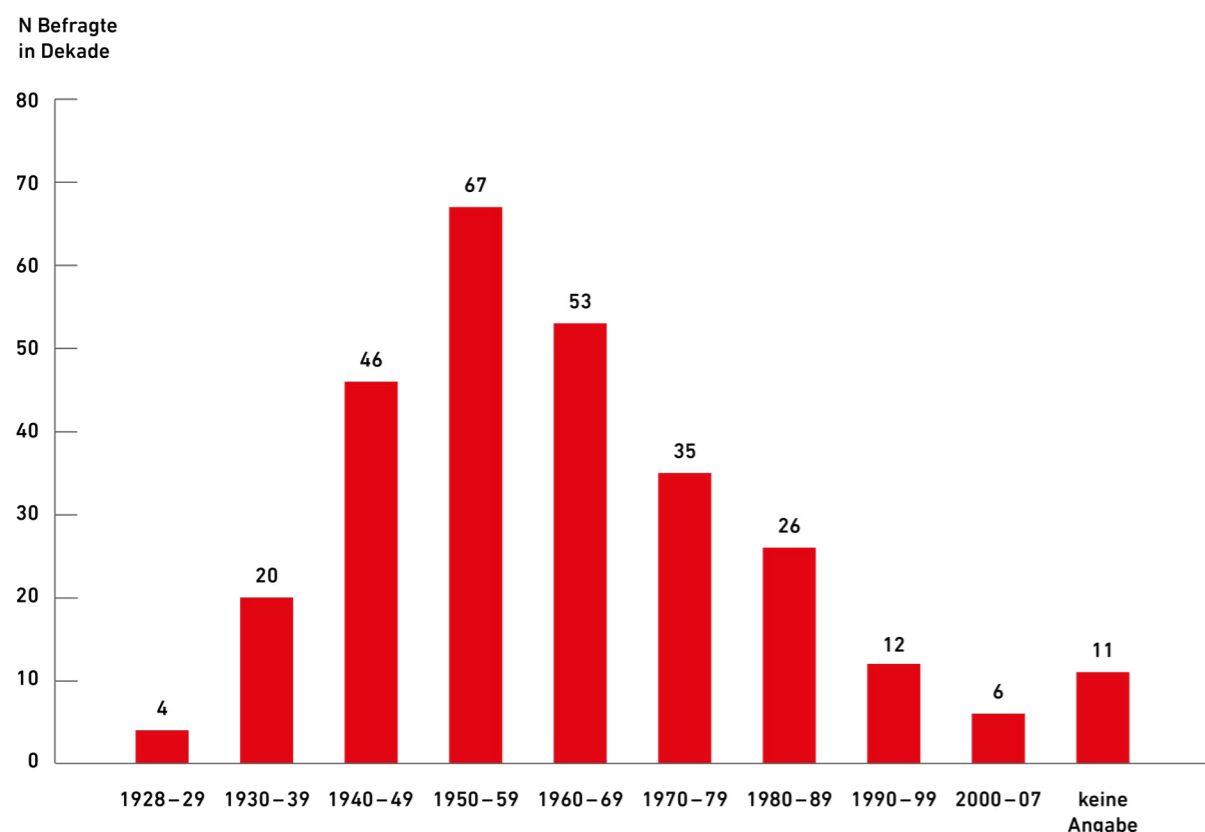
- Phase 1: initiierende Textarbeit, einschließlich Markieren wichtiger Textstellen und Schreiben von Memos,
- Phase 2: Entwickeln von Hauptkategorien,
- Phase 3: Codieren des gesamten Materials mit den Hauptkategorien,
- Phase 4: Zusammenstellen aller mit der gleichen Hauptkategorie codierten Textstellen,
- Phase 5: Induktives Bestimmen von Subkategorien am Material,
- Phase 6: Codierung des gesamten Materials mit dem differenzierten Kategoriensystem,
- Phase 7: Durchführung von einfachen und komplexen Analysen sowie Erstellung von Visualisierungen und tabellarischen Materialübersichten.

2 ERHEBUNG DER PERSPEKTIVE DER NUTZER*INNEN / LEISTUNGSBERECHTIGTEN

Für die Analyse der Perspektive von Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen auf die ambulante gynäkologische Versorgung wurden im Rahmen der quantitativen Erhebung mit einem Fragebogen Daten erhoben (s. Kapitel 1.7). Die Altersverteilung der Studienpopulation stellte sich folgendermaßen dar:

Die Spanne der Geburtsjahre der Befragten liegt zwischen 1928 und 2007. Die genaue Verteilung in Dekaden ist Abbildung 2 zu entnehmen. Im Median sind die befragten Nutzer*innen 64 Jahre alt, was deutlich höher als das Durchschnittsalter von Frauen in Deutschland ist, das aktuell bei 44,6 Jahren liegt. 0,71 % der Nutzer*innen definieren sich divers, 5,36 % machen keine Angabe zu ihrem Geschlecht und 93,93 % definieren sich weiblich.

Abbildung 1
Altersverteilung der Studienpopulation nach Geburtsjahren

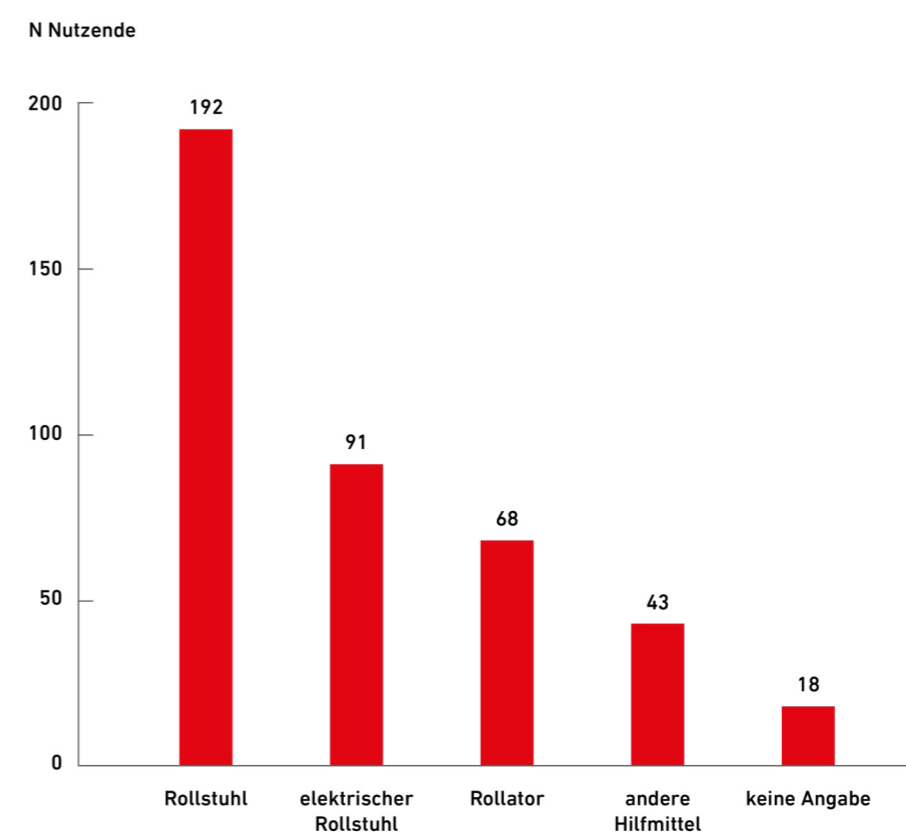


2.1 Angaben zu Praktiken, zur Zufriedenheit und zu Bedarfen

Das am häufigsten genutzte Hilfsmittel ist der Rollstuhl. 68,57 % geben an, einen manuellen und 32,5 % einen elektrischen Rollstuhl zu nutzen. 24,29 % nutzen einen Rollator. 15,36 % der Nutzer*innen geben an, eine andere Gehhilfe zu nutzen, und 6,43 % machen zu dieser Frage keine Angabe. 36,17 % (n=17) derer, die andere Gehhilfen benennen, geben an, Unterarmgehstützen zu verwenden. 19,15 % nutzen die Unterstützung einer Assistenz, 10,64 % nutzen einen oder zwei Handstöcke und 8,51 % greifen auf ein Rollstuhltaxi zurück. Es ist zu beachten, dass mehrere Hilfsmittel von einer Person benannt werden können.

Am häufigsten geben Befragte an, in Horn-Lehe zu leben (7,14 %, N=20). 6,43 % leben in Vegesack und 6,07 % machen keine Angabe zu ihrem Stadtteil. Burglesum, Lehe und Hemelingen werden jeweils von 5 % der Befragten angegeben. Insgesamt geben 17,14 % der Befragten einen Stadtteil in Bremerhaven als aktuellen Wohnort an. Es ist zu beachten, dass niemand angibt, in den Bremer Stadtteilen Blockland, Häfen oder Strom zu leben. In Bremerhaven gibt es keine Angaben zu Personen aus Fischereihafen, Bremerhaven-Mitte, Überseeahafengebiet oder Weddewarden.

Abbildung 2
Nutzung von Hilfsmitteln



Die Auswertung bezüglich der Regelmäßigkeit der Besuche bei der Gynäkolog*in ergibt folgende Ergebnisse: Ein Anteil von 7,14 % macht keine Angabe. Etwa 9,64 % geben an, die Gynäkolog*in unregelmäßig bei Beschwerden aufzusuchen. Ein ähnlicher Anteil an Nutzer*innen (10,36 %) gibt an, dass sie immer zur Gynäkolog*in gehen, wenn Beschwerden auftreten. Drei Mal mehr Befragte (33,21 %) geben an, in den letzten Jahren keine Gynäkolog*in aufgesucht zu haben. Zwei Befragte geben über Randnotizen auf den Fragebögen an, dass sie wegen eines Heimaufenthaltes oder einer Kompletentfernung der Gebärmutter in den letzten Jahren nicht zu gynäkologischen Untersuchungen gegangen sind. Im Gegensatz dazu erklären 39,64 % der befragten Nutzer*innen, regelmäßig eine Gynäkolog*in aufzusuchen.

Es ist zu erkennen, dass in den Dekaden der Geburtsjahrgänge bis einschließlich 1940 bis 1949 die Mehrheit der Nutzer*innen in den letzten Jahren keine Gynäkolog*in aufgesucht hat. Auf Platz zwei sind in diesen Dekaden die Befragten, die regelmäßig zur gynäkologischen Untersuchung gehen. Die Dekade der 1950 bis 1959 Geborenen stellt einen Wendepunkt dar, da in dieser Gruppe gleich viele Leistungsberechtigte in den letzten Jahren nicht oder aber regelmäßig zur Gynäkolog*in gegangen sind. In den anderen Dekaden geht die Mehrheit der Leistungsberechtigten regelmäßig zur Gynäkolog*in. Die zweitgrößte Gruppe in diesen Dekaden stellen jene dar, die in den letzten Jahren nicht zur Gynäkolog*in gegangen sind.

In der Gruppe derer, die einen Rollator verwenden, um gynäkologische Versorgung in Anspruch zu nehmen, gibt die Hälfte (50 %, n=34) an, dass sie regelmäßig zur Gynäkolog*in gehen. 23,53 % geben an, dass sie in den letzten Jahren nicht gegangen sind. 11,76 % berichten, dass sie unregelmäßig bei Beschwerden gehen, und 10,29 % gehen immer bei Beschwerden.

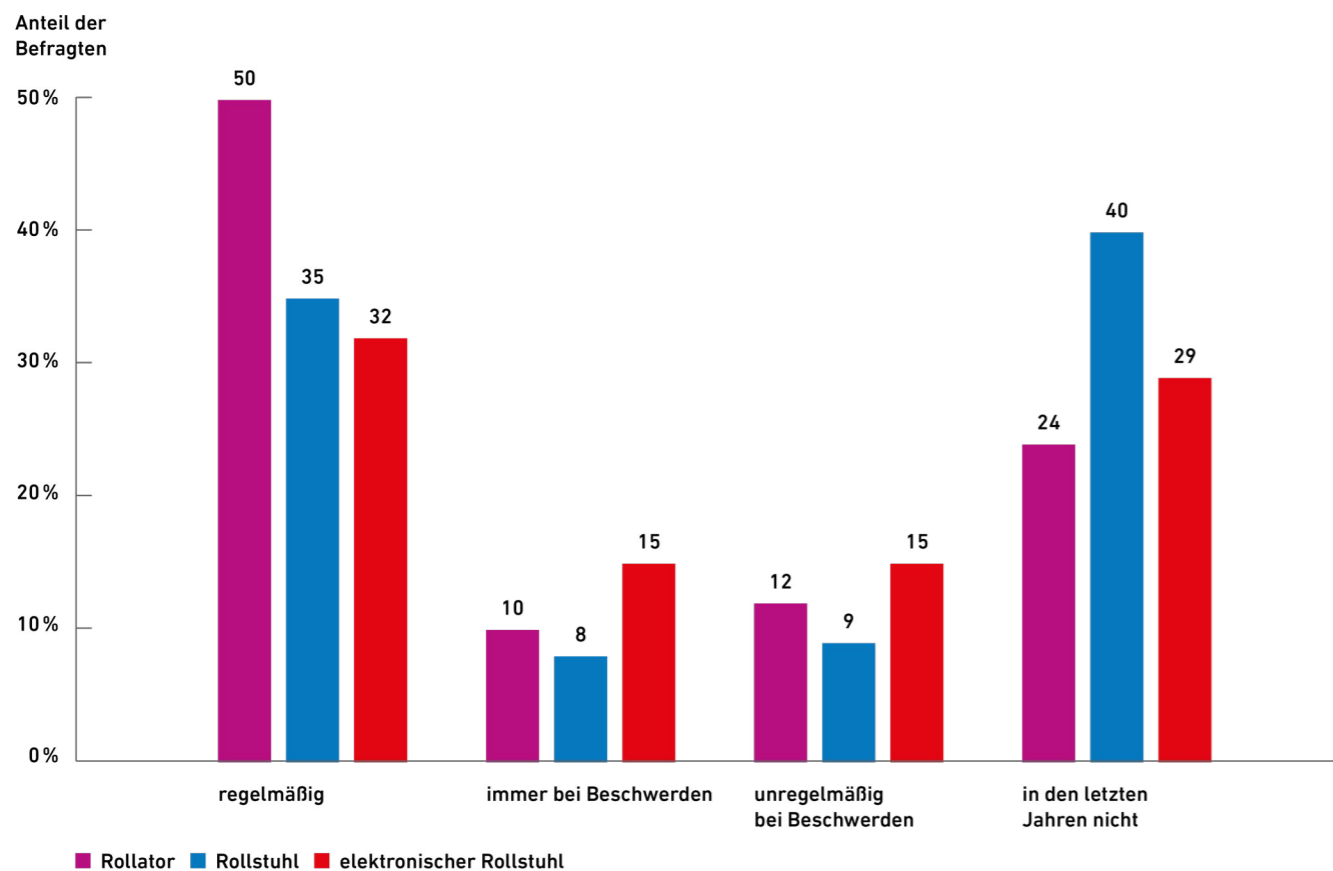
Unter denen, die einen Rollstuhl verwenden, geben 40 % (n=62) an, in den letzten Jahren nicht zur Gynäkolog*in gegangen zu sein, während 34,84 % regelmäßig gehen. 8,39 % gehen immer bei Beschwerden und 9,03 % gehen unregelmäßig bei Beschwerden.

Fast ein Drittel (32,35 %, n=11) der Befragten, die einen elektronischen Rollstuhl verwenden, gibt an, regelmäßig zur Gynäkolog*in zu gehen. Etwas weniger (29,41 %) berichten, in den letzten Jahren keine gynäkologische Untersuchung in Anspruch genommen zu haben. Gleich viele Personen (jeweils 14,71 %) geben an, entweder unregelmäßig oder immer bei Beschwerden zur Gynäkolog*in zu gehen.

Die Umfrageergebnisse zur Bekanntheit der barrierefreien gynäkologischen Sprechstunde am KBM zeigen eine deutliche Verteilung der Antworten unter den Leistungsberechtigten. Ein Anteil von 2,14 % macht keine Angabe zu dieser Frage. Etwa ein Viertel der Befragten (25,36 %) gibt an, die barrierefreie Sprechstunde zu kennen, während die überwiegende Mehrheit (72,50 %) angibt, sie nicht zu kennen.

68 der Befragten nutzen die Möglichkeit, in einem Freitextfenster von ihren Erfahrungen mit der barrierefreien gynäkologischen Sprechstunde am KBM zu berichten. 35,29 % davon (n=24) geben an, dass sie zufrieden oder sehr zufrieden mit der barrierefreien gynäkologischen Sprechstunde am KBM sind. 22,06 % beklagen, dass es zu wenig Termine oder zu lange Wartezeiten bis zu einem Termin gibt. 14,71 % der Freitextantworten beschreiben Herausforderungen bei der Erreichbarkeit der Praxis. Sie sei zu weit weg, habe keine geeigneten Parkmöglichkeiten oder befinde sich auf einem zu großen und unübersichtlichen Gelände.

Abbildung 3
Regelmäßigkeit des Besuches bei der Gynäkolog*in in Hilfsgruppen



Es ist eine sehr wichtige Einrichtung für Frauen mit schweren Mobilitätseinschränkungen. Diese muss als Daseinsfürsorge bleiben, bis endlich die Versorgung in den Quartieren erfolgen kann. STUDIEN-TEILNEHMERIN

Ebenfalls 14,71 % der Freitextantworten beschreiben Herausforderungen innerhalb der Praxis. Hierzu zählen ein unpassender Behandlungsstuhl, eine fehlende Behandlungsliege, zu wenig Platz in den Räumlichkeiten, ein hinderlicher Teppichboden (dies betraf den vormaligen Behandlungsraum) sowie keine barrierefreie Toilette anliegend am Behandlungsraum. Von 11,76 % wird bemängelt, dass die behandelnden Ärzt*innen wechseln, sodass es schwierig sei, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Eine Person berichtet, dass sie von einer anderen Ärztin, als zuvor verabredet, behandelt worden sei, ohne dass sie vorab über den Wechsel informiert wurde. 10,29 % loben freundliche medizinische Fachangestellte oder freundliche Ärzt*innen.

Während einige Leistungsberechtigte loben, dass es viel Zeit für die Behandlung und das Umsetzen auf den Behandlungsstuhl gebe, kritisieren zwei, dass die barrierefreie gynäkologische Sprechstunde am KBM eine schlechte Organisation habe. Eine Person berichtet, dass ihre Terminanfrage trotz Überweisung mit der Begründungen, dass sie ausreichend mobil sei und die barrierefreie gynäkologische Sprechstunde am KBM nur ein Notfallangebot sei, abgelehnt wurde. Eine Person schreibt:

„Es ist eine sehr wichtige Einrichtung für Frauen mit schweren Mobilitätseinschränkungen. Diese muss als Daseinsfürsorge bleiben, bis endlich die Versorgung in den Quartieren erfolgen kann.“¹¹

In Bremerhaven kennen 85,42 % (n=41) der Befragten die barrierefreie gynäkologische Sprechstunde am KBM nicht, im Vergleich zu 72 % der Nutzer*innen aus Bremen, während 10,42 % angeben, sie zu kennen. Ein Anteil von 4,17 % macht keine Angabe zu dieser Frage. Ähnlich dazu geben 80,00 % (n=32) der Befragten aus Bremen-Nord an, die barrierefreie gynäkologische Sprechstunde am KBM nicht zu kennen, während 17,50 % angeben, sie zu kennen. Ein kleiner Anteil von 2,50 % macht keine Angabe zu dieser Frage. Die große Mehrheit der Befragten, die angeben, weder in Bremen-Nord noch in Bremerhaven zu wohnen, kennen die barrierefreie gynäkologische Sprechstunde am KBM ebenfalls nicht (66,86 %, n=117). Jedoch sind 32,00 % der Befragten aus diesen Stadtteilen mit der barrierefreien gynäkologischen Sprechstunde am KBM vertraut. Aus diesen Stadtteilen geben 1,14 % der Befragten keine Antwort auf diese Frage.

¹¹ Zitate aus den Fragebögen sind aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht nummeriert.

Die Umfrageergebnisse zur Frage, ob die Befragten eine Gynäkolog*in in einer niedergelassenen Praxis aufsuchen, zeigen folgende Tendenz: Ein kleiner Prozentsatz von 3,21 % macht keine Angabe zu dieser Frage. Etwa ein Drittel der Leistungsberechtigten (30,36 %) gibt an, keine Praxis aufzusuchen, während die Mehrheit (66,43 %) angibt, dies zu tun. Im Folgenden werden die Befragten gebeten, ihre Erfahrungen beim Besuch der niedergelassenen gynäkologischen Praxis anzugeben, wobei die Auswahl mehrerer Antworten möglich ist. 35,36 % aller Befragten verzichten auf Angaben zu dieser Frage. Circa ein Viertel aller Befragten (24,29 %, n=68) berichten, dass sie eine gute Beziehung zur Ärzt*in haben. Knapp unter einem Drittel gibt an, dass eine barrierefreie Zugänglichkeit gegeben sei (27,86 %), gefolgt von 30 %, die angeben, dass ihnen ausreichend Zeit gegeben wird. Ähnlich viele (31,07 %) vermerken, eine kompetente Beratung und eine verständliche Sprache zu erleben. In Bezug auf die räumliche Nähe zum Wohnort geben 37,50 % an, dass diese gegeben sei. 44,29 % der Leistungsberechtigten berichten, dass ein ausreichender Bewegungsradius in der Praxis gegeben sei. In Bezug auf die Barrierefreiheit geben 45 % an, dass die Praxis eine entsprechende Ausstattung biete. Hinsichtlich der Parkmöglichkeiten stellen 45,71 % der Befragten fest, dass Behindertenparkplätze vorhanden sind. Eine Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr wird von 51,43 % (n=144) als gegeben vermerkt.

Über Notizen auf dem Fragebogen werden weitere Erfahrungen in der gynäkologischen Versorgung berichtet. Von denen, die keine Praxis aufsuchen, geben manche Gründe an: Für eine Leistungsberechtigte ist die Praxis ihrer Gynäkolog*in nicht zugänglich, sodass diese einen Hausbesuch macht. Eine weitere Leistungsberechtigte hat bislang vergeblich versucht, einen Termin in einer Praxis zu vereinbaren, da sie bei Erwähnung ihrer Gehbehinderung abgeblockt werde. Dies sei auch bei Praxen geschehen, die auf Fotos im Internet einen stufenlosen Eindruck machten. Eine Person macht keine Angabe, ob sie eine gynäkologische Praxis aufsucht.

Die Befragten wurden gebeten, ihre Zufriedenheit mit ihrer derzeitigen gynäkologischen Versorgung anzugeben. Ein Anteil von 13,57 % macht keine Angabe zu dieser Frage. 36,43 % (n=102) der Leistungsberechtigten geben an, zufrieden mit ihrer Versorgung zu sein, während 19,64 % angeben, sehr zufrieden zu sein. Andererseits äußern 30,36 % der Befragten Unzufriedenheit mit ihrer derzeitigen gynäkologischen Versorgung.

Im Folgenden wird die Zufriedenheit mit der gynäkologischen Versorgung zweier Gruppen differenziert dargestellt: Die eine Gruppe besteht aus den Leistungsberechtigten, die ankreuzen, dass sie eine Praxis aufsuchen. Die andere Gruppe umfasst all jene, die ankreuzen, nicht in

Abbildung 4
Zufriedenheit mit gynäkologischer Versorgung

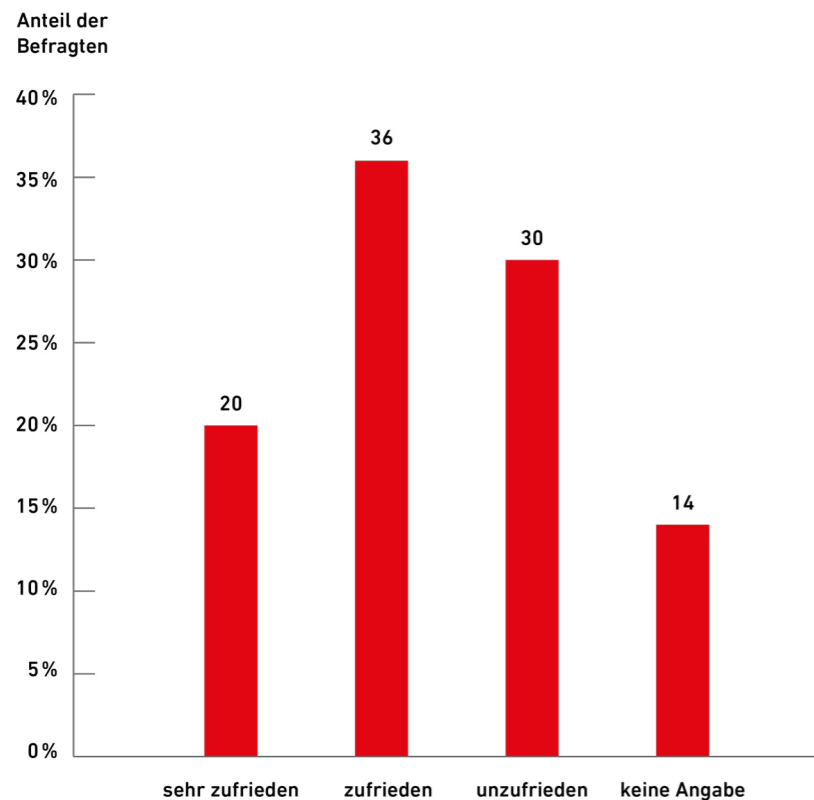
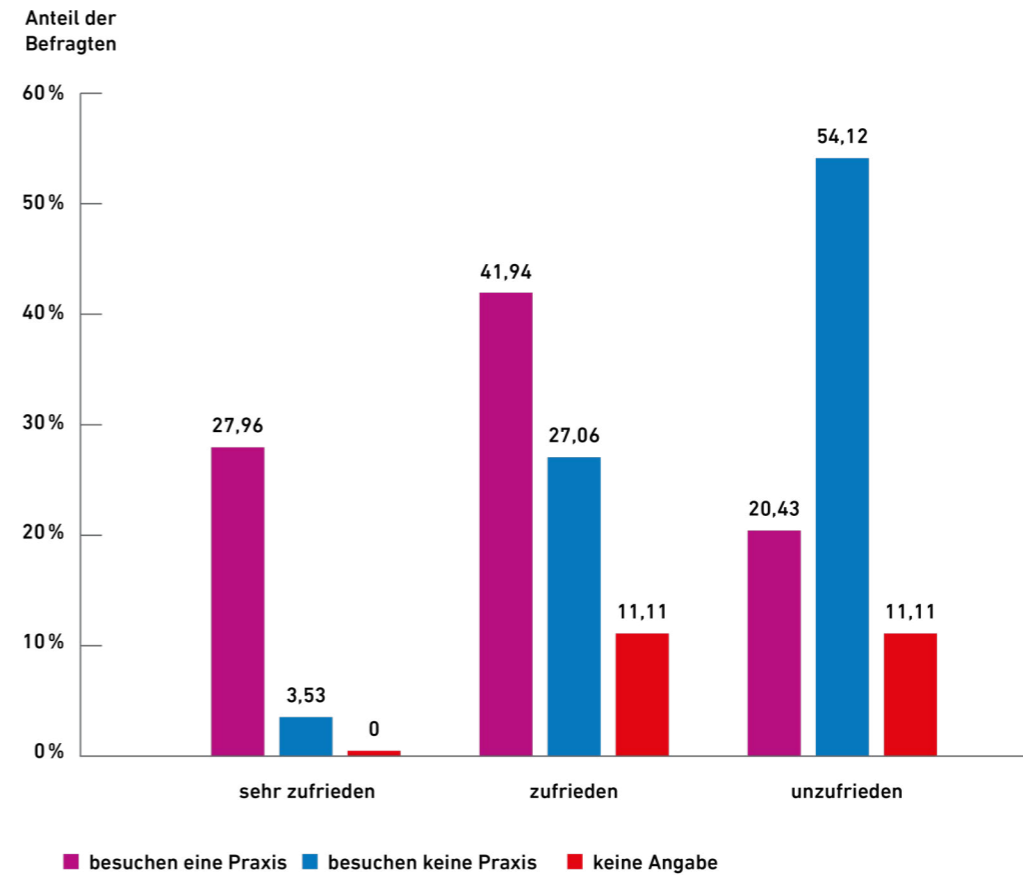


Abbildung 5
Zufriedenheit mit der gynäkologischen Versorgung differenziert nach Praxisbesuch



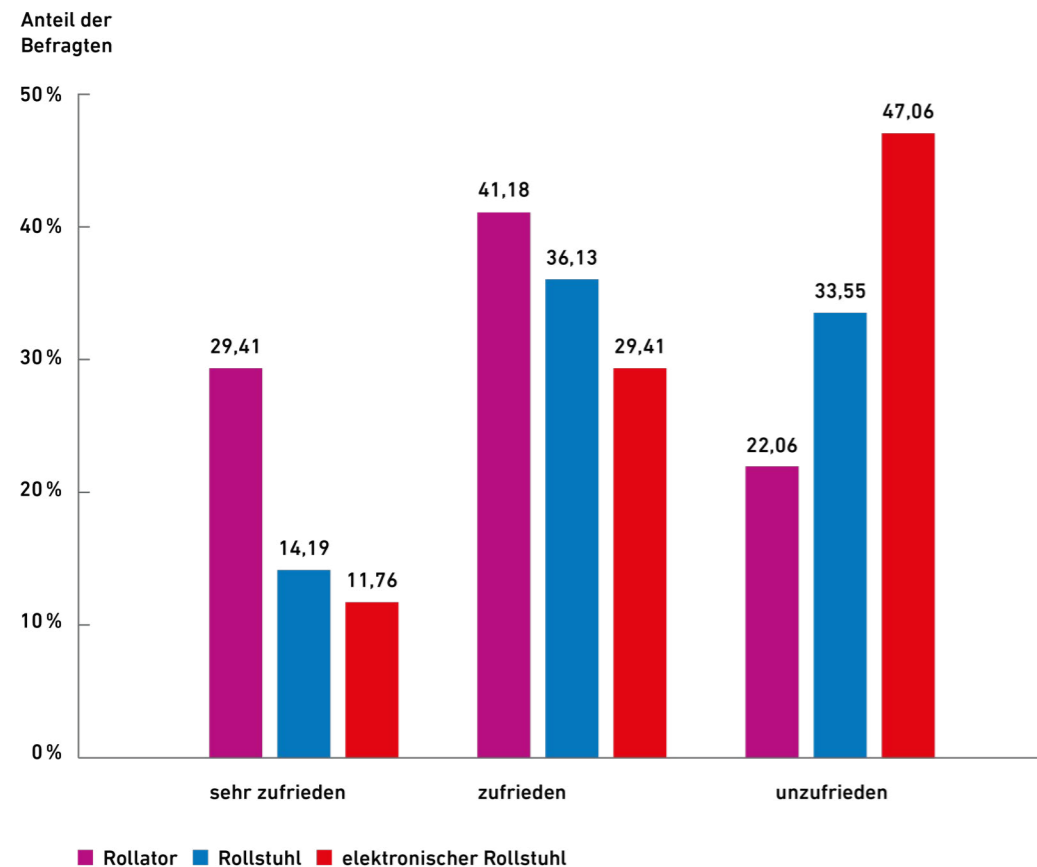
eine Praxis zu gehen. Von denen, die ankreuzen, keine Praxis aufzusuchen, geben 54,12 % (n=46) an, dass sie unzufrieden mit ihrer gynäkologischen Versorgung sind. 27,06 % geben an, zufrieden zu sein, 3,53 % sind sehr zufrieden und 15,29 % machen keine Angabe zu ihrer Zufriedenheit. Bei jenen, die eine Praxis aufsuchen, sind 41,94 % (n=78) zufrieden mit ihrer gynäkologischen Versorgung. 27,96 % sind sehr zufrieden und 20,43 % unzufrieden. 9,68 % machen keine Angabe zu ihrer Zufriedenheit.

während 14,19 % sehr zufrieden sind. Die größte Gruppe der Befragten, die einen E-Rollstuhl verwenden, ist unzufrieden mit ihrer gynäkologischen Versorgung (47,06 %, n=16). 29,41 % geben an, zufrieden zu sein und 11,76 % sind laut Umfrage sehr zufrieden.

Im Folgenden wird die Zufriedenheit mit der gynäkologischen Versorgung für drei Gruppen differenziert aufgeschlüsselt, nämlich für Frauen* die einen Rollator, Rollstuhl oder E-Rollstuhl nutzen. In der Gruppe derer, die einen Rollator benutzen, sind 41,18 % (n=28) zufrieden mit ihrer gynäkologischen Versorgung. 29,41 % sind sehr zufrieden und 22,06 % geben an, unzufrieden zu sein. 36,13 % (n=56) derjenigen, die einen Rollstuhl nutzen, sind zufrieden mit ihrer gynäkologischen Versorgung. Mit 33,55 % geben ähnlich viele an, unzufrieden zu sein,

Abbildung 6

Zufriedenheit in Hilfsmittelgruppe

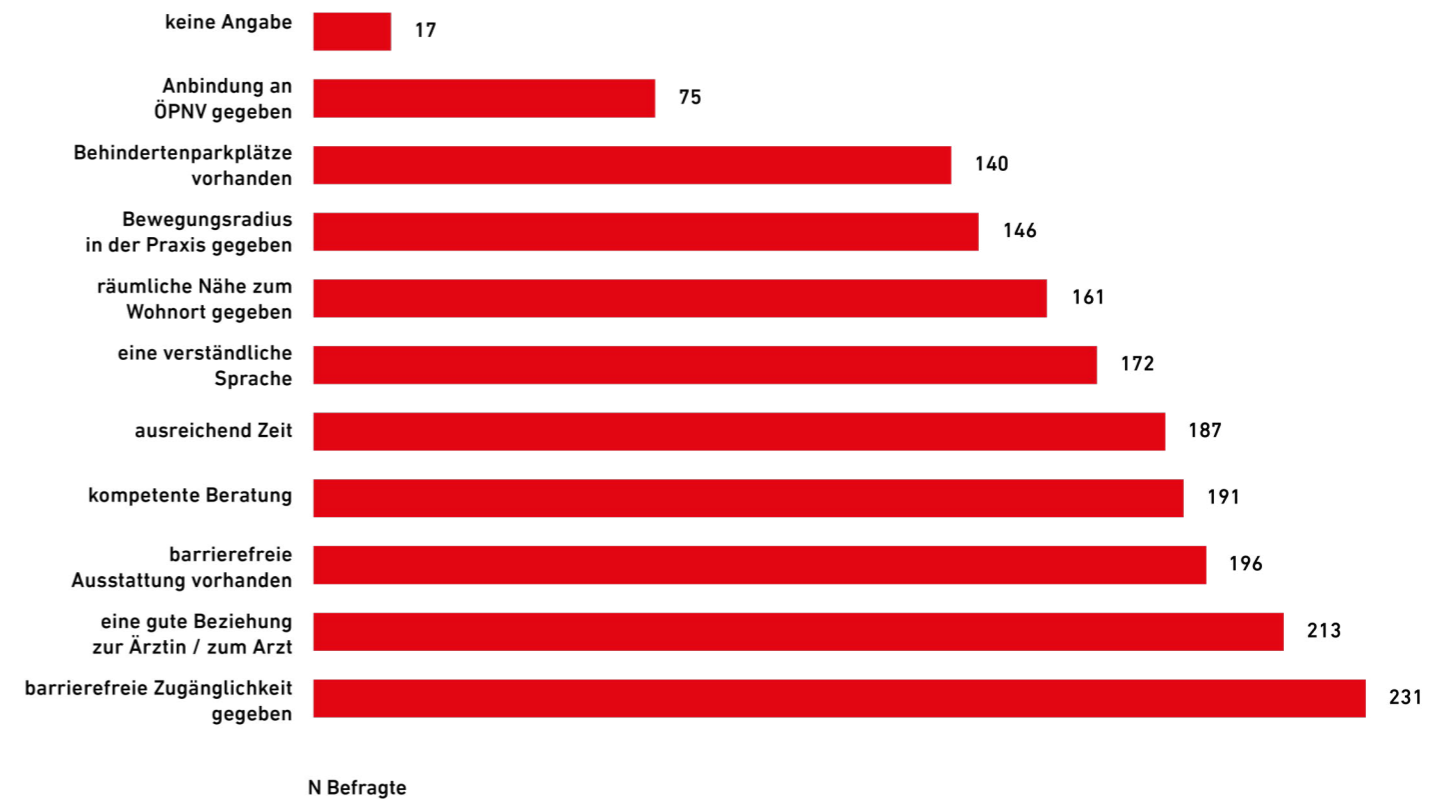


Um herauszufinden, ob ein statistisch signifikanter Unterschied in der Zufriedenheit mit der eigenen gynäkologischen Versorgung vorliegt, werden die Gruppen derer, die einen Rollstuhl und derer, die einen Rollator benutzen, mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests auf Unterschiede geprüft. Die Gruppe derer, die einen elektronischen Rollstuhl benutzen, wird nicht mit einbezogen, da eine zu geringe Fallzahl vorliegt. Die dem Test zugrundeliegende Nullhypothese lautet: Es liegt kein Unterschied vor. Der durchgeführte Chi-Quadrat-Test zeigt ein signifikantes Ergebnis mit einem p-Wert von 0,023. Da dieser p-Wert kleiner als das gesetzte Signifikanzniveau von 0,05 ist, liegen ausreichend Beweise vor, um die Nullhypothese abzulehnen. Dies deutet darauf hin, dass es einen statistisch signifikanten Unterschied in der Zufriedenheit mit der eigenen gynäkologischen Versorgung zwischen den Gruppen der Rollator-Nutzenden und der Rollstuhl-Nutzenden gibt.

Die nächste Frage bezieht sich auf die Aspekte, die für die Leistungsberechtigten bei der gynäkologischen Versorgung von Bedeutung sind, wobei Mehrfachnennungen möglich sind. 6,07 % der Befragten machen zu dieser Frage keine Angaben. Die Ergebnisse zeigen, dass 82,5 % (n=231) der Leistungsberechtigten eine barrierefreie Zugänglichkeit der Praxis wichtig finden, gefolgt von einer guten Beziehung zur Ärzt*in mit 76,07 %. Die Verfügbarkeit einer barrierefreien Ausstattung der Praxis geben 70 % der Befragten an, während 68,21 % eine kompetente Beratung wichtig finden. Die Bedeutung ausreichender Zeit während des Besuchs heben 66,79 % der Leistungsberechtigten hervor, während 61,43 % eine verständliche Sprache angeben. Zusätzlich kreuzen 57,50 % der Befragten die räumliche Nähe zum Wohnort an, gefolgt von einem ausreichenden Bewegungsradius in der Praxis mit 52,14 %. Die Verfügbarkeit von Behindertenparkplätzen geben 50 % der befragten Leistungsberechtigten als wichtigen Aspekt an, während 26,79 % die Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr wichtig finden. Eine detaillierte Verteilung der wichtigen Versorgungsaspekte ist Abbildung 7 zu entnehmen.

Abbildung 7

Wichtige Versorgungsaspekte



Die Befragten wurden dazu aufgefordert, anzugeben, ob sie derzeit nach einer neuen Gynäkolog*in oder einem neuen Gynäkologen suchen. Ein Anteil von 6,43 % der Leistungsberechtigten macht keine Angabe zu dieser Frage. Es geben 28,21 % (n=79) an, dass sie tatsächlich auf der Suche nach einer neuen Gynäkolog*in sind. In deutlicher Mehrheit von 65,36 % geben die Befragten jedoch an, derzeit nicht aktiv nach einer neuen Gynäkolog*in zu suchen.

114 Personen beantworten mindestens eine der drei Fragen zu ihren Wünschen und Bedarfen in der gynäkologischen Versorgung über die Freitextfelder, wobei sie mehrere Angaben machen. Diese werden übersichtshalber in vier Kategorien aufgeteilt: Zugänglichkeit und Ausstattung der Praxis, Behandlung durch medizinische Fachangestellte und Ärzt*innen, Angebote der Praxis und Sonstiges.

In der Kategorie „Zugänglichkeit und Ausstattung der Praxis“ wird zwölf Mal genannt, dass ein barrierefreies WC wichtig sei. Das entspricht einem Anteil von 10,53 % aller gegebenen Antworten. Acht Mal (7,02 %) wird ein höhenverstellbarer Untersuchungsstuhl gewünscht, der einfach zu bedienen sein soll. Sechs Mal wird der Wunsch nach einer (Decken-) Liftanlage genannt. Fünf Mal wird eine breite und höhen-

verstellbare Untersuchungsliege anstelle eines Untersuchungsstuhls als wichtig angeführt. Vier Mal wird sich ein Fahrstuhl und ebenfalls vier Mal werden sich Räumlichkeiten, die für (E-)Rollstühle geeignet sind, gewünscht. Es gibt drei Leistungsberechtigten, die sich Ultraschalluntersuchungen allgemein oder im Liegen wünschen. Von fünf Leistungsberechtigten wird Mammografie gewünscht. Diese soll entweder im Liegen oder aber sitzend im (E-)Rollstuhl erfolgen können. Zwei Leistungsberechtigten wünschen sich einen geräumigen Umkleieraum für Rollstuhlfahrer*innen und zwei weitere genügend Behindertenparkplätze. Außerdem wird ein barrierefreier Zugang (auch für die Persönliche Assistenz) erbeten, eine automatische Eingangstür und kein Teppichboden. Bezogen auf die Praxis wird eine zeitgemäße Ausstattung des Wartezimmers und eine allgemeine, ruhige Wohlfühlatmosphäre gewünscht. Eine Leistungsberechtigte beschreibt, dass sie eventuell in Narkose auf einem Bett untersucht werden müsse, da sie nicht allein auf den gynäkologischen Stuhl komme.

In der Kategorie „Behandlung durch medizinische Fachangestellte und Ärzt*innen“ wird ein Bedarf an Freundlichkeit (seitens der Ärzt*innen) elf Mal genannt. Das entspricht einem Anteil von 9,65 % aller gegebenen Antworten. Außerdem werden vereinzelt Offenheit, Flexibilität, Sympathie, Geduld bei der Untersuchung sowie Teamarbeit mit den Leistungsberechtigten angeführt. Als wichtig wird die Behandlung immer durch die gleiche Ärzt*in von sechs Leistungsberechtigten genannt. Das entspricht einem Anteil von 5,26 % aller gegebenen Antworten. Fünf Antworten beziehen sich auf den Untersuchungsprozess. Wichtig hierbei sind eine wunschgemäße Beratung und Untersuchung, die Beantwortung aller Fragen sowie eine intensive Untersuchung vor der Diagnosestellung. Ebenfalls fünf Mal wünscht man sich verständnisvolle Ärzt*innen mit Einfühlungsvermögen. Für die barrierefreie Behandlung (einschl. Personenlifter) geschulte und verständnisvolle medizinische Fachangestellte werden von vier Leistungsberechtigten als wünschenswert angeführt. Eine Person spezifiziert, dass es seitens der medizinischen Fachangestellten keine Überforderung geben sollte, wenn sie sehen, dass Personen im Rollstuhl auch laufen können. Ebenso soll es keine merkwürdigen Blicke geben, wenn Personen sich nicht selbstständig umziehen könnten. Vier Leistungsberechtigte beschreiben den Wunsch nach kompetenten Ärzt*innen mit viel Fachwissen, auch über die Behinderung. Eine Person wünscht sich Verständnis seitens der Ärzt*innen von frauenärztlichen Themen im Kontext von Behinderung. Dabei zählt sie auf: Kinderwunsch, Recht auf gleiche Teilhabe, Inkontinenz und sexuelle Lust. Eine andere Leistungsberechtigte berichtet, dass ihr Kinderwunsch in der Vergangenheit nicht ernstgenommen wurde und ihr generell davon abgeraten wurde, Kinder zu bekommen, obwohl es keine medizinischen Gründe gab. Sie wünscht sich, dass sich solche Einstellungen seitens der Gynäkolog*innen ändern. Der Aspekt der Hilfsbereitschaft wird vier Mal genannt. Dabei geht es um Unterstützung beim Transfer auf den gynäkologischen Stuhl, Hilfestellungen und Bereitstellung einer Assistenz. Drei Leistungsberechtigte betonen die Relevanz eines respektvollen Umgangs, der eine persönliche Ansprache beinhaltet.

In der Kategorie „Angebote der Praxis“ beziehen sich viele Angaben auf Termine und Wartezeiten. Acht Leistungsberechtigte wünschen sich die Möglichkeit kurzfristiger Termine (bei Beschwerden). Das entspricht einem Anteil von 7,02 % aller gegebenen Antworten. Zwei Leistungsberechtigte wünschen sich Termine vormittags bzw. solche, die mit Schichtdienst vereinbar sind. Drei Leistungsberechtigte wünschen sich kurze Wartezeiten. Fünf Leistungsberechtigte, was 4,39 % aller Antworten entspricht, beziehen sich darauf, dass eine flexible Terminvergabe gewünscht wird. Hierbei sei eine gute Organisation der Termine und Wartezeiten wichtig. Außerdem sollte die Praxis telefonisch gut erreichbar sein oder ein Online-Terminbuchungsverfahren bereitstellen. Fünf Leistungsberechtigte wünschen

sich, dass Hausbesuche angeboten werden. In einem dieser Fälle erläutert die Leistungsberechtigte, dass sie darauf angewiesen sei, da sie bettlägerig ist. Vier Leistungsberechtigte wünschen sich sprachliche Kompetenzen. Hierzu gehören Mehrsprachigkeit, Türkisch und Leichte Sprache. Zwei Leistungsberechtigte beziehen sich auf die Versorgung bei Krebserkrankungen. Eine Leistungsberechtigte wünscht sich eine Onkologie in der Praxis und eine andere, dass sie bei Brustkrebs gut versorgt werde.

Außerhalb der Kategorien geben zwei Personen an, dass es mehr Angebote wie die barrierefreie gynäkologische Sprechstunde am KBM geben sollte, u. a. in der Hoffnung, dann auch freie Ärzt*innenwahl haben zu können. Eine Person wünscht sich, dass ein Großteil der gynäkologischen Praxen offen für beeinträchtigte Personen sei. Drei Personen beziehen sich auf die barrierefreie gynäkologische Sprechstunde am KBM. Dort werden sich mehr Termine gewünscht und eine Behandlung durch die immer gleiche Ärzt*in. Außerdem gibt eine Person an, dass Barrierefreiheit für sie nicht das entscheidende Kriterium für oder gegen eine Praxis sei.

2.2 Erfahrungen und Wünsche aus der quantitativen Erhebung

Im Folgenden werden die Antworten von Frage drei und fünf miteinander verglichen. Frage drei bezieht sich auf Erfahrungen, die beim Praxisbesuch gemacht werden, während Frage fünf weitere Wünsche für die gynäkologische Versorgung behandelt. In beiden Fragen können über die gleichen Ankreuzoptionen Versorgungsaspekte gewählt werden. Durch den direkten Vergleich, wie viele Befragte einen gewünschten Versorgungsaspekt erfahren und wie viele ihn nicht erfahren, lassen sich offene Bedarfe in der gynäkologischen Versorgung herausarbeiten.

In Bezug auf den Versorgungsaspekt „eine gute Beziehung zur Ärztin / zum Arzt“ wünschen sich 28,93 % eine gute Beziehung, erleben sie aber nicht in ihrer gynäkologischen Behandlung. Hingegen stehen bei 47,14 % die Erfahrung einer guten Beziehung und der Wunsch nach dieser im Einklang. In Bezug auf „ausreichend Zeit“ entspricht die Erfahrung dem Wunsch bei 41,07 %, während bei 25,71 % der Wunsch nach mehr Zeit in der Behandlung nicht erfüllt wird.

Der Aspekt „Bewegungsradius in der Praxis“ ist bei 23,21 % der Leistungsberechtigten sowohl wichtig als auch vorhanden, jedoch liegt bei 28,93 % der unerfüllte Wunsch nach einem Bewegungsradius in der Praxis vor. In Bezug auf die „räumliche Nähe zum Wohnort“ entsprechen die Erfahrun-

gen von 31,43 % der Leistungsberechtigten dem Wunsch, während für 26,07 % lediglich der Wunsch nach einer näheren Praxis besteht.

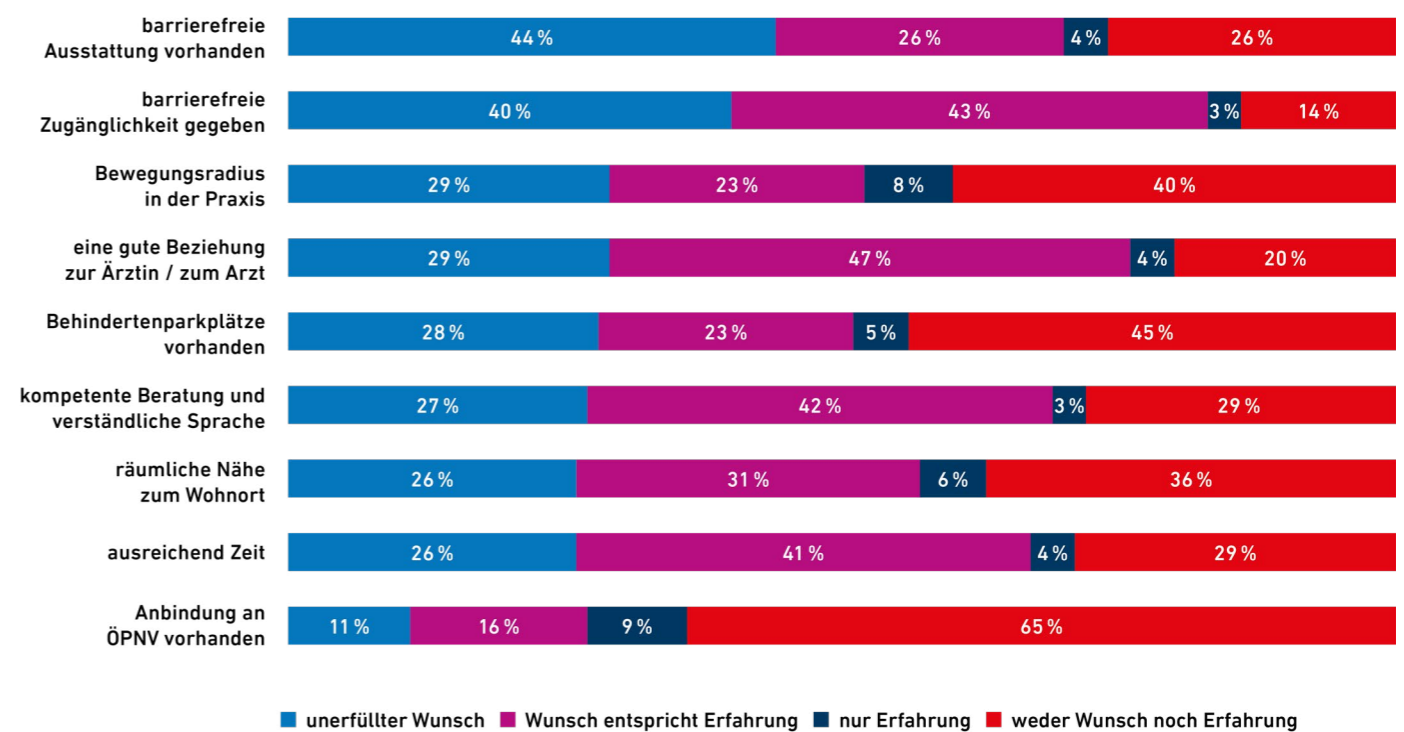
Die „barrierefreie Ausstattung“ ist bei 25,71 % vorhanden und entspricht somit dem Wunsch, während für 44,29 % lediglich der unerfüllte Wunsch nach barrierefreier Ausstattung besteht. „Barrierefreie Zugänglichkeit“ wird für 42,50 % sowohl als wichtig erachtet als auch erfahren, während für 40 % lediglich der Wunsch nach barrierefreier Zugänglichkeit besteht. Die „Anbindung an den ÖPNV“ wird von 15,71 % der Leistungsberechtigten als wichtig erachtet und gleichzeitig erfahren. Hingegen haben 11,07 % lediglich den Wunsch nach einer Anbindung, ohne diese zu erfahren. „Behindertenparkplätze“ sind bei 22,50 % gewünscht und vorhanden, während 27,50 % die Erfahrung nicht machen, sie sich aber wünschen. Für 41,79 % entspricht bei „kompetente Beratung und verständliche Sprache“ die Erfahrung dem Wunsch, während bei 26,79 % der Wunsch nach kompetenter Beratung und verständlicher Sprache unerfüllt geblieben ist.

Die größten Unterschiede zwischen der Gruppe derer, deren Wünsche ihren Erfahrungen entsprechen, und derer, die nicht die gewünschten Erfahrungen machen, liegen in den Rubriken „barrierefreie Ausstattung vorhanden“, „Bewegungsradius in der Praxis“ und „Behindertenparkplätze“. In diesen Rubriken erleben mehr Befragte einen unerfüllten Wunsch, als Befragte von einem erfüllten Wunsch sprechen können.

Die Leistungsberechtigten werden gebeten anzugeben, in welchem Stadtteil sich ein gynäkologisches Versorgungsangebot befinden sollte. Es ist zu beachten, dass Mehrfachnennungen möglich sind und die Prozentangaben sich auf die Gesamtzahl der Befragten beziehen. Die Ergebnisse zeigen, dass 18,21 % der Leistungsberechtigten für Bremen-Mitte stimmen. Schwachhausen und Vegesack haben jeweils 13,57 % der Leistungsberechtigten angekreuzt. Walle und Findorff erhalten ähnliche Anteile von 12,14 % bzw. 11,79 %. Den Stadtteil Horn-Lehe geben 11,43 % der Befragten an. Für die Neustadt stimmen 10,71 % der Leistungsberechtigten.

Abbildung 8

Erfahrungen von und Wünsche für die gynäkologische Versorgung



2.3 Perspektiven aus der qualitativen Befragung

Von den 16 angeschriebenen Leistungsberechtigten, die sich zuvor im Fragebogen interessiert an einem Interview gezeigt hatten, standen 13 Personen für Interviews zur Verfügung. Diese Interviews wurden im Zeitraum 27.11.2023 bis 5.1.2024 geführt. Das Alter der Befragten reichte von 23 bis 81 Jahren, wobei der Median bei 54 Jahren lag. Zehn Interviews wurden über Zoom geführt, während drei Interviews telefonisch abgehalten wurden. Acht Leistungsberechtigte haben mindestens einmal das Angebot der barrierefreien gynäkologischen Sprechstunde am KBM genutzt. Aus den Interviews ging bei drei Leistungsberechtigten eindeutig hervor, dass sie in Bremen wohnen, während bei zwei Befragten klar wurde, dass sie in Bremerhaven leben. Der Wohnort der anderen Interviewten wurde nicht benannt.

Wie in Kapitel 1.7 beschrieben, wurde für die qualitative Erhebung eine Selbstrekrutierungsstrategie eingesetzt und diese im Sinne eines sequentiellen Samplings durchgeführt. Hieraus kann ein Selektionsbias resultieren, da die Teilnahme an der Fragebogenerhebung bereits auf freiwilliger Basis fußt und die Bereitschaft für ein Interview noch einen weiteren Aufwand bedeutet. In einem heterogenen Sample ist davon auszugehen, dass nicht alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen die Kapazitäten haben, ein solches Angebot zu machen. In der Stichprobe ist daher womöglich eine geminderte Repräsentativität von jenen Frauen* vorhanden, deren Versorgungssituation besonders mindere Qualität aufweist und die zum Beispiel aufgrund von Sprachbarrieren nicht an den Interviews teilnehmen konnten.

Die Ergebnisse lassen sich in vier Themenblöcken systematisieren: Erleben der Herausforderungen, Strategien und Hilfestellungen, Wünsche und Verbesserungsvorschläge sowie spezifische Erfahrungen in der barrierefreien gynäkologischen Sprechstunde am KBM. Abschließend werden noch die sonstigen Erfahrungen beschrieben.

Die Leistungsberechtigten berichten von einer Vielfalt an Herausforderungen, die sie in der gynäkologischen Versorgung erleben. Diese lassen sich untergliedern in Herausforderungen in der Zugänglichkeit zur Praxis und innerhalb der Praxis. Danach werden persönliche Belastungen und Unannehmlichkeiten der Patient*innen beschrieben und anschließend Herausforderungen im Zwischenmenschlichen. Abschließend werden weitere herausfordernde Aspekte angeführt, die nicht in die zuvor beschriebenen Themenfelder einzusortieren sind.

Betreffend der Zugänglichkeit zur Praxis berichten sechs von 13 Leistungsberechtigten von herausfordernden Eingangssituationen, entweder durch Treppen, fehlende oder zu kleine Aufzüge, die mit Hilfsmitteln nicht betreten werden können oder die nur durch eine Treppe zu erreichen seien (LB01, 04, 07, 08, 09, 13).¹² Ein Zitat illustriert, was dies mitunter für die Leistungsberechtigte bedeuten kann:

„Ich hatte einen ganz, ganz tollen, tollen Arzt. [...] Da bin ich auch bis zum Schluss gewesen, obwohl ich dann immer jemanden brauchte und ich bin dann auf dem Gesäß die Treppe rauf und das ist natürlich kein Zustand und das ist schon ganz übel.“ (LB04, Paragraph 30)

Drei Leistungsberechtigte beschreiben zu schwer zu öffnende Türen (LB04, 08, 11). Zwei Leistungsberechtigte beklagen ein komplett fehlendes oder nur einseitiges Geländer bei bestehenden Stufen (LB01, 07). Zwei weitere Leistungsberechtigte berichten von fehlender Versorgung in der Nähe aufgrund von zu weit vom Wohnort entfernten Versorgungsangeboten (LB02, 10). Vereinzelt wird von hinderlichen Kanten an Türschwellen (LB06), fehlenden Treppenliften (LB06) und Parkplätzen (LB07) oder beschwerlichen Anreise mit den öffentlichen Verkehrsmitteln (LB08) berichtet.

Die Situation innerhalb der Praxis beklagen sieben von 13 Leistungsberechtigten aufgrund von enger Räumlichkeiten, um sich mit einem Hilfsmittel bewegen zu können, um Hilfsmittel abstellen zu können, um an den Untersuchungsstuhl heranfahren oder um im Wartezimmer Platz nehmen zu können (LB01, 03, 06, 08, 09, 11, 12). Vier Leistungsberechtigte beschreiben, dass die von ihnen besuchten Praxen ungeeignete WCs hätten. Sie berichten hierbei von zu kleinen WC-Räumen, zu schmalen Türen, um mit einem Hilfsmittel hindurch zu kommen oder WCs, die sich in anderen Etagen des Gebäudes befinden und somit nur unter erheblichem Zeitaufwand zu nutzen seien (LB01, 04, 11, 13). Drei Leistungsberechtigte beklagen die unpassenden Gegebenheiten des gynäkologischen Stuhls, da sie beispielsweise auf diesen nicht hinaufkommen würden (LB03, 04, 11). Drei der Befragten betonen ausdrücklich, dass ihre aktuelle Praxis nicht barrierefrei sei (LB01, 07, 13). Ebenfalls drei Leistungsberechtigte beschreiben schwierige Umkleesituationen durch zu enge Räume oder zu schwer zu bewegende Vorhänge (LB01, 04, 09). Eine Interviewpartnerin erzählt, dass sie sich wegen einer zu kleinen Umkleidekabine im freien Raum habe entkleiden müssen (LB09). Vereinzelt wird von Stufen innerhalb der Praxis (LB07), fehlenden Liegen zum Aus- und Umziehen oder Unter-

¹² Die Abkürzung LB steht für Leistungsberechtigte und ist jeweils durch die Nummer eines der 13 Interviews ergänzt. So steht LB01 für das erste Interview, LB02 das zweite und so weiter. Die Zitate entstammen den Transkripten der Interviews. Hier verweist „LB04, Paragraph 30“ auf die entsprechende Stelle im vierten Interview.

”

Ich versuche, dass ich das im Vorfeld schon anmelde und sage, dass wir halt mehr Zeit brauchen. Aber das ist auch oft so, dass dann gesagt wird ‚Ja, natürlich haben wir Zeit‘, aber ja, die Realität ist dann ein bisschen anders. LB12, PARAGRAPH 18

suchen (LB03), zu engen Türen (LB06) oder Grenzen in der körperlichen Kraft der medizinischen Fachangestellten für Hilfestellungen (LB09) berichtet. Wie sich die Gestaltung einer Praxis als Barriere darstellen kann, zeigt dieses Zitat:

„Die Tür zur Praxis ist dann oft auch recht schwergängig. Dann ist diese Empfangssituation zunehmend mehr, dass man wirklich vor der Wand steht, weil der Tresen so hoch ist. Die Wartesituation ist auch manchmal so, dass man gar nicht ins Wartezimmer passt, weil da die Stühle so dicht gestellt sind, dass man gar keinen Platz hat, um mit den anderen da zu sitzen, sozusagen.“ (LB11, Paragraph 20)

Die Befragten berichten von unterschiedlichen persönlichen Belastungen, Gefühlen und Herausforderungen. Drei Leistungsberechtigte beschreiben persönliche Herausforderungen beim Spreizen oder Kontrollieren der eigenen Beine aufgrund ihrer Erkrankungen (LB04, 08, 13). Es werden drei Felder genannt, in denen Unterstützung benötigt wird: Drei Personen brauchen Unterstützung beim Transfer auf den Untersuchungsstuhl (LB08, 12, 13), zwei davon benötigen auch Unterstützung beim Umkleiden (LB08, 13) und zwei weitere beschreiben, dass sie mindestens eine Assistenz benötigen (LB10, 12). Das subjektive Empfinden während

des Untersuchungsprozesses wird unterschiedlich, jedoch durchweg negativ beschrieben. Zwei Leistungsberechtigte empfinden die Untersuchungssituation als demütigend oder verspüren dabei Scham (LB04, 13). Die gleichen Personen fühlen sich zudem gestresst (LB04, 13). Zwei weitere beschreiben, dass sie sich ausgeliefert oder hilflos (beim Hängen im Personenlifter) fühlen würden (LB04, 11). Eine Interviewpartnerin beschreibt die Situation des Umkleidens als unangenehm (LB04), eine andere betont, dass ein Besuch bei der Gynäkologin immer mit viel Aufwand verbunden sei (LB10) und eine Befragte betont, dass der Besuch immer eine große psychische Anstrengung bedeute, da sie sich mit ihrer Gefühlswelt auseinandersetzen und sich manchmal auch durch die Strapazen durchbeißen müsse (LB13). Dies wirkt sich auf die Bereitschaft aus, sich in ein Versorgungssetting zu begeben, wie ein Zitat deutlich macht:

„Ich muss sagen, ich bin immer froh, wenn ich es hinter mir habe, in Führungsstrichen, weil es ist ja doch immer ein Aufwand. Also meistens kommen dann immer zwei Leute mit zum Umsetzen, anziehen, ausziehen usw. also es ist immer schon ein Akt und ich war auch jetzt schon ich muss eigentlich zwingend wieder, aber ich versuche das halt eigentlich immer so weit wie möglich rauszuschieben, weil es halt umständlich ist.“ (LB10, Paragraph 5)

Es werden unterschiedliche Herausforderungen im Umgang der Praxisangestellten und Ärzt*innen mit den Befragten geschildert. Drei Leistungsberechtigte beschreiben Situationen, in denen die medizinischen Fachangestellten ungeduldig wirkten oder versucht hätten, das persönliche Tempo der Patient*innen zu beschleunigen (LB01, 08, 12). Zwei der Befragten beschreiben, dass sie für eine Untersuchung an ein Krankenhaus oder wiederholt an andere Praxen verwiesen worden seien, sodass sie sich unerwünscht gefühlt hätten (LB01, 04). Zwei weitere Personen schildern Situationen, in denen nötige Hilfestellungen vergessen worden seien oder Informationen zur Barrierefreiheit nicht zuverlässig gegeben werden konnten, weil die medizinischen Fachangestellten kein Wissen zu Barrierefreiheit hatten (LB01, 08). Zwei Leistungsberechtigte schildern Situationen, in denen unsensibel oder sogar verletzend mit ihnen umgegangen worden sei (LB08, 11). Zwei andere Befragte beschreiben, dass ihre vorab kommunizierten Bedürfnisse übergangen worden seien, beispielsweise indem nicht auf klar geäußerte Sicherheitsbedenken nach einer Vollnarkose eingegangen wurde (LB10, 12). Zwei der Interviewten machen sich Sorgen, wie ihre Versorgung in der Zukunft bei abnehmender Mobilität aussehen wird (LB06, 09). Welche Strategien die Leistungsberechtigten einsetzen, um den Herausforderungen zu begegnen, zeigt ein Zitat:

„Ich versuche, dass ich das im Vorfeld schon anmelde und sage, dass wir halt mehr Zeit brauchen. Aber das ist auch oft so, dass dann gesagt wird ‚Ja, natürlich haben wir Zeit‘, aber ja, die Realität ist dann ein bisschen anders.“ (LB12, Paragraph 18)

Außerdem werden verschiedene herausfordernde Aspekte angeführt, die nicht in die genannten Subkategorien einzuordnen sind. In drei Fällen wird die Versorgungslage allgemein thematisiert: Es wird festgestellt, dass sie in Bremerhaven besonders schlecht sei (LB02, 04) oder es wird darauf hingewiesen, dass sie bis auf das Angebot der barrierefreien gynäkologischen Sprechstunde am KBM gar nicht vorhanden sei (LB05). Eine Leistungsberechtigte beschreibt, dass sie keinen Mut habe, sich mit ihrer Behinderung in einer Praxis zu melden (LB05). Eine andere Befragte beklagt das Abhängigkeitsverhältnis zu bezahlten Assistenzkräften, die unzuverlässig sein können, deren Unterstützung sie aber bedürfe, um Versorgung in Anspruch zu nehmen (LB08). Eine weitere gibt an, nur bei akuten Beschwerden zur Untersuchung zu gehen, da der Besuch in einer nicht barrierefreien Praxis für sie kompliziert sei (LB11).

Inwiefern diese als belastend erlebten Situationen Einfluss auf die Bereitschaft haben, Versorgung in Anspruch zu nehmen, macht ein weiteres Zitat deutlich:

„Ich bin jetzt ungefähr 25 Jahre behindert und da ich 61 jetzt gerade gestern geworden bin / Es gingen ja dann meine Wechseljahre los. Also ich benötigte dann

gar keinen Frauenarzt mehr. [...] Und zu einer anderen normalen Praxis hätte ich niemals mehr den Mut gehabt zu gehen oder zu fragen oder überhaupt nachzufragen, was da für Möglichkeiten bestehen. Ich hätte einfach / Ich weiß nicht, was ich gemacht hätte.“ (LB05, Paragraph 10)

Leistungsberechtigte entwickeln Strategien und greifen auf Hilfestellungen zurück, um diese Barrieren zu überwinden. Es werden im Folgenden zunächst Aspekte der barrierefreien Zugänglichkeit beschrieben, bevor auf Strategien und Hilfestellungen innerhalb der Praxis eingegangen wird. Anschließend wird hilfreiches zwischenmenschliches Verhalten der Praxisangestellten und Ärzt*innen beschrieben sowie sinnvolle Hilfestellungen durch andere Personen geschildert. Abschließend werden weitere Aussagen zu Strategien und Hilfestellungen genannt, die sich nicht in die zuvor beschriebenen Themenfelder einsortieren lassen.

Es werden diverse hilfreiche Aspekte geschildert, die die Zugänglichkeit zur Praxis erleichtern: Fünf von 13 Leistungsberechtigten berichten, dass ihre Praxis über einen Aufzug verfüge (LB04, 06, 08, 09, 10). Zwei Befragte können von einem barrierefreien Eingang in die Praxis berichten (LB04, 13). Eine andere berichtet, dass die von ihr besuchte Praxis über eine automatische Tür mit Bewegungsmelder verfüge, die ihr das unabhängige Betreten der Praxis ermögliche (LB08). Des Weiteren werden ein vorhandenes Gelände (LB07), die Möglichkeit, mit dem Taxi bis vor die Eingangstür zu fahren (LB01), eine gute Anbindung an den ÖPNV (LB08) und die zentrale Lage (LB09) als hilfreich benannt.

Auch die Zuwege können so gestaltet sein, dass sie eine Hilfestellung ermöglichen, wie ein Zitat illustriert:

„Worauf ich auch immer achte ist, egal wo ich in die Praxis gehe, dass die Möglichkeit da ist, dass das Taxi da ranfahren kann und mich in Ruhe ein- und aussteigen lassen kann, so dass man da nicht irgendwo auf der Straße steht und die hinten hupen oder sowas.“ (LB01, Paragraph 28)

Auch innerhalb der Praxen fördern Aspekte die Barrierefreiheit. Vier Leistungsberechtigte berichten, dass große Räume wichtig seien, um sich mit den Hilfsmitteln bewegen zu können (LB01, 08, 10, 12). In weiteren vier Interviews wird die Relevanz eines beispielsweise in der Höhe anpassbaren gynäkologischen Untersuchungsstuhls betont, um leichter vom Rollstuhl auf den Untersuchungsstuhl wechseln zu können (LB04, 06, 08, 13). Zwei der Interviewten benennen die Hilfe durch die medizinischen Fachangestellten als förderlich (LB02, 13), zwei weitere nennen ein barrierefreies WC als sehr hilfreich (LB08, 13). Vereinzelt werden ein Personenlift (LB02), eine generell barrierefreie Praxis (LB12), ein Ultraschallgerät mit dazugehöriger absenkbarer Liege, die eine Untersuchung im Liegen

ermöglicht (LB13), als positive Aspekte genannt. Inwiefern die Anpassung an die Möglichkeiten der Leistungsberechtigten als Hilfe verstanden wird, illustriert das folgende Zitat:

„Personal und Hilfsmittel wie ein Lift. Und hilfreich ist, dass die Untersuchungstische oder Stühle eben halt verstellbar sind, dass sie sich individuell auf die Person einstellen und nicht andersrum.“ (LB02, Paragraph 17)

Es wird vielfältig beschrieben, welches Verhalten der medizinischen Fachangestellten und der Ärzt*innen sich positiv auf das Behandlungserlebnis auswirkt. Sieben der 13 Interviewten berichten positiv von geduligen Ärzt*innen und medizinischen Fachangestellten (LB01, 02, 07, 08, 09, 12, 13). Jeweils vier Leistungsberechtigte erwähnen Erfahrungen mit freundlichen und bemühten Ärzt*innen (LB01, 06, 07, 09) oder netten und bemühten medizinischen Fachangestellten (LB01, 04, 07, 09). Drei Befragte betonen, dass sowohl Ärzt*in als auch medizinische Fachangestellte sehr hilfsbereit seien (LB01, 09, 13). Drei weitere Leistungsberechtigte berichten von einfühlsamen und verständnisvollen medizinischen Fachangestellten und Ärzt*innen (LB01, 06, 08). Wiederum drei andere schildern eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe mit dem Praxisteam und der Ärzt*in und dass diese auf ihre Bedürfnisse eingehen würden (LB01, 06, 08). Eine Interviewpartnerin schätzt bedürfnisklärende Gespräche vorab und wenn alle Behandlungsschritte erklärt werden (LB12). Eine weitere nimmt die Barrieren der Praxis gerne in Kauf, weil alle in der Praxis so nett seien (LB01). Eine Person empfindet es als hilfreich, einen Termin am Ende des Tages zu bekommen, da sie so mehr Zeit zum Umziehen habe, ohne in Stress zu geraten, wie ihr O-Ton deutlich macht:

„Ich hatte den Termin glaube ich am Freitag 12:00, so als Letzte, damit ich danach dann quasi in Ruhe mich anziehen kann und sie mir dann hilft, da aus dem Zimmer raus zu gehen, dass es eben nicht so hektisch ist und schon der nächste Patient oder die nächste Patientin wartet.“ (LB07, Paragraph 4)

Die Leistungsberechtigten erzählen von unterstützendem Verhalten, das ihnen entgegengebracht wurde. Fünf der 13 Interviewten beschreiben, dass sie Assistenz (beim Gehen) durch die medizinischen Fachangestellten erfahren würden (LB01, 07, 09, 11, 13). Weitere fünf Leistungsberechtigte geben an, Unterstützung beim Besteigen des Untersuchungsstuhls zu benötigen und zu erhalten (LB01, 03, 06, 08, 09). Vier Personen beschreiben, dass sie Unterstützung beim Aus- und Anziehen benötigen und bekommen würden (LB04, 09, 08, 10). Drei weitere berichten, dass sie durch Taxifahrende (LB01) und/oder im Rahmen der Krankentransportverordnung durch die dortigen Angestellten unterstützende Hände beim Betreten der Praxis erfahren würden (LB01, 13). Auch eine gute Kommunikation wird als Unterstützung

erlebt: Eine Leistungsberechtigte sei durch ihre frühere Gynäkologin auf eine passendere Praxis aufmerksam gemacht worden (LB10), während eine andere die Gegebenheiten der Praxis online habe einsehen können (LB08). Eine der Befragten benötigt eine Person, die für sie ihren Rollator die Treppe hinaufträgt (LB01). Eine andere beschreibt es als hilfreich, wenn sie Termine vorab online buchen könne, Rezepte ihr zugesendet würden oder sie Zahlungen beim nächsten Besuch tätigen dürfe, um ihr Anfahrtswege zu ersparen (LB08). Eine Person schätzt eine fachärztlich-übergreifende Behandlung (LB09). Eine weitere benötigt immer Unterstützung von zwei Personen gleichzeitig (LB10). Eine Leistungsberechtigte betont die Erleichterung, wenn vorab mitgeteilte Bedürfnisse in der Praxis berücksichtigt werden würden (LB08). Vier der interviewten Personen berichten, dass persönlich Vertraute wie Eltern oder Ehepartner*innen ihnen beim Besuch assistieren würden (LB03, 04, 06, 11). Wie wichtig diese Unterstützung ist, macht diese Aussage sichtbar:

„Ich kann meine Besuche nur bewältigen, wenn mein Mann dabei ist. Das ist meine einzige Begleitperson. Er ist auch meine Pflegeperson. Aber mein Mann ist immer dabei. Sonst von alleine würde ich da gar nicht weiterkommen. Weil meine Muskeln das auch nicht mitmachen. Ich bin muskelkrank, also das hängt alles schlaff an mir runter. Da könnte auch kein anderer mir helfen, indem er sagt ‚Ich greife ihnen mal eben unter die Arme‘ oder so. Meine Strategie ist wirklich: Mein Mann kommt mit. Wenn der nicht kann, dann kann ich auch nicht.“ (LB03, Paragraph 13)

Außerdem werden im Themenfeld der Strategien und Hilfestellungen verschiedene Aspekte genannt, die sich nicht in die Subkategorien einordnen lassen. Zwei Leistungsberechtigte beschreiben, dass sie an den gegebenen Barrieren nichts ändern könnten, da sie keinen Einfluss darauf hätten, sodass sie sich damit arrangieren müssten (LB02, 13). Eine der Interviewten freut sich, dass in Neubauten Praxen größer werden würden (LB03). Eine Person benötige keine Hilfestellungen, wenn alles barrierefrei ist (LB11), eine weitere mag die Möglichkeit der Ultraschalluntersuchung, die ihr in der Praxis geboten wird (LB12).

Gleichwohl wird auch deutlich, was die Inanspruchnahme von Hilfestellungen bedeutet:

„Barrieren überwinde ich mit großer Willenskraft und Anstrengung. Wobei ich überwinden sozusagen gar nicht den passenden Begriff finde. Ich arrangiere mich mit den Gegebenheiten zwangsläufig. Aber von Überwindung da kann keine Rede von sein.“ (LB13, Paragraph 12)

Nicht zuletzt vergegenwärtigen die Interviews auch, was die Anforderung, Hürden zu überwinden, bedeuten kann. Eine Befragte gibt an, dass viele mobilitätsbehinderte

Frauen* in der gynäkologischen Versorgung viele Kompromisse eingehen müssten und dass dies nicht alle schaffen würden. So habe sie eine Bekannte gehabt, die an fehlender gynäkologischer Versorgung verstorben sei. Außerdem verweist sie darauf, dass zu wenige mobilitätsbehinderte Frauen* in der Schwangerschaft gut begleitet würden. Und manche Überwindung von Hürden scheiterte schon daran, dass barrierefreie Praxen nicht bekannt seien. Sie wisse, dass manche Praxen ihre Barrierefreiheit nicht bewerben, weil sie keine mobilitätsbehinderten Personen untersuchen wollen (LB11). Auch eine weitere Leistungsberechtigte berichtet von anderen Frauen*, die wegen baulicher Barrieren nicht zur gynäkologischen Versorgung gehen könnten (LB13).

2.4 Erfahrungen und Perspektiven der beiden Forschungsstränge im Vergleich

In den Fragebögen geben 66,43 % der Befragten an, dass sie eine Gynäkolog*in in deren niedergelassener Praxis aufsuchen. Alle 13 Interviewten berichten von Erfahrungen in gynäkologischen Praxen. Eine der interviewten Personen berichtet, dass ihre vorherige Gynäkologin vorschlug, sich in einem Krankenhaus untersuchen zu lassen, was sie unbefriedigend fand. Sie hat sich daraufhin erfolgreich nach einer anderen Praxis umgesehen (LB05). Dieses Beispiel verdeutlicht, dass die Option geschätzt wird, eine Behandlung in einer Praxis wahrnehmen zu können.

Die Auswertung der Fragebögen zeigt, welche Erfahrungen die Befragten in ihrer gynäkologischen Versorgung machen. Dabei berichtet circa ein Viertel aller Befragten (24,29 %) von einer guten Beziehung zur Ärzt*in. In den Interviews werden hierzu verschiedene Aspekte erwähnt. Zwei Leistungsberechtigte erzählen, dass ihre vorab kommunizierten Bedürfnisse in der Praxis übergangen wurden (LB10, 12). Allerdings schildern drei Leistungsberechtigte eine

Zusammenarbeit auf Augenhöhe mit dem Praxisteam und der Ärzt*in, die auf ihre Bedürfnisse eingehen (LB01, 06, 08). Sieben Interviewte berichten von freundlichen, bemühten, netten, hilfsbereiten, einfühlsamen oder verständnisvollen medizinischen Fachangestellten oder Ärzt*innen (LB01, 04, 06, 07, 08, 09, 13). Zwei Leistungsberechtigte betonen insbesondere, dass sie sich gut behandelt fühlen und in der Praxis keine Diskriminierung erfahren (LB03, 08). Eine der interviewten Personen nimmt die Barrieren der Praxis gerne in Kauf, weil alle in der Praxis so nett seien (LB01).

In den Fragebögen gibt etwas mehr als ein Viertel an, dass eine barrierefreie Zugänglichkeit gegeben ist (27,86 %). Auch in den Interviews überwiegen die Erfahrungen mit fehlender Barrierefreiheit beim Praxiszugang. Sieben Leistungsberechtigte berichten, dass die von ihnen besuchte Praxis nur über eine Treppe zu erreichen ist oder keinen bzw. einen zu kleinen Aufzug hat (LB01, 04, 06, 07, 08, 09, 13). Drei Interviewpartner*innen beklagen, dass die Praxistüren zu schwer zu öffnen seien (LB04, 08, 11). Zwei Interviewte berichten von fehlenden oder unzureichenden Geländern auf dem Weg zur Praxis (LB01, 07), eine weitere von störenden Kanten an den Türschwellen. Jedoch gibt es in den Interviews auch positive Berichte zur barrierefreien Zugänglichkeit. Fünf der 13 Leistungsberechtigten berichten, dass ihre Praxis über einen Aufzug verfügt (LB04, 06, 08, 09, 10). In zwei Fällen wird ein barrierefreier Praxiszugang erwähnt (LB04, 13), in jeweils einem Fall eine automatische Tür mit Bewegungsmelder (LB08) sowie ein vorhandenes Geländer (LB07).

In den Fragebögen geben lediglich 30 % der Befragten an, dass ihnen bei der Untersuchung ausreichend Zeit gegeben wird. Von den interviewten Leistungsberechtigten geben zwei an, sich bei der Untersuchung gestresst zu fühlen (LB04, 13). Drei weitere berichten, dass bei Praxisbesuchen versucht wurde, auf ihr Tempo einzuwirken und dass sie ungeduldig behandelt wurden (LB01, 08, 12). Auf der anderen Seite bestätigen sieben Interviewte, dass ihnen ausreichend Zeit gegeben wird. Sie berichten von Erfahrungen mit geduldigen medizinischen Fachangestellten und Ärzt*innen (LB01, 02, 07, 08, 09, 12, 13). Eine Person gibt an, dass sie wenig Zeitstress erfährt, da sie immer einen Termin am Ende der Öffnungszeiten bekomme (LB07).

Die Auswertung der Fragebögen zeigt, dass 31,07 % der Befragten eine kompetente Beratung und verständliche Sprache in ihrer gynäkologischen Versorgung erleben. Zwei Interviewte berichten dagegen, dass ihnen in zuvor besuchten Praxen wiederholt zur Versorgung in einem Krankenhaus oder in einer anderen Praxis geraten wurde (LB01, 04). In zwei weiteren Interviews wird eine fehlende Kompetenz des Praxisteams bei der Einschätzung der Barrierefreiheit ihrer Praxis bemängelt (LB01, 08). Im Gegensatz dazu berichtet eine der Interviewten, dass bei ihrer Behandlung immer alle Behandlungsschritte erklärt werden (LB12).

In Bezug auf die räumliche Nähe zum Wohnort geben 37,50 % der Befragten im Fragebogen an, dass diese gegeben sei. In den Interviews beklagen zwei Befragte, dass ihre Praxis weit von ihrem Wohnort entfernt liegt (LB02, 10). Eine Person erläutert, dass sie in Bremerhaven wohnt und dort die Versorgungslage schlecht sei (LB02), eine weitere schätzt die Barrierefreiheit in Bremerhaven allgemein als begrenzt ein (LB04). Im Gegensatz dazu berichtet eine der interviewten Personen, dass sie zentral wohne und somit ihre Praxis gut erreichen könne (LB09). Diese Differenz lässt sich ggf. über die Stadtteile erklären, die die Interviewpartner*innen als weniger gut ausgestattet angeben.

In den Fragebögen geben 44,29 % der Leistungsberechtigten an, dass ein ausreichender Bewegungsradius in der Praxis gegeben ist. Dagegen berichtet mehr als die Hälfte der Interviewten von zu engen Räumen (LB01, 03, 04, 06, 08, 09, 11, 12). Nur vier der interviewten Leistungsberechtigten finden die Räumlichkeiten passend (LB01, 08, 10, 12). Und bei manchen Interviewpassagen wird deutlich, dass Kompromisse nötig sind, wie etwa das Rangieren mit dem Rollstuhl, um sich in den Räumlichkeiten fortbewegen zu können (LB06).

In Bezug auf die Barrierefreiheit geben 45 % der per Fragebogen Befragten an, dass die von ihnen besuchte Praxis barrierefrei ausgestattet sei. In den Interviews wird in mehreren Fällen eine fehlende barrierefreie Ausstattung geschildert. Vier Leistungsberechtigte beschreiben ungeeignete WCs in den Praxen (LB01, 04, 11, 13). Drei beklagen einen unpassenden gynäkologischen Stuhl (LB03, 04, 11) und in einem Fall wird eine Liege zum Aus- und Umziehen oder für Untersuchungen vermisst (LB03). Trotz dieser Kritikpunkte gibt es in den Interviews auch positive Berichte. Vier Leistungsberechtigte loben den höhenverstellbaren Untersuchungsstuhl in der Praxis (LB04, 06, 08, 13). Zwei Mal wird von Unterstützung durch die medizinischen Fachangestellten berichtet (LB02, 13). Außerdem wird das Vorhandensein eines barrierefreien WC gelobt (LB08, 13). Ein Personenlifter (LB02) und ein Ultraschallgerät mit absenkbarer Liege, die Untersuchungen im Liegen ermöglicht (LB13), werden ebenfalls positiv erwähnt.

Hinsichtlich der Parkmöglichkeiten stellen 45,71 % der Befragten in den Fragebögen fest, dass Behindertenparkplätze vorhanden sind. In den Interviews spielen diese kaum eine Rolle. Vereinzelt berichten Leistungsberechtigte dort, dass diese Erfahrung auf ihre Praxis nicht zutrifft, da es dort keinen Behindertenparkplatz gebe (LB07). Ähnlich verhält es sich mit der Zugänglichkeit innerhalb der Stadt: In den Fragebögen wird eine Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr von 51,43 % als gegeben vermerkt, vermutlich also etwas weniger als die Hälfte nimmt dies nicht oder nur negativ wahr. Ebenso beklagen auch einige der Interviewten, dass die Anreise mit den öffentlichen Verkehrsmitteln beschwerlich ist, auch wenn in einem dieser Fälle eine gute Anbindung erwähnt wird (LB08).



Barrieren überwinde ich mit großer Willenskraft und Anstrengung. Wobei ich überwinden sozusagen gar nicht den passenden Begriff finde. Ich arrangiere mich mit den Gegebenheiten zwangsläufig. Aber von Überwindung da kann keine Rede von sein.

LB13, PARAGRAPH 12

Die Mehrheit der Befragten (65,36 %) führen im Fragebogen an, derzeit nicht aktiv nach einer neuen Gynäkolog*in zu suchen. In keinem der Interviews wird von einer aktuellen Suche berichtet. Gleichwohl geben mehrere Interviewte Hinweise, worauf es dabei grundsätzlich ankäme: Eine Befragte erklärt beispielsweise, dass sie bei der Suche nach ihrer aktuellen Praxis die Barrierefreiheit über Bilder im Internet einsehen konnte (LB08). Einer weiteren Person wurde ihre aktuelle Praxis von ihrer vorherigen Gynäkologin empfohlen (LB10). Um die Suche zu erleichtern, wünscht sich eine der Interviewten einen Praxenkatalog mit klaren Kriterien (LB04). Und in einem bereits erwähnten Fall möchte die Befragte nicht nach einer neuen Praxis suchen, da in ihrer aktuellen Praxis alle so nett sind, dass sie die Barrieren in Kauf nimmt.

2.5 Wünsche und Verbesserungsvorschläge aus beiden Forschungssträngen

Die befragten Leistungsberechtigten benennen Verbesserungsvorschläge für die gynäkologische Versorgung. Zunächst werden im Folgenden die Wünsche in Bezug auf die Zugänglichkeit zur Praxis präsentiert. Danach die Wünsche und Verbesserungsvorschläge, die sich auf die Ausstattung der Praxis beziehen, bevor es um Wünsche bezüglich des zwischenmenschlichen Verhaltens geht. Im Anschluss werden gewünschte Hilfestellungen beschrieben. Abschließend werden weitere gewünschte Aspekte angeführt, die nicht in die genannten Themenfelder einzusortieren sind.

In den Interviews werden unterschiedliche Verbesserungsideen und Wünsche bezogen auf eine bessere Zugänglichkeit zur gynäkologischen Praxis genannt. In der schriftlichen Befragung wünscht sich eine Person, dass ein Großteil der gynäkologischen Praxen offen für beeinträchtigte Personen sein sollte. In einem der Interviews wird zudem gefordert, dass es verpflichtende Standards in der barrierefreien Zugänglichkeit von Praxen geben sollte (LB04). Außerdem teilen drei interviewte Leistungsberechtigte den Wunsch nach mehr barrierefreien Praxen, um eine freie Ärzt*innenwahl zu haben (LB04, 05, 09).

Konkret wünschen sich sechs der 13 Interviewten einen barrierefreien Eingang zur Praxis, der ohne Stufen oder Schwellen gestaltet ist (LB01, 04, 07, 08, 11, 13). Drei wünschen sich einen Aufzug (LB01, 04, 05) und zwei weitere eine automatisch öffnende Eingangstür (LB06, 11). Für die Anfahrt zur Praxis wünschen sich zwei Leistungsberechtigte einen Parkplatz unmittelbar vor der Praxis, um lange

Wege vermeiden zu können (LB07, 12). In zwei Fällen wird der Wunsch nach einer barrierefreien Zufahrt (LB08, 11) geäußert, in einem weiteren, dass die Praxis auch aus Bremen-Nord durch eine gute ÖPNV-Anbindung leicht erreichbar ist (LB07). Nicht zuletzt werden sich verpflichtende Standards für die barrierefreie Zugänglichkeit von Praxen gewünscht. Was dies bedeuten würde, macht das folgende Zitat deutlich:

„Meine Traumpraxis wäre ja, dass ich tatsächlich ganz alleine reinkomme. Durch die Haustür, durch den Aufzug und das ganze alleine. Dass die Toilette nicht erst wieder zwei Stockwerke tiefer liegt und vor allen Dingen, dass sie auch wirklich barrierefrei ist. [...] dass das einfach einfacher wird. Das würde ich mir wünschen.“
(LB04, Paragraph 21)

Die Leistungsberechtigten äußern verschiedene Verbesserungsideen und Wünsche bezogen auf eine bessere Ausstattung innerhalb der gynäkologischen Praxis. Fünf der 13 Interviewten wünschen sich einen auf die individuellen Bedürfnisse anpassbaren Untersuchungsstuhl, der höhenverstellbar ist und bei dem beispielsweise erst nach dem Platznehmen die Sitzfläche verringert wird, um ein Wegrutschen zu vermeiden (LB01, 03, 06, 08, 13). Vier Leistungsberechtigte wünschen sich ein barrierefreies WC, das groß genug ist, um sich mit zwei Personen und dem Hilfsmittel darin aufhalten zu können, und das Haltegriffe sowie ein Waschbecken und einen Spiegel in der richtigen Höhe hat (LB01, 04, 06, 13). In vier Interviews wird der Wunsch nach einem größeren Umkleideraum formuliert, der mit dem Hilfsmittel zugänglich und mit fest verankertem Mobiliar und Haltegriffen ausgestattet ist (LB01, 04, 07, 09). Wiederum vier Leistungsberechtigte wünschen sich größere Räume insgesamt (nicht nur bezogen auf den Untersuchungsraum), breite Gänge oder breite Türen (LB04, 06, 08, 09). In drei Fällen wird allgemein höhenverstellbares Mobiliar als wünschenswert genannt, um den Transfer zum oder vom Rollstuhl zu erleichtern oder überhaupt erst möglich zu machen (LB02, 03, 06). Zu den weiteren gewünschten Ausstattungsmerkmalen zählen eine höhenverstellbare Liege, die das Hinstellen oder Hinsetzen erleichtert oder als Alternative zum Untersuchungsstuhl dient (LB03, 12), ein Personenlifter, um vom Rollstuhl aus auf den Untersuchungsstuhl und wieder zurück zu kommen (LB03, 09), ein abgesenkter Empfangstresen, um mit den Praxisangestellten auf Augenhöhe kommunizieren zu können und sich u. a. dadurch willkommen zu fühlen (LB03, 11), für mehr Autonomie eine Ablage für praktische Utensilien innerhalb der Umkleidekabine (LB01), kurze Wege innerhalb der Praxis (LB07) und besondere Markierungen an Stufen (LB08). Inwiefern die baulichen und die emotionalen Barrieren amalgamieren, macht eine Leistungsberechtigte sichtbar:

”

Gut bei der Ambulanz ist, die fragen im Voraus ab, ob man Hilfe braucht. Wenn ja, welche? Beziehungsweise ob man eigene Assistenz mitbringt. So, dass könnte halt auch was sein, was man in regulären Praxen umsetzen könnte. Ist ja kein großer Aufwand irgendwie und alle wissen, woran sie sind.

TRANSKRIPT_LB08, PARAGRAPH 16

„Aber gut wäre eine Liege, nicht nur der gynäkologische Stuhl. Also das wäre, glaube ich, eine große Erleichterung. Ich denke, dass da ja auch die meisten Untersuchungen möglich sind. Weil dieser gynäkologische Stuhl ist natürlich schon [...] eine große Hürde. Ich denke gefühlsmäßig und auch einfach rein körperlich.“
(LB12, Paragraph 26)

Nicht immer wird jedoch eine maximale technische Ausstattung gewünscht. Eine der Befragten möchte zum Beispiel keine Hilfe angeboten bekommen, sondern lieber autark sein (LB01). Eine weitere nutzt ungerne Personenlifter, da sie ihr ein Gefühl von Handlungsunfähigkeit geben (LB09).

„Weil das wenige Selbstständige, was man machen kann, der Lifter einem auch noch wegnimmt, weil man sich dann ein bisschen fühlt wie so ein Vieh auf der Schlachtbank.“ (LB09, Paragraph 26)

Dieses Zitat verdeutlicht, wie wichtig eine Kommunikation über die gewünschte Behandlung ist. Die Interviewten beschreiben unterschiedliche Verbesserungsideen und Wünsche bezogen auf die zwischenmenschlichen Interaktionen mit den medizinischen Fachangestellten und Ärzt*innen. Fünf Mal wird der Wunsch nach empathischen und verständnisvollen Ärzt*innen und medizinische Fachangestellten geäußert (LB03, 06, 08, 12, 13). Vier Leistungsberechtigte wünschen sich ein geduldiges Verhalten des Praxispersonals bzw. genügend Zeit (LB07, 08, 11, 13). Mehrere Leistungsberechtigte wünschen sich Hilfsbereitschaft seitens der Ärzt*innen und medizinischen Fachangestellten (LB08, 09, 11), eine respektvolle Behandlung (LB08, 13) sowie Informationen zur Barrierefreiheit der Praxen vorab online einsehen zu können, um besser abschätzen zu können, ob eine Praxis überhaupt zugänglich ist. Zu den weiteren Verbesserungsvorschlägen zählen öffentliche Hinweise auf barrierefreie gynäkologische Praxen (LB11) sowie ein Katalog aller Praxen mit standardisierten Kriterien der Barrierefreiheit und einfach verständlichen Piktogrammen (LB04).

Betont wird auch die Wichtigkeit, als Frau ernst genommen zu werden und sich willkommen zu fühlen (LB11), dass auf individuelle Bedürfnisse eingegangen wird (LB06) und dass eine offene Kommunikation seitens Ärzt*innen und medizinischer Fachangestellter stattfindet (LB08). Dass Leistungsberechtigte den Praxisalltag mitreflektieren, wenn sie ihre Wünsche beschreiben, zeigt das folgende Zitat:

„Dass man eben vor allem menschlich behandelt wird. Dabei also dass [...] man nicht so sehr unter Zeitdruck gesetzt wird. Weil mir als Kunde ist ja auch schon klar, dass nach mir noch jemand kommen wird. Und wenn mich dann jemand unter Druck setzt, ist es im Zweifel noch schwieriger, sich schneller zu bewegen. Also weil bei mir zum Beispiel der Muskelspasmus dann sich verhärtet, wenn ich unter Zeitdruck stehe.“
(Transkript_LB08, Paragraph 16)

Es werden verschiedene Aussagen getätigt, welche konkreten Hilfestellungen und Unterstützungen bei der gynäkologischen Versorgung erwünscht sind. Dabei geht es um Hilfestellungen beim Transfer zwischen Rollstuhl und Untersuchungsstuhl (LB07, 08), Hilfestellungen beim Spreizen der Beine oder beim Brustultraschall (LB13) sowie die Untersuchung entweder auf einer Liege oder mittels Ultraschall durchzuführen (LB05). Weitere Wünsche bestehen in reservierten Zeiten, die Personen mit Mobilitätsbehinderungen vorbehalten sind (LB05), der Möglichkeit, vor dem Gebäude abgeholt und zur Praxis begleitet zu werden (LB08) und darin, dass vorab der Unterstützungsbedarf telefonisch abgefragt wird. Anhand einer Ausführung zum Spezialangebot am KBM wird deutlich, was in dieser Hinsicht auch Praxis niedergelassener Ärzt*innen wünschenswerter Weise an Hilfestellung leisten könnten:

„Gut bei der Ambulanz ist, die fragen im Voraus ab, ob man Hilfe braucht. Wenn ja, welche? Beziehungsweise ob man eigene Assistenz mitbringt. So, dass könnte halt auch was sein, was man in regulären Praxen umsetzen könnte. Ist ja kein großer Aufwand irgendwie und alle wissen, woran sie sind.“ (LB11, Paragraph 20)

Außerdem werden verschieden Wünsche und Verbesserungsvorschläge angeführt, die nicht in die oben formulierten Subkategorien einzuordnen sind. Hierzu zählt der mehrfach geäußerte Bedarf an mehr barrierefreien Praxen, unter anderem, um eine freie Ärzt*innenwahl zu haben (LB04, 05, 09). Erwähnung finden darüber hinaus der Wunsch nach einer besseren Versorgung in Bremen-Nord (LB07) und in Bremerhaven (LB02), eine größere Bekanntheit barrierefreier Praxen durch die KV, Krankenkassen oder Ärzt*innen generell, Barrierefreiheit in Neubauten und dass auf Forschungen zum Thema konkrete Verbesserungen folgen (LB02). Weitere Vorschläge sind zudem, dass Handreichungen für Gynäkolog*innen heraus-

gegeben werden mit guten Tipps für die Behandlung von Personen mit Mobilitätsbehinderungen sowie eine höhere Vergütung für deren zeitintensivere Behandlung (LB11). Thematisiert wird auch der Wunsch, unabhängig von Assistenz Barrieren überwinden zu können (LB01) sowie eine veränderte Atmosphäre im Untersuchungsraum durch weniger sichtbare medizinische Gerätschaften (LB12). Zwei Leistungsberechtigte wünschen sich, dass ihre eigene Gynäkolog*in in eine barrierefreie Praxis umziehen würde (LB07, 13). Auch werden alternative Versorgungskonzepte als hilfreiche Ergänzung der Versorgungslandschaft vorgeschlagen:

„Gut fände ich, wenn es vielleicht in Bremen-Nord eine Praxis gäbe, wo ich einen Termin mit meiner Frauenärztin vereinbaren kann, wenn sie ihre Praxis da beibehält. Dass es irgendwie so eine Praxis gibt. Das gäbe irgendwie Sinn. Eine ausgelagerte Sprechstunde oder so? Ich weiß nicht, ob das machbar ist. Oder sie zieht um in ein neues Ärztehaus, das einfach barrierefrei ist.“
(LB07, Paragraph 28)

Bezieht man nun die beiden Forschungsstränge aufeinander, vergleicht also die Erkenntnisse der qualitativen und der quantitativen Erhebung, wird eine Vielzahl an unterschiedlichen Wünschen und Bedarfen bezüglich der gynäkologischen Versorgung sichtbar, wobei auch einige Unterschiede auftreten. Diese werden erneut in den vier Kategorien Zugänglichkeit und Ausstattung der Praxis, Behandlung durch medizinische Fachangestellte und Ärzt*innen, Angebote der Praxis und Sonstiges systematisiert.

In der Kategorie „Zugänglichkeit und Ausstattung der Praxis“ werden mehrere Bedarfe sowohl in den Fragebögen als auch in den Interviews geäußert. Zweimal wird im Freitextfeld des Fragebogens der Wunsch nach genügend Behindertenparkplätzen geäußert. In den Interviews wünschen sich ebenfalls zwei Leistungsberechtigte Behindertenparkplätze, die unmittelbar vor dem Eingang liegen (LB07, 12). Ein barrierefreier Zugang, auch für die persönliche Assistenz, wird in den Fragebögen gewünscht. Zwei interviewte Leistungsberechtigte teilen diesen Wunsch (LB08, 11). Sechs Leistungsberechtigte hätten gerne einen barrierefreien Eingang ohne Stufen oder Schwellen (LB01, 04, 07, 08, 11, 13). Eine Person in den Fragebögen und zwei Leistungsberechtigte in den Interviews wünschen sich eine automatische Türöffnung am Eingang (LB06, 11).

Als Anmerkungen an die Ausstattung der Praxis wird im Fragebogen zwölf Mal genannt, dass ein barrierefreies WC wichtig ist. In den Interviews äußern vier Leistungsberechtigte den Wunsch, ein barrierefreies WC in der Praxis zu haben (LB01, 04, 06, 13). In den Gesprächen wird diesen prozentual also mehr Relevanz eingeräumt.

Über die Freitextantworten in den Fragebögen werden sich vier Mal Räumlichkeiten gewünscht, die für (E-)Rollstühle geeignet sind. Dazu passend wünschen sich vier Leistungsberechtigte in den Interviews größere Räumlichkeiten in der gesamten Praxis sowie breite Gänge und Türen (LB04, 06, 08, 09). Außerdem hätte eine Leistungsberechtigte gerne einen abgesenkten Empfangstresen (LB03). Zwei Leistungsberechtigte wünschen sich in den Fragebögen einen geräumigen Umkleieraum für Rollstuhlfahrer*innen. Dieser Wunsch wird von vier interviewten Leistungsberechtigten ebenfalls geäußert (LB01, 04, 07, 09).

Der Wunsch nach einem höhenverstellbaren Untersuchungsstuhl wird in den Fragebögen acht Mal genannt, also relativ selten. In den Interviews berichten fünf Leistungsberechtigte, dass sie beim Besteigen des Untersuchungsstuhls Unterstützung von den medizinischen Fachangestellten oder der Ärzt*in (LB01, 03, 06, 08, 09) erhalten müssen. Einen anpassbaren Untersuchungsstuhl wünschen sich im Interview ebenfalls fünf Leistungsberechtigte (LB01, 03, 06, 08, 13) – überwiegend dieselben Personen. Ein höhenverstellbares Mobiliar wünschen sich drei Leistungsberechtigte (LB02, 03, 06). In den Interviews, in denen die eigentlichen Praktiken beschrieben werden, nimmt also die Anpassbarkeit des Mobiliars mehr Raum ein.

Im Hinblick auf weiteres Mobiliar spielt die Liege eine Rolle. Die Fragebogenauswertung zeigt, dass fünf Leistungsberechtigte eine breite und höhenverstellbare Untersuchungs- oder Liege anstelle eines Untersuchungsstuhls als wichtig empfinden. Drei interviewte Leistungsberechtigte berichten, dass sie aufgrund ihrer Erkrankungen Schwierigkeiten haben, ihre Beine auf dem Untersuchungsstuhl zu spreizen oder zu kontrollieren (LB04, 08, 13). Eine höhenverstellbare Liege wünschen sich auch zwei Leistungsberechtigte in den Interviews (LB03, 12). Eine der interviewten Personen wünscht sich, dass die Untersuchung auf einer Liege durchgeführt wird (LB05).

Außerdem wird der Personenlifter als Mobilitätshilfe aufgegriffen. Über die Freitextantworten in den Fragebögen wird sechs Mal eine (Decken-)Liftanlage als wünschenswert genannt. In den Interviews geben drei Befragte an, dass sie Unterstützung benötigen, um auf den Untersuchungsstuhl zu kommen (LB08, 12, 13). Beim Transfer vom Rollstuhl auf den Untersuchungsstuhl äußern zwei Leistungsberechtigte den Wunsch nach Unterstützung (LB07, 08) und weitere erleben diesen als sinnvoll (LB02, 03 und 09).

In Bezug auf technische Apparaturen im Kontext der Brustgesundheit spielen Mammografie und Ultraschall eine Rolle. Die Fragebogenauswertung zeigt, dass fünf Leistungsberechtigte sich eine Mammografie wünschen. In den Interviews wird die Mammografie im Rahmen der gynäkologischen Untersuchung nicht erwähnt. Innerhalb

der Fragebögen wird drei Mal der Wunsch nach Ultraschalluntersuchungen, allgemein oder im Liegen, geäußert. Den gleichen Wunsch äußert eine Leistungsberechtigte im Interview (LB05), eine weitere benennt Ultraschalluntersuchungen als hilfreich, spezifiziert aber keine daran gekoppelte Praktik (LB12).

In der Kategorie „Behandlung durch medizinische Fachangestellte und Ärzt*innen“ wird in den Fragebögen der Wunsch nach Freundlichkeit (seitens der Ärzt*innen) elf Mal geäußert. In den Interviews kommen individuelle Erfahrungen in Bezug auf dieses Thema zur Sprache: Zwei Leistungsberechtigte berichten in den Interviews von unsensiblen und verletzenden Umgang (LB08, 11). Dazu wird im Fragebogen von einer Leistungsberechtigten berichtet, dass sie in ihrer Vergangenheit mit ihrem Kinderwunsch nicht ernstgenommen wurde und ihr generell davon abgeraten wurde, Kinder zu bekommen, obwohl es keine medizinischen Gründe gab. Die gleiche Erfahrung schildert eine weitere Interviewpartnerin und ergänzt, dass sie sich als Frau ernstgenommen fühlen möchte (LB11). Je einmal in den Fragebögen und den Interviews (LB12) wird eine angenehme Atmosphäre innerhalb der Praxis gewünscht. Drei Leistungsberechtigte betonen in den Fragebögen die Relevanz eines respektvollen Umgangs, der eine persönliche Ansprache beinhaltet. In den Interviews wünschen sich zwei Leistungsberechtigte eine respektvolle Behandlung (LB08, 13), eine weitere möchte sich in der Praxis willkommen fühlen (LB11).

Geäußert wird in den Fragebögen fünf Mal der Wunsch nach verständnisvollen Ärzt*innen mit Einfühlungsvermögen sowie vier Mal nach verständnisvollen und geschulten medizinischen Fachangestellten, so dezidiert geschieht dies in den Interviews nicht. Allerdings berichten dort fünf Leistungsberechtigte von den positiven Erfahrungen mit verständnisvollen und empathischen medizinischen Fachangestellten und Ärzt*innen. Darüber hinaus werden in den Fragebögen vereinzelt Wünsche nach (Welt-)Offenheit, Flexibilität, Sympathie, Geduld bei der Untersuchung sowie Teamarbeit mit den Leistungsberechtigten angeführt. In den Interviews spielt der Wunsch nach einer offenen Kommunikation (LB08) sowie nach Geduld und ausreichend Zeit für die Untersuchung (LB07, 08, 11, 13) eine Rolle.

Einige Themen werden nur in den Fragebögen aufgegriffen. Hierzu gehört die Behandlung immer durch die gleiche Ärzt*in, die von sechs Leistungsberechtigten genannt wird. Außerhalb der Bezugnahme auf die barrierefreie gynäkologische Sprechstunde am KBM wird dieser Wunsch in den Interviews nicht thematisiert. Außerdem wird nur in den Fragebögen auf den Untersuchungsprozess Bezug genommen. In fünf Antworten sind eine wunschgemäße Beratung und Untersuchung, die Beantwortung aller Fragen sowie eine intensive Untersuchung vor der Diagnosestellung wichtig. Einmal wird im Fragebogen das Verständnis der

Ärzt*innen für frauenärztliche Themen im Kontext von Behinderung, wie Kinderwunsch, Recht auf gleiche Teilhabe, Inkontinenz und Libido, gewünscht. Diese Wünsche werden in den Interviews nicht geäußert. Gleiches gilt für den Wunsch nach kompetenten Ärzt*innen mit viel Fachwissen, auch über die Behinderung, den vier Personen im Fragebogen zum Ausdruck bringen.

Das Thema Assistenz ist sowohl in den Fragebögen als auch in den Interviews gleichermaßen Thema: Der Wunsch nach Hilfsbereitschaft wird in den Fragebögen vier Mal genannt. Es geht dabei um Unterstützung beim Transfer auf den gynäkologischen Stuhl, Hilfestellungen und Bereitstellung einer Assistenz. In den Interviews berichten zwei Leistungsberechtigte, dass sie auf eine Assistenz angewiesen sind (LB10, 12) und zwei weitere benötigen Unterstützung beim Umziehen (LB08, 13). Außerdem erhalten vier Leistungsberechtigte Assistenz durch Vertraute (LB03, 04, 06, 11). Eine Leistungsberechtigte erklärt, dass sie immer Assistenz durch zwei Personen gleichzeitig benötigt (LB11). Fünf Leistungsberechtigte geben im Interview an, dass sie Assistenz (beim Gehen) hilfreich finden (LB01, 07, 09, 11, 13). Ebenso empfinden vier Leistungsberechtigte Unterstützung beim Umziehen als sinnvoll (LB04, 06, 08, 10). Eine Leistungsberechtigte lobt es, wenn sie eine Tragehilfe für ihr Hilfsmittel bekommt (LB01). In den Interviews wird der Wunsch nach Hilfestellung bei der Untersuchung ein Mal sowie nach Hilfsbereitschaft drei Mal geäußert (LB08, 09, 11).

Auch immaterielle Praktiken werden thematisiert, allerdings häufiger in den Fragebögen als in den Interviews: Die Auswertung der Fragebogenangaben in der Kategorie „Angebote der Praxis“ zeigt, dass etliche Anliegen um Termine und Wartezeiten kreisen. Beispielsweise wünschen sich acht Leistungsberechtigte in den Fragebögen, bei Beschwerden kurzfristig Termine zu bekommen. Fünf Leistungsberechtigte möchten eine flexible Terminvergabe. Zudem äußern zwei Leistungsberechtigte den Wunsch nach Terminen am Vormittag oder solchen, die mit Schichtdienst vereinbar sind. Der Wunsch nach mehr und flexibleren Terminen wird in den Interviews in Bezug auf andere Praxen als die barrierefreie gynäkologische Sprechstunde am KBM nicht genannt. Die Auswertung der Fragebögen ergibt, dass zwei Leistungsberechtigte sich kürzere Wartezeiten wünschen. Außerhalb der barrierefreien gynäkologischen Sprechstunde am KBM wird dieser Wunsch in den Interviews nicht thematisiert. In den Fragebögen wird sich gewünscht, dass die Praxis telefonisch gut erreichbar sein soll oder ein Online-Terminbuchungsverfahren bereitgestellt wird. Dazu passend berichtet eine Interviewpartnerin, dass sie es als sehr hilfreich empfindet, Termine vorab online buchen zu können (LB08). Eine weitere teilt den Wunsch nach einer guten telefonischen Erreichbarkeit der Praxis (LB04).

Alternative Versorgungskonzepte bzw. erweiterte Kompetenzen in der Versorgung werden nur in den Fragebögen angesprochen: Während sich fünf Leistungsberechtigte wünschen, dass Hausbesuche angeboten werden, wird dieses Anliegen in den Interviews nicht geäußert. Außerdem wünschen sich nur in den Fragebögen vier Leistungsberechtigte sprachliche Kompetenzen wie Mehrsprachigkeit. Diese Auffälligkeit mag mit dem bereits oben erwähnten Selektionsbias zusammenhängen.

2.6 Spezifische Erfahrungen in der barrierefreien gynäkologischen Sprechstunde aus beiden Forschungssträngen

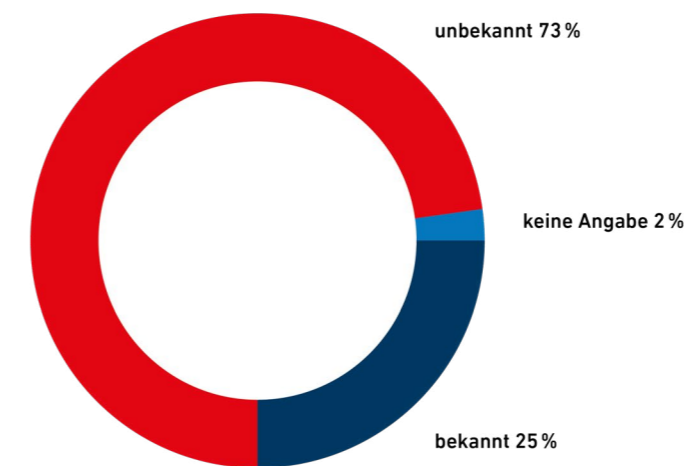
Während 25,36 % der per Fragebogen Befragten angeben, dass sie die barrierefreie gynäkologische Sprechstunde am Klinikum Bremen-Mitte kennen, zeigen die Interviews, dass acht der 13 befragten Leistungsberechtigten diese kennen und mindestens einmal genutzt haben. 72,5 % der Befragten geben in den Fragebögen an, das Angebot nicht zu kennen, was den in einem der Interviews geäußerten Wunsch bestätigt, dass das Angebot besser bekannt gemacht werden sollte (LB02).

35,29 % von 68 Befragten, die in der schriftlichen Befragung etwas über die barrierefreie gynäkologische Sprechstunde am KBM berichten, sind zufrieden oder sehr zufrieden damit. Vier Leistungsberechtigte benennen in den Interviews positive Aspekte des Angebots (LB02, 05, 10, 11).

Die Leistungsberechtigten berichten von spezifischen Erfahrungen im Rahmen ihrer Versorgung in der barrierefreien gynäkologischen Sprechstunde am KBM. Zunächst werden im Folgenden die positiven Aspekte und Erlebnisse genannt, bevor die negativen Gegebenheiten aufgezeigt werden. Abschließend werden Wünsche und Verbesserungsvorschläge für die Versorgung in dieser Praxis geschildert.

Abbildung 9

Bekanntheit des Spezialgebots am KBM bei den Teilnehmenden an der quantitativen Erhebung



Vier Leistungsberechtigte äußern diverse positive Aspekte der Versorgung in der barrierefreien gynäkologischen Sprechstunde am KBM. In drei Interviews wird positiv hervorgehoben, dass es einen Personenlifter gebe und die medizinischen Fachangestellten diesen bedienen könnten (LB02, 05, 10). Zwei Leistungsberechtigte sagen, sie seien glücklich, dass es das Angebot überhaupt gibt (LB05, 10).

Entgegen den Fragebogenangaben, die den Platzmangel innerhalb der Praxis bemängeln, loben zwei der Interviewten den Platz im Untersuchungs- und Umkleieraum. Lediglich einmal wird kritisiert, dass es nach dem Umzug der barrierefreien gynäkologischen Sprechstunde am KBM weniger Platz als in den ehemaligen Räumlichkeiten gibt (LB02).

Befragte im Fragebogen sowie in einem der Interviews (LB02) loben die ausreichende Zeit für Fragen und Beratung sowie das gute Umsetzen vom Rollstuhl auf den Untersuchungsstuhl. In einem weiteren Interview finden die medizinischen Fachangestellten in der barrierefreien gynäkologischen Sprechstunde am KBM für ihre Kenntnisse der richtigen Handgriffe positive Erwähnung sowie, dass es keine Wartezeiten gebe und die Ärzt*in sehr freundlich gewesen sei und nicht diskutiert habe. Das positive Zusammenspiel verschiedener Aspekte in dem Setting illustriert ein Zitat:

„Also gut, dass sie einen mobilen Lift haben. Das ist gut. Und dass sie eben halt die Zeit auch einplanen, dass sie Fragen stellen. Worauf ist zu achten?! [...] Dass man da eben halt auf die Person auch versucht einzugehen, auf die Bedürfnisse und die Gegebenheiten.“ (LB02, Paragraph 19)

In den Interviews sprechen vier Leistungsberechtigte, also nur eine sehr geringe Anzahl der Gesamtgruppe, auch negative Aspekte an der Versorgung in der barrierefreien gynäkologischen Sprechstunde am KBM an. Das Thema der Terminvergabe ist dabei besonders präsent. In den Fragebögen wird kritisiert, dass es wenige Termine und lange Wartezeiten auf einen Termin gebe. Dazu passend berichten drei der interviewten Leistungsberechtigten, dass sie oft ein halbes Jahr auf einen Termin warten müssten (LB02, 10, 11). Gewünscht werden kürzere Wartezeiten und dass das Angebot wöchentlich vorgehalten wird (LB02) sowie eine bessere Verfügbarkeit von Terminen (LB10).

Ein weiteres Problem, das etliche Leistungsberechtigte in den insgesamt 280 Fragebögen kritisieren, ist, dass die behandelnden Ärzt*innen häufig wechseln. Auch in zwei Interviews verweisen die Befragten darauf, dass sie die fehlende Wahl der Ärzt*innen schwierig finden (LB02, 11). In einem Fall berichtet die Interviewpartnerin, dass sie nie wisse, von welcher Ärzt*in sie behandelt werden wird. Sie betont, dass es durch die wechselnden behandelnden Ärzt*innen schwierig sei, ein Vertrauensverhältnis zu einer bestimmten Ärzt*in aufzubauen, da das Angebot nicht darauf abziele, eine kontinuierliche Betreuung zu ermöglichen. Sie wünscht sich eine bessere Verfügbarkeit von Ärzt*innen und damit eine freie Ärzt*innenwahl (LB02). Eine weitere Leistungsberechtigte möchte von ihrer eigenen Ärzt*in in der barrierefreien gynäkologischen Sprechstunde am KBM behandelt werden (LB10).

Auch Zugang und Ausstattung der Räumlichkeit werden kritisiert: Die Auswertung der Fragebögen ergibt, dass der Untersuchungsstuhl ungeeignet sei und eine Liege fehle. Eine fehlende Liege wird in den Interviews nicht erwähnt,

allerdings berichtet eine Interviewpartnerin, dass für sie der Untersuchungsstuhl unpassend ist, da sie ihre Beine nicht selbst halten könne. Zwei Personen bemängeln die Parksituation, da Behindertenparkplätze unrechtmäßig genutzt werden würden und damit bei einem Besuch nicht zur Verfügung stehen (LB02, 12). Eine Leistungsberechtigte verweist darauf, dass durch Bauarbeiten Behindertenparkplätze belegt waren (LB12). Auch wird kritisiert, dass nach dem Umzug innerhalb des Klinikums Bremen-Mitte die Praxis kleiner geworden sei (LB02). Teppichboden in der früheren Praxis sei unpraktisch gewesen, was sich nun verbessert habe (LB09). Als Problem bestehen bleibe jedoch, dass die Räumlichkeiten auf dem Gelände des Klinikums schwierig zu finden seien, was auch zwei Befragte im Fragebogen anmerken.

In einem Interview wird kritisiert, dass es bei einer Erkrankung keine fortlaufende Behandlung gebe, da das Angebot darauf ausgelegt sei, gynäkologische Erkrankungen zu diagnostizieren oder zu behandeln, anstatt eine kontinuierliche Betreuung zu ermöglichen (LB11). Eine weitere Person beklagt, dass sie wegen fehlender Nachfrage nicht mehr von ihrer Gynäkologin in der barrierefreien gynäkologischen Sprechstunde am KBM behandelt werde (LB10). Welche Vorteile es hätte, wenn das Spezialangebot mehr dem einer Praxis im Rahmen der Regelversorgung angepasst würde, zeigt eine Interviewpassage:

„Wenn ich jetzt beim Frauenarzt anrufe, dann kriege ich in einem halben Jahr einen Termin. Aber wenn ich jetzt sage, ich brauche in einem halben Jahr Termine, wie oft ist denn dort jemand vor Ort? Ist da immer nur einmal in der Woche jemand oder wer ist da überhaupt? Weil eigentlich hätte ich natürlich gerne meine Ärztin dort vor Ort, was aber wahrscheinlich ja nicht geleistet werden kann. Also. Das wäre, glaube ich, schon eine Barriere, die man reduzieren könnte, wenn da wirklich auch ein normaler Betrieb stattfinden würde.“ (LB10, Paragraph 11)

Weitere geäußerte Wünsche sind, dass das Angebot bekannter wird (LB02), dass das Angebot bestehen bleibt und dass vorwiegend Frauen* in der Praxis arbeiten, damit sie anderen Frauen* mit Behinderungen eine vertrauensvolle Empfehlung geben können (LB05) sowie eine bessere Verfügbarkeit von Terminen und die Möglichkeit, von der eigenen Ärzt*in in der barrierefreien gynäkologischen Sprechstunde im Klinikum Bremen-Mitte behandelt zu werden.

Auch die geäußerten Kritikpunkte verweisen also auf den positiven Beitrag zur Versorgung, wie eine Leistungsberechtigte auf den Punkt bringt:

„Da ich so ein gutes Erlebnis hatte, wünsche ich mir eigentlich, dass das bestehen bleibt, wo ich ja weiß, dass Bremen so ein armes Land ist. Ich hoffe, dass es niemals dort abgeschafft wird.“ (LB05, Paragraph 16)

Außerhalb der erwähnten Kategorien geben zwei Personen in den Fragebögen an, dass es mehr Angebote wie die barrierefreie gynäkologische Sprechstunde am KBM geben solle, u. a. um eine freie Ärzt*innenwahl zu ermöglichen.

2.7 Abgleich der Ergebnisse mit dem Forschungsstand: Bremensien vs. generelle bundesweite Unterversorgung?

Bilanz über die Nutzung gynäkologischer Versorgung

Im Folgenden werden die Ergebnisse zum Forschungsstand ins Verhältnis gesetzt. Dafür werden zuerst die erlebten Herausforderungen, dann die Strategien und Hilfestellungen, gefolgt von den Wünschen und Verbesserungsvorschlägen und abschließend die spezifischen Erfahrungen mit Spezialangeboten vorgestellt und verglichen.

In der Erhebung von Hornberg et al. (2019: 39 ff.) bewerten nur wenige Frauen* mit Behinderungen ihre gynäkologische Versorgung positiv. In der vorliegenden Studie scheinen mehr Befragte zufrieden oder sehr zufrieden mit ihrer Versorgung zu sein. Dennoch geben 30,36 % der Befragten an, unzufrieden mit ihrer derzeitigen gynäkologischen Versorgung zu sein.

Die Forschungsergebnisse von Debus (2023: 439) zeigen, dass Frauen* mit Behinderungen gynäkologische Untersuchungen oft aufgrund fehlender Barrierefreiheit nicht wahrnehmen. Diese Problematik spiegelt sich in den Ergebnissen der vorliegenden Studie wider. 9,64 % der Befragten geben an, dass sie gynäkologische Untersuchungen nur unregelmäßig und bei Beschwerden wahrnehmen. Ein ähnlicher Anteil (10,36 %) berichtet, dass sie nur dann zur Gynäkolog*in gehen, wenn Beschwerden auftreten. Diese Daten verdeutlichen, dass ein erheblicher Teil der Befragten gynäkologische Untersuchungen nur bei akuten Problemen in Anspruch nimmt, was mit den bestehenden Barrieren in der Versorgung in Zusammenhang stehen könnte. Eine interviewte Leistungsberechtigte der vorliegenden Studie

berichtet, dass sie nur bei akuten Problemen eine Gynäkolog*in aufsucht, hingegen nicht regelmäßig zur Vorsorge geht. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Degener und Decker (2019: 44), die zeigen, dass die strukturelle Ausgrenzung von Menschen mit Behinderungen aus allgemeinen Gesundheitsvorsorgemaßnahmen dazu führt, dass sie seltener an Untersuchungen und präventiven Gesundheitsdiensten teilnehmen.

Neben jenen Befragten der vorliegenden Studie, die bei Beschwerden eine Gynäkolog*in aufsuchen, geben 33,21 % an, in den letzten Jahren keine Gynäkolog*in aufgesucht zu haben. Dies steht im Einklang mit den Ergebnissen von Debus (2023: 439), die ebenfalls aussagen, dass fehlende Barrierefreiheit in Praxen der Grund für die geringe Inanspruchnahme gynäkologischer Untersuchungen sein könnte. Jedoch ist zu beachten, dass in der vorliegenden Studie in den Altersdekaden der Geburtsjahre von 1920 bis 1949 die meisten Befragten angeben, in den letzten Jahren keine Gynäkolog*in aufgesucht zu haben. Aufgrund dessen lässt sich vermuten, dass ebenfalls individuelle Altersgründe dafür ausschlaggebend sein können, eine gynäkologische Versorgung nicht wahrzunehmen. Ergänzend sei noch erwähnt, dass unter den Befragten dieser Geburtsjahrgänge diejenigen, die regelmäßig eine Gynäkolog*in aufsuchen, den zweitgrößten Anteil ausmachen. Demnach finden auch Befragte dieser Altersgruppe den Weg in die Regelversorgung.

Insgesamt erklären 39,64 % der in dieser Studie per Fragebogen befragten Leistungsberechtigten, regelmäßig eine Gynäkolog*in aufzusuchen. Diese Gruppe scheint trotz möglicher Barrieren regelmäßig gynäkologische Untersuchungen wahrzunehmen, was auf individuelle Unterschiede in der Art der Barrieren und deren Bewältigung hinweisen könnte. Neben dem Alter der Befragten und möglicherweise bestehenden Barrieren in den Praxen, könnte auch das verwendete Hilfsmittel einen Einfluss auf die Inanspruchnahme gynäkologischer Versorgung haben. Die Ergebnisse dieser Studie haben gezeigt, dass in der Gruppe derer, die einen Rollstuhl verwenden, beinahe gleich viele entweder gar keine gynäkologische Versorgung wahrnehmen (40 %) oder regelmäßig hingehen (34,84 %). Auch in der Gruppe derer, die einen elektronischen Rollstuhl verwenden, zeigt sich ein ähnliches Bild. Fast ein Drittel (32,35 %) gibt an, regelmäßig zur Gynäkolog*in zu gehen. Etwas weniger (29,41 %) berichten, in den letzten Jahren keine gynäkologische Untersuchung in Anspruch genommen zu haben. Auch wenn sich aus der Beantwortung dieser Frage keine Ursachen für die Nichtwahrnehmung gynäkologischer Leistungen ableiten lassen, legen die Daten nahe, dass es sich um unterschiedliche Gründe handelt. Das eigene Alter, das verwendete Hilfsmittel und vermutlich unterschiedliche Barrieren in der aufgesuchten Praxis können beeinflussen, ob und wie regelmäßig zur Gynäkolog*in gegangen wird.

Die Frage, ob sie für ihre gynäkologische Versorgung eine Praxis aufsuchen, verneint knapp ein Drittel der Leistungsberechtigten (30,36 %), während die Mehrheit (66,43 %) angibt, dies hingegen zu tun. Ein erheblicher Anteil der Befragten nimmt also keine Versorgungsmöglichkeiten der Regelversorgung wahr. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse von Hornberg et al. (2019: 49) lässt sich vermuten, dass Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen bei akuten Symptomen eher ein Krankenhaus aufsuchen, aus Mangel an barrierefreien gynäkologischen Praxen.

Die Übereinstimmung zwischen den Literaturergebnissen und den Ergebnissen dieser Studie verdeutlicht, dass längst nicht alle Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen eine regelmäßige gynäkologische Versorgung erhalten. Es liegt nahe zu vermuten, dass fehlende Barrierefreiheit – auf allen Ebenen, wie oben aufgeschlüsselt – viele Frauen* mit Behinderungen davon abhält, regelmäßig gynäkologische Untersuchungen wahrzunehmen. Die Erkenntnisse zeigen, dass gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Zugänglichkeit der ambulanten Gynäkologie dringend erforderlich sind, um die gesundheitliche Versorgung dieser Gruppe zu verbessern und die Inanspruchnahme von gynäkologischen Untersuchungen zu erhöhen.

Herausforderungen in der Zugänglichkeit

Die Ergebnisse dieser Studie zur barrierefreien Zugänglichkeit gynäkologischer Praxen zeigen deutliche Parallelen zu bestehenden Studienergebnissen. In der zu diesem Themenfeld veröffentlichten Literatur wird hervorgehoben, dass Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen oft auf Zugangsbarrrieren zu den Praxen stoßen (Debus 2023: 439, Hornberg et al. 2019: 39 ff.). Dies wird durch die vorliegende Studie bestätigt, in der nur 27,86 % der per Fragebogen Befragten angeben, dass eine barrierefreie Zugänglichkeit gegeben ist. Daraus lässt sich schließen, dass die übrigen drei Viertel keine barrierefreie Zugänglichkeit vorfinden, da auch ca. die Hälfte der in der qualitativen Teilstudie Interviewten von unterschiedlichen Zugangsbarrrieren berichten. Zur barrierefreien Zugänglichkeit gehören auch eine gute Anbindung an den ÖPNV sowie möglichst kurze Anfahrtswege. Eine Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr wird von 51,43 % der Befragten als gegeben vermerkt. Jedoch geben 11,07 % an, dass eine gute Anbindung wichtig ist, sie diese aber nicht vorfinden. Doch auch bei bestehender Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr kann dieser Barrieren bieten. Eine Interviewte beklagt beispielsweise wetterbedingt beschwerliche Anreisen mit den öffentlichen Verkehrsmitteln. Außerdem geben in den Fragebögen nur 37,50 % an, dass ihre Praxis wohnortnah liegt. 26,07 % der Befragten hingegen empfinden ihre Praxis nicht als wohnortnah, würden jedoch präferieren, wenn dies möglich wäre. Daraus lässt sich schließen, dass viele Befragte ge-

zwungen sind, lange Anfahrtswege und widrige Verkehrs-anbindung auf sich zu nehmen. Zudem stützen die Ergebnisse die Aussage von Hornberg et al. (2019: 39 ff.), dass weite Wege und die schlechte Erreichbarkeit der Praxen mit öffentlichen Verkehrsmitteln den Zugang erheblich erschweren. Neben dem ÖPNV sind eine Anreise mit dem Auto und dafür vorgesehene Behindertenparkplätze relevant. Hornberg et al. (2019: 39 ff.) benennen fehlende Behindertenparkplätze in unmittelbarer Nähe zur Praxis als eine häufige Barriere. Dies bestätigen die vorliegenden Studienergebnisse, nur etwa die Hälfte (45,71 %) der Befragten gibt an, dass Behindertenparkplätze bei der gynäkologischen Praxis vorhanden sind. 27,50 % der Befragten würden sich einen Parkplatz wünschen, finden bei ihrer Praxis aber keinen vor. Dazu kommt, dass bei vorhandenen Parkplätzen immer das Risiko besteht, dass diese schon belegt oder unsachgemäß blockiert sind. Befragte der vorliegenden Studie sowie Hornberg et al. (2019: 39 ff.) berichten über solche Vorkommnisse.

Zudem belegt die Erhebung bauliche Barrieren beim Aufsuchen der gynäkologischen Praxen. Fehlende Aufzüge im Gebäude sind eine häufige Barriere, die Hornberg et al. (2019: 39 ff.) beschreiben. Von dieser Problematik berichten auch die im Rahmen dieser Studie Interviewten: Lediglich fünf von 13 Leistungsberechtigten geben an, dass die von ihnen aufgesuchte Praxis einen Aufzug hat, während die restlichen sieben von Praxen berichten, die nur über Treppen zugänglich sind oder einen zu kleinen Aufzug haben. Diese Ergebnisse zeigen, dass Aufzüge mit genügend Platz nicht flächendeckend vorhanden sind.

Zugänglichkeit umfasst nicht nur physische Barrieren, sondern beginnt bereits bei der Terminvereinbarung. Schon hier können Hindernisse auftreten. Hornberg et al. (2019: 39) beschreiben, dass Frauen* aufgrund ihrer Behinderungen bei der Anfrage zur Aufnahme in die Praxis teilweise abgelehnt werden. Auch in der vorliegenden Studie wird von einer Interviewten berichtet, dass sie bislang vergeblich versucht habe, einen Termin in einer Praxis zu vereinbaren, da sie bei Erwähnung ihrer Gehbehinderung abgelehnt werde. Auf der Grundlage der Ergebnisse von Hornberg et al. ist zu vermuten, dass noch weitere Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen im Land Bremen ebenfalls von Praxen abgelehnt werden. Durch Zugangsbarrieren, die bereits im Vorfeld eines Praxisbesuchs beginnen, können Menschen mit Mobilitätsbehinderungen systematisch von der gesundheitlichen Versorgung ausgeschlossen werden.

Zusammenfassend lässt sich ableiten, dass die Barrieren und Herausforderungen in der Praxiszugänglichkeit für Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen in gynäkologischen Praxen einerseits weit verbreitet und andererseits vielschichtig sind. Die Übereinstimmungen zwischen den Literaturergebnissen und den Studienergebnissen unterstreichen

die Notwendigkeit, die Zugänglichkeit zu gynäkologischen Praxen zu verbessern, um eine inklusive und barrierefreie medizinische Versorgung zu gewährleisten.

Herausforderungen durch die Ausstattung

Die Untersuchungsergebnisse der vorliegenden Studie zeigen deutliche Parallelen zu den Ergebnissen von Debus (2023: 439) und Hornberg et al. (2019: 59) in Bezug auf die Herausforderungen und Barrieren, die Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen durch die Ausstattung der gynäkologischen Praxen erfahren. Die Auswertung der Fragebogenergebnisse zeigt, dass 45 % der Befragten angeben, dass ihre Praxis barrierefrei ausgestattet ist. Vereinzelt werden in den Interviews einzelne Aspekte der barrierefreien Ausstattung wie ein höhenverstellbarer Untersuchungsstuhl, ein vorhandenes barrierefreies WC oder die Möglichkeit von Ultraschalluntersuchungen auf einer höhenverstellbaren Liege gelobt. Dennoch lässt sich aus den Angaben schließen, dass die Mehrheit der Befragten (ca. 55 %) eine nicht barrierefreie Praxis besuchen muss. Drei Interviewte geben sogar ausdrücklich an, dass ihre Praxis nicht barrierefrei ist.

Weiterhin stellt Debus (2023: 439) fest, dass häufig Untersuchungsstühle, die für Rollstuhlfahrende nicht zugänglich sind, eine Barriere darstellen. Dies wird durch die vorliegenden Studienergebnisse unterstützt, in denen Interviewte angeben, den unpassenden Untersuchungsstuhl nur mit Hilfe anderer Personen besteigen zu können. Eine Interviewte schlägt vor, dass Untersuchungsstühle so gestaltet sein sollten, dass die Sitzfläche erst nach dem Hinsetzen verringert wird. Davon erhofft sie sich, weniger schnell von der Sitzfläche herunterzurutschen und dadurch sicherer zu sitzen.

Auch die Ergebnisse von Hornberg et al. (2019: 59) zeigen, dass der Transfer auf den gynäkologischen Untersuchungsstuhl für Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen besonders herausfordernd ist. In den geführten Interviews dieser Studie beklagen Befragte, dass sie den Transfer auf den gynäkologischen Stuhl nicht alleine bewerkstelligen können, da dieser unpassend sei. Diese Barriere ist für eine Interviewte so groß, dass sie alternative Möglichkeiten vorschlägt – beispielsweise eine Untersuchung unter Narkose in einer liegenden Position. Diese Aussagen verdeutlichen die praktischen Barrieren, die mit der Nutzung herkömmlicher Untersuchungsstühle verbunden sind und welche weitreichenden Folgen unpassende Untersuchungsstühle haben können. Insbesondere Personen, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind, benötigen zusätzliche Unterstützung beim Transfer auf den Untersuchungsstuhl. Eine Interviewte äußert den Wunsch nach Hilfe beim Transfer vom Rollstuhl auf den Untersuchungsstuhl, wobei sie auch die

Grenzen der körperlichen Kraft der medizinischen Fachangestellten für solche Hilfestellungen erwähnt. Diese Aussage korrespondiert mit den Ergebnissen von Hornberg et al. (2019: 59): Praktiken, die Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen unterstützen, können körperliche Belastungen des Personals provozieren. Dies weist auf die Notwendigkeit hin, nicht nur die Ausstattung zu verbessern und bspw. den Transfer durch technische Unterstützung zu erleichtern, sondern auch die Schulung und Unterstützung des Personals zu forcieren. Diese Befunde unterstreichen zudem die Notwendigkeit, Untersuchungsstühle anpassbar zu gestalten oder alternative Lösungen bereitzustellen, um die Untersuchung zu erleichtern.

Ein weiteres zentrales Thema in der Literatur ist das Fehlen barrierefreier WCs, was laut Hornberg et al. (2019: 59) eine große Belastung für Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen bedeutet. Diese Schlussfolgerung lässt sich auch durch die vorliegenden Studienergebnisse ziehen, in denen Interviewte ungeeignete WCs in den Praxen beklagen. Sie berichteten von zu schmalen Türen, die den Zugang mit Hilfsmitteln erschweren, oder von WCs, die sich in anderen Etagen des Gebäudes befinden und somit nur unter erheblichem Zeitaufwand zu erreichen sind. Diese bestehenden Herausforderungen verdeutlichen die Notwendigkeit, barrierefreie sanitäre Einrichtungen bereitzustellen.

Die Verknüpfung dieser Erkenntnisse zur Barrierefreiheit in der Ausstattung der Praxen zeigt, dass die in der Literatur identifizierten Barrieren und Herausforderungen in der Praxisausstattung auch von den interviewten Leistungsberechtigten erlebt werden. Diese Ergebnisse zeigen ein Defizit in den Anforderungen an die barrierefreie Ausstattung der Praxen auf und verdeutlichen die Notwendigkeit von alternativen Lösungsmöglichkeiten im Bereich der Ausstattung, von Behandlungsmöglichkeiten sowie für das Personal in gynäkologischen Praxen.

Herausforderungen durch persönliche Belastungen und Unannehmlichkeiten

Zwei Interviewte der vorliegenden Studie empfinden die Untersuchungssituation als demütigend oder verspüren dabei ein Schamgefühl. Es besteht die Vermutung, dass Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen, die schlechte Erfahrungen gemacht haben, weniger häufig Untersuchungen wahrnehmen und weniger darüber sprechen wollen. Es kann auch bei diesen Ergebnissen von einer Dunkelziffer ausgegangen werden, von Personen, die sich nicht an der Erhebung beteiligen, da sie sich nicht zum Thema äußern wollen, was auch von früheren Forschungsergebnissen abgeleitet werden kann: Debus (2023: 439) fand heraus, dass Untersuchungen manchmal aus Scham oder wegen schlechter Erfahrungen nicht in Anspruch genommen

werden. In der vorliegenden Erhebung erzählen Interviewte, dass der Besuch bei der Gynäkolog*in eine große psychische Anstrengung ist. Außerdem berichtet eine Interviewte, dass sie sich auf dem Flur umziehen musste, sodass sie sich unwohl gefühlt habe. Solche Situationen zeigen auf, welche psychischen Belastungen und Strapazen der Besuch von nicht barrierefreien gynäkologischen Praxen für Menschen mit Mobilitätsbehinderungen bedeuten kann. Emotionale Belastungen mit dem Ergebnis des Fernbleibens von Gesundheitsversorgungen kann die zukünftige Gesundheit beeinflussen, beispielsweise, da Früherkennung nicht erfolgt oder sich Erkrankungen chronifizieren können, wenn sie nicht rechtzeitig behandelt werden.

Herausforderungen im zwischenmenschlichen Verhalten

Die Verknüpfung der Literaturergebnisse mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie zeigt deutliche Übereinstimmungen und expliziert die Relevanz der zwischenmenschlichen Barrieren, die Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen in gynäkologischen Praxen erleben. So berichten zwei Interviewte, dass ihnen Informationen zur Barrierefreiheit nicht zuverlässig gegeben werden konnten, weil die medizinischen Fachangestellten kein Wissen zu Barrierefreiheit hatten. Passend dazu beschreiben Degener und Decker (2019: 45), dass Frauen* mit Behinderungen Schwierigkeiten haben, geeignete medizinische Praxen und Einrichtungen zu finden. Solche Erkenntnisse verdeutlichen, dass das Praxispersonal Schulungen zur Einordnung und Kommunikation von Barrierefreiheit erhalten sollte, damit Patient*innen zuverlässige Informationen bekommen können. Zusätzliche Informationen zur Barrierefreiheit im Internet sind ebenfalls sinnvoll.

Bei der Behandlung innerhalb der Praxis geben nur 30 % der Befragten aus der vorliegenden Studie an, dass ihnen ausreichend Zeit gewährt wird. Auch mehrere der Interviewten beschreiben Situationen, in denen medizinische Fachangestellte ungeduldig oder gestresst wirkten und das individuelle Tempo der Patient*innen beschleunigen wollten und sich die Interviewpartner*innen gestresst fühlten. Darauf aufbauend ist anzunehmen, dass oftmals – bei der Mehrheit der Befragten – zu wenig Zeit für die Untersuchung eingeplant wird. Dies kann insofern negative Auswirkungen haben, dass laut Debus (2023: 439) zu kurze Untersuchungseinheiten eine Barriere darstellen, die dazu führt, dass manche Frauen* mit Behinderungen gynäkologische Untersuchungen nicht in Anspruch nehmen.

Zu möglichem Zeitstress addiert sich ein Stress, der aus zwischenmenschlichem Umgang erwächst. Eine Interviewte der vorliegenden Studie schildert, dass sie sich nicht traut, sich mit ihren Behinderungen in einer Praxis anzumelden. Die Ergebnisse von Debus (2023: 440) zeigen,

dass Frauen* mit Behinderungen oft von abwertendem und respektlosem Umgang bei der gynäkologischen Versorgung berichten. Die Forschung von Pösl et al. (2018: 7) zeigt auf, dass Frauen* mit Behinderungen Entmündigung und Bevormundung erfahren, wenn Gynäkolog*innen nicht mit ihnen, sondern mit ihren Assistenzpersonen sprechen. Nur etwa ein Viertel (24,29 %) aller per Fragebogen Befragten der vorliegenden Studie bestätigt, eine gute Beziehung zur Gynäkolog*in zu haben. Warum etwa drei Viertel diese Angabe nicht machen, bleibt ungewiss. Da zwei Interviewte der vorliegenden Studie schildern, dass unsensibel oder sogar verletzend mit ihnen umgegangen wurde, ist auf Grundlage der Ergebnisse von Debus und Pösl et al. davon auszugehen, dass viele Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen respektlose oder entmündigende Erfahrungen machen mussten. Eine solche Erfahrung wird von Pösl et al. (2018: 9) als wiederkehrend bezeichnet. Ihre Forschung zeigt, dass Gynäkolog*innen Frauen* mit Behinderungen teilweise ohne medizinische Begründungen von einer Schwangerschaft abraten und ihnen Unfähigkeit unterstellen. Dies wird lediglich durch eine Interviewte der vorliegenden Studie bestätigt, die berichtet, dass ihr Kinderwunsch in der Vergangenheit nicht ernstgenommen wurde und ihr generell davon abgeraten wurde, Kinder zu bekommen, obwohl es keine medizinischen Gründe gab. Fortbildungs- und Sensibilisierungsangeboten könnten daher eine inklusive und respektvolle medizinische Betreuung befördern.

2.8 Diskussion der Ergebnisse zur gynäkologischen Regelversorgung

Hilfreiches zwischenmenschliches Verhalten

Eine gute zwischenmenschliche Beziehung zur Gynäkolog*in ist laut Hornberg et al. besonders wichtig. Dafür sind eine sensible Umgangsweise sowie ausreichend Zeit für den Untersuchungstermin essenziell (Hornberg et al. 2019: 40). Auch in der vorliegenden Studie zeigt sich, dass 76,07 % der Befragten eine gute Beziehung zur Ärzt*in als wichtig erachten. Allerdings erleben nur 24,29 % eine solche tatsächlich. Drei Interviewte berichten von einer Zusammenarbeit auf Augenhöhe mit dem Praxisteam und der Ärzt*in, die auf ihre individuellen Bedürfnisse eingeht. Zudem äußern zwei Interviewte, dass sie sich gut behandelt fühlen und in der Praxis keine Diskriminierung erfahren. Insgesamt beschreibt eine knappe Mehrheit von sieben Interviewten, von freundlichen, bemühten, netten, hilfsbereiten, einfühlsamen oder verständnisvollen medizinischen Fachangestellten oder Ärzt*innen betreut zu werden. Eine Interviewte nimmt sogar die Barrieren der Praxis

gerne in Kauf, weil das Personal in der Praxis so nett sei. Dass jedoch nur ein Viertel der per Fragebogen Befragten angibt, eine gute Beziehung zu haben, lässt vermuten, dass bei der Mehrheit ein Mangel an sensiblem Umgang, ausreichender Zeit oder einer verständlichen Sprache vorliegen könnte.

Hornberg et al. (2019: 40) heben die Bedeutung von verständlicher Sprache und einer kompetenten Beratung hervor. Nach den Ergebnissen der vorliegenden Studie erleben nur 31,07 % der per Fragebogen Befragten eine kompetente Beratung und verständliche Sprache in ihrer gynäkologischen Versorgung. Eine Interviewte berichtet, dass bei jeder Untersuchung alle Behandlungsschritte erklärt werden, was zum Vertrauen und Verständnis ihrerseits beiträgt. Über die anderen Befragten lässt sich nur mutmaßen, dass sie ihre Beratung als nicht ausreichend bedarfsgerecht empfinden könnten. Laut Hornberg et al. (2019: 40) entstehen Verbesserungen in der Versorgung innerhalb der Praxis oftmals durch persönliches Engagement der Patient*innen oder der medizinischen Fachangestellten. Eine Interviewte berichtet, dass sie einen Untersuchungstermin stets am Ende des Tages bekommt, sodass sie mehr Zeit zum Umziehen hat, was sie als sehr hilfreich empfindet. Zwar wurde für diese Person eine individuell passende Strategie entwickelt, jedoch zeigt dies auf, dass es strukturelle Barrieren gibt, denen Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen in gynäkologischen Praxen begegnen müssen. Statt individuelle Strategien zu entwickeln, die vom Engagement Einzelner abhängen, sollten umfassende Regularien und Vorgaben eine qualitative Versorgung mit genügend Zeit sicherstellen.

Sinnvolle Hilfestellungen durch Andere

Hornberg et al. (2019: 40) zeigen, dass insbesondere Frauen* mit Lernschwierigkeiten Hausbesuche präferieren, da Besuche einer Praxis häufig mit negativen Erfahrungen verbunden sind. Zwar lässt sich über die Befragten der vorliegenden Studie nicht sagen, ob sie Lernschwierigkeiten haben, jedoch wird der Wunsch nach Hausbesuchen als Alternative zur Versorgung in der gynäkologischen Praxis von fünf Leistungsberechtigten in den Fragebögen angegeben. Eine der Befragten erläutert, dass sie aufgrund ihrer Bettlägerigkeit auf Hausbesuche angewiesen ist. Hausbesuche könnten eine wichtige und notwendige Alternative sein, um eine barrierefreie und bedarfsgerechte gynäkologische Versorgung für mehr Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen und vor allem jene mit Doppeldiagnosen sowie Lernschwierigkeiten zu gewährleisten. Eine interviewte Leistungsberechtigte berichtet von weiteren hilfreichen Strategien: Eine Möglichkeit zur Online-Terminvergabe, das Erhalten von Rezepten auf dem postalischen Weg, wenn sie beim Besuch das Porto hinterlegt hat, oder die Möglichkeit, Rechnungen beim nächsten Besuch zu bezah-

len. Diese Maßnahmen sorgen dafür, dass sie weniger Anfahrtswege zu bewältigen hat. In der Literatur finden sich solche Vorschläge bislang nicht. Dennoch zeigen sie, wie kleine Modifikationen im Praxisablauf große Auswirkungen auf den Alltag von Menschen mit Mobilitätsbehinderungen haben können und helfen, Hürden zu reduzieren.

Diskussion der Wünsche und Verbesserungsvorschläge – Abgleich mit dem Forschungsstand

Die im Rahmen dieser Studie befragten Leistungsberechtigten machen Verbesserungsvorschläge für zukünftige gynäkologische Versorgungen von Menschen mit Mobilitätsbehinderungen. Zunächst werden im Folgenden die Wünsche in Bezug auf die Zugänglichkeit zur Praxis diskutiert. Danach die Wünsche und Verbesserungsvorschläge, die sich auf die Ausstattung der Praxis beziehen, bevor es um Wünsche bezüglich des zwischenmenschlichen Verhaltens geht. Im Anschluss werden die von den Befragten gewünschten Hilfestellungen diskutiert. Abschließend werden weitere gewünschte Aspekte diskutiert, die nicht in die zuvor beschriebenen Themenfelder einzusortieren sind.

Gewünschte Zugänglichkeit zur Praxis – Übereinstimmung mit den bestehenden Empfehlungen

Die Untersuchungsergebnisse der vorliegenden Studie zeigen eine bemerkenswerte Übereinstimmung mit den in der Literatur formulierten Empfehlungen bezüglich der Barrierefreiheit gynäkologischer Angebote. Darin wird die Notwendigkeit von Maßnahmen wie einem stufenlosen Zugang, einer Rampe oder einem Personenaufzug nach DIN EN 81-70 hervorgehoben (KBV 2015: 7). Ebenso werden kontrastreiche Türbeschriftungen und Markierungen von Treppenstufen (KBV 2015: 6 ff.), Behindertenparkplätze vor den Praxen (Bündnis inklusives Gesundheitswesen 2023: 8) sowie eine gute Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr (Debus 2023: 441) empfohlen. Die Sichtbarkeit und Erreichbarkeit der Hausnummer, des Praxisschildes und der Klingel aus dem Rollstuhl heraus (KBV 2015: 4) sowie die Breite der Türen (mindestens 90 cm, automatisch oder per Taster zu öffnen) (KBV 2015: 7) und beidseitige Handläufe an Treppen, die 30 cm über die letzte Stufe hinausragen (Bündnis inklusives Gesundheitswesen 2023: 8), werden ebenfalls betont.

Die in der vorliegenden Studie via Fragebogen Befragten und die Interviewten äußern eben diese Wünsche hinsichtlich barrierefreier Zugänglichkeit und betonen die Notwendigkeit der genannten Handlungsempfehlungen. Diese Übereinstimmungen stützen die Empfehlungen aus der Literatur und unterstreichen deren Relevanz und Dringlichkeit. Lediglich zu den Themen Sichtbarkeit und Erreichbarkeit der Hausnummer, des Praxisschildes und der Klingel sowie der beidseitigen Handläufe an Treppen gibt es in der vorliegenden Studie keine spezifischen Aussagen. Dennoch bestätigen die Ergebnisse dieser Studie insgesamt die wesentlichen Aspekte der barrierefreien Zugänglichkeit, die auch in der Literatur als entscheidend hervorgehoben werden. Diese Verknüpfung von Literatur und Studienergebnissen zeigt, dass die Umsetzung der genannten Maßnahmen einen wichtigen Schritt zur Verbesserung der Zugänglichkeit gynäkologischer Praxen für Menschen mit Behinderungen darstellt.

Gewünschte Ausstattung der Praxis

Die Ergebnisse der Studie stimmen mit den aktuellen Literaturvorgaben zur empfohlenen barrierefreien Ausstattung von Praxen überein: Abgesenkte Anmelde- und Rezeptionstresen (KBV 2015: 7), barrierefreie Praxis- (Hornberg et al. 2019: 49) und Umkleieräume (Hornberg et al. 2019: 67) sowie höhenverstellbare und arretierbare Untersuchungstühle und Liegen (Bündnis inklusives Gesundheitswesen 2023: 8, Hornberg et al. 2019: 30 f., KBV 2015: 7) werden in bisherigen Veröffentlichungen als notwendig erachtet. Hornberg et al. (2019: 67) empfehlen, dass Praxisräume mit ausreichend Rangierfläche ausgestattet sein sollen. Dies wird ebenfalls von mehreren Interviewten der vorliegenden Studie gewünscht. Zudem wünschen sich 28,93 % der Befragten ausreichend Rangierfläche in der Praxis, finden aktuell dort aber keine vor. Zusätzlich wird in der Literatur die Relevanz von Hilfsmitteln wie eines Personenlifters und rollstuhlgerechter Ausstattung betont (Hornberg et al. 2019: 72), ebenso wie behindertengerechte WCs gemäß DIN 18040-1 (ebd.: 67, KBV 2015: 7). Der Vorschlag von Hornberg et al. (2019: 71), mehrere Umkleide- und Behandlungsräume zur Verkürzung der Termindauer zu haben, wird in der vorliegenden Studie nicht genannt. Bemerkenswert ist, dass mehrere Befragte dieser Studie äußern, ungern einen Personenlifter zu nutzen. Grund dafür ist, dass sie sich im Personenlifter handlungsunfähig und ausgeliefert fühlen. Andere Befragte wünschen sich jedoch einen Personenlifter oder loben das Vorhandensein eines solchen. Diese scheinbar widersprüchlichen Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Vorstellungen einer angenehmen und individuell angepassten barrierefreien Versorgung unterschiedlich sein können. Daraus folgt, dass verschiedene Angebote und Hilfsmittel entwickelt und bereitgehalten werden sollten und eine Kommunikation über die gewünschte Versorgung, Bedenken und Bedarfe notwendig ist.

Gewünschtes zwischenmenschliches Verhalten

Der Abgleich zwischen der Literatur und der vorliegenden Studie zeigt eine Übereinstimmung der Forderungen und Bedarfe von Menschen mit Mobilitätsbehinderungen. Pösl et al. (2018: 13) fordern Fort- und Weiterbildungen zu Themen wie Sexualität, Kinderwunsch und Elternassistenz. Dem schließt sich das Robert Koch-Institut (2020: 340) an und wünscht mehr Akzeptanz seitens der Gynäkolog*innen von selbstbestimmter Sexualität und Reproduktion von Menschen mit Mobilitätsbehinderungen an.

In den Interviews dieser Studie äußerten sich Teilnehmende ähnlich – auch wenn es insgesamt nicht viele Teilnehmenden formulieren. Einige Erfahrungen der Befragten dieser Studie spiegeln wider, dass es derzeit oft an Akzeptanz und Unterstützung seitens der Ärzt*innen mangelte, wenn es um die selbstbestimmte Sexualität und Reproduktion von Menschen mit Behinderungen geht. Beispielsweise beschreibt eine Person den Wunsch eines besseren Verständnisses der Ärzt*innen für frauenärztliche Themen im Zusammenhang mit Behinderung, wie Kinderwunsch und Inkontinenz. Diese Übereinstimmungen verdeutlichen, dass Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für Gynäkolog*innen helfen können, um Vorurteile und mangelndes Verständnis abzubauen und ärztliches Personal mit Unsicherheiten zu entlasten.

Des Weiteren stimmen die Ergebnisse dieser Studie mit den Forderungen in der Literatur nach einem empathischen und geduldigen (Debus 2023: 441) sowie respektvollen Umgang mit den Patient*innen überein (Hornberg et al. 2019: 7 ff., Pösl et al. 2018: 11), deren Notwendigkeit bestätigt wurde. Die befragten Personen betonen, wie wichtig es für sie ist, auf empathische und respektvolle Weise behandelt zu werden. Diese Forderungen spiegeln die in der Literatur dargestellten Bedürfnisse wider und unterstreichen die Bedeutung eines sensiblen und respektvollen Umgangs in der gynäkologischen Betreuung von Menschen mit Behinderungen. Eine Handlungsempfehlung der KBV (2015: 11) ist, dass mit den Patient*innen, statt mit Assistenzpersonen, Augenkontakt gehalten werden soll und dass sich das Praxispersonal namentlich vorstellt.

In den Interviews werden verschiedene Bedarfe an hilfreichen Onlineinformationen deutlich. Beispielsweise werden sich einheitliche Kataloge mit standardisierten Kriterien der Barrierefreiheit gewünscht. Ebenso wird der Bedarf deutlich, sich vorab online über die Barrierefreiheit der Praxis zuverlässig informieren zu können. Dies entspricht der aktuellen wissenschaftlichen Literatur: Um die Transparenz der Informationen zur Barrierefreiheit von gynäkologischen Praxen zu erhöhen, sollte laut Hornberg et al. (2019: 67) eine unabhängige Bewertung durch Menschen mit Behinderungen anhand einer Checkliste durchgeführt

werden. Diese Forderung passt zu dem Wunsch der Studienteilnehmenden nach standardisierten Kriterien zur Bewertung von gynäkologischen Praxen. Zudem wird vom Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. (2021) eine Erweiterung des Suchdienstes der KVen gefordert, um zusätzliche Merkmale der Barrierefreiheit, beispielsweise für Menschen mit Lernschwierigkeiten, einzubeziehen.¹³ Dieser Wunsch wird im Rahmen der vorliegenden Studie nicht geäußert. Da ein Suchdienst nur auf standardisierten Kriterien fußen kann, entspricht diese Forderung aber durchaus den Wünschen der Befragten dieser Studie. Auch laut dem Bündnis inklusives Gesundheitswesen (2023: 8) ist es wichtig, eine verlässliche Datenbank zu erstellen, in der alle barrierefreien Einrichtungen erfasst werden und die nicht lediglich auf der Selbstauskunft beruht. Zusammenfassend unterstreichen diese Übereinstimmungen zwischen der aktuellen Literatur und den Ergebnissen der vorliegenden Studie die Relevanz und Dringlichkeit, die Transparenz und Verfügbarkeit von Informationen zur Barrierefreiheit zu verbessern. Sie deuten darauf hin, dass die Implementierung solcher Maßnahmen einen wichtigen Schritt zur Verbesserung der Zugänglichkeit und Inklusion im Gesundheitswesen darstellen würde.

Die Ergebnisse der Fragebögen und Interviews decken sich mit den Forderungen der aktuellen Literatur nach Hilfestellungen: Vorrangige Terminoptionen (Bündnis inklusives Gesundheitswesen 2023: 6), flexible Sprechzeiten (Hornberg et al. 2019: 71), telefonische Erreichbarkeit (Bündnis inklusives Gesundheitswesen 2023: 10) und die detaillierte Abfrage von Informationen zur Behinderung bei der Terminvereinbarung (Hornberg et al. 2019: 71) werden sowohl in der Literatur als auch in der vorliegenden Studie als wichtig erachtet. In einigen Fragebögen der vorliegenden Studie wurde angegeben, dass sich eine Mehrsprachigkeit in der Kommunikation in der gynäkologischen Praxis gewünscht wird. In den Interviews, die alle in deutscher Sprache abgehalten wurden, wurde dies hingegen nicht geäußert – was mit einem bereits weiter oben erwähnten anzunehmenden Selektionsbias korrespondieren könnte. Es ist davon auszugehen, dass es sich um einen relevanten Wunsch handelt, da Mehrsprachigkeit mehr potenzielle Patient*innen erreichen kann, die sich eventuell von deutschsprachigen Angeboten nicht angesprochen fühlen bzw. aufgrund von Sprachbarrieren nicht erreicht werden.

Wünsche und Handlungsempfehlungen mit Auswirkungen auf die Arbeit der Gynäkolog*innen

Die aktuellen Handlungsempfehlungen der Literatur und die Erkenntnisse der vorliegenden Studie zeigen deutliche

Übereinstimmungen und ergänzen sich gegenseitig in ihren Empfehlungen und Forderungen zur Verbesserung der gynäkologischen Versorgung von Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen. Pösl et al. (2018: 13) schlagen als Lösungsstrategie die Anpassung der Vergütung der Behandlung von Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen an den erhöhten Zeitaufwand bei der gynäkologischen Untersuchung vor. Dies könnte beispielsweise durch die Einführung einer eigenen Abrechnungsziffer geschehen. Diese Handlungsempfehlung wird auch im Rahmen eines Interviews dieser Studie geäußert, in dem eine höhere Vergütung für die zeitintensivere Behandlung dieser Patient*innen gefordert wird. Für Gynäkolog*innen würde demnach ein finanzieller Anreiz geschaffen, diese Patient*innengruppe zu versorgen und die Herausforderung der zeitintensiveren und aufwändigeren Versorgung in den allgemeinen Praxisalltag zu integrieren.

Die Literatur empfiehlt zudem die Verbreitung von Informationsmaterialien zu spezifischen Themen der Versorgung von Frauen* mit Behinderungen, um Gynäkolog*innen zu sensibilisieren und eine bedarfsgerechte Versorgung zu fördern (Hornberg et al. 2019: 75, Robert Koch-Institut 2020: 335). Entsprechend äußerte sich eine Interviewte in der vorliegenden Studie, die sich Handreichungen mit praktischen Tipps für die Behandlung von Personen mit Mobilitätsbehinderungen wünscht. Solche Materialien könnten das Bewusstsein und die Kompetenzen der Fachkräfte in diesem Bereich erheblich steigern. Für den ländlichen Bereich empfehlen Hornberg et al. (2019: 47) die Entwicklung alternativer Versorgungskonzepte, wie einer mobilen gynäkologischen Versorgung. In der vorliegenden Studie äußert eine Interviewte den Wunsch nach einer örtlich ausgelagerten Sprechstunde ihrer Gynäkologin in einer barrierefreien Praxis. Dies zeigt den Wunsch nach flexiblen und alternativen Versorgungskonzepten. Die Gegenüberstellung bisheriger Handlungsempfehlungen mit den Ergebnissen dieser Studie verdeutlicht, dass die vorhandenen Empfehlungen noch nicht umgesetzt worden sind.

2.9 Diskussion der Ergebnisse zum Spezialangebot

Die Forschung von Debus (2023: 440) zeigt, dass gynäkologische Spezialprechstunden oft nicht bekannt sind. Die gynäkologische Spezialprechstunde in Dachau blieb beispielsweise nach zehn Jahren Betrieb unter den Behinderteneinrichtungen nahezu unbekannt. Auch unter den Nutzenden sind gynäkologische Spezialangebote oftmals unbekannt (Hornberg et al. 2019: 41). In der vorliegenden Studie zeigt sich ein ähnliches Bild: Etwa 72,50 % der Befragten besitzen keine Kenntnis über das Angebot der

barrierefreien Sprechstunde am KBM. Eine Interviewte betont den Wunsch nach besserer Bekanntheit der Spezialprechstunde. Dies weist auf eine mangelnde Bekanntheit dieses Angebots hin.

Bereits 2019 wurde festgestellt, dass es am KBM ausgesprochen lange Wartezeiten auf Termine in der gynäkologischen Sprechstunde gibt (Hornberg et al. 2019: 39). Auch in der vorliegenden Studie berichten mehrere Leistungsberechtigte von langen Wartezeiten, die häufig bis zu einem halben Jahr betragen. Eine Leistungsberechtigte wünscht sich eine bessere Verfügbarkeit von Terminen und darüber hinaus, dass das Angebot wöchentlich, statt alle drei Wochen, vorgehalten wird.

Ein Umzug der gynäkologischen Spezialprechstunde innerhalb des Klinikums Bremen-Mitte im Jahr 2020 kann zudem die Ausstattung und Erreichbarkeit möglicherweise beeinflusst haben. Eine Leistungsberechtigte kritisiert, dass die neue Praxis nach dem Umzug kleiner geworden ist. Für manche Bedarfe ist die jetzige Praxis aufgrund der verminderten räumlichen Größe möglicherweise schlechter geeignet.

Zusammengefasst zeigen sich sowohl in der aktuellen Literatur als auch in der vorliegenden Studie Herausforderungen der barrierefreien gynäkologischen Sprechstunde am KBM bezüglich ihrer Bekanntheit, den langen Wartezeiten bei der Terminvergabe und der baulichen Ausgestaltung der Praxisräumlichkeiten, die eine bedarfsgerechte und barrierefreie Versorgung beeinträchtigen können. Eine Übereinstimmung zeigt sich jedoch auch in der Relevanz von Spezialangeboten, die durch ihre barrierefreie Ausstattung, geschultem Personal, vergrößerte Zeitfenster, barrierefreie Zuwege und WCs gerade für Frauen* mit E-Rollstühlen beziehungsweise Frauen*, die nicht ohne Weiteres aufstehen können, einen wichtigen Baustein in der Versorgung darstellen.

¹³ Zur Umsetzung dieser Forderung s. Punkt 1.1.

3 ERHEBUNG DER PERSPEKTIVE DER GYNÄKOLOG*INNEN / LEISTUNGSERBRINGENDEN

Um ein umfangreiches Verständnis von der barrierefreien gynäkologischen Versorgung im Land Bremen zu gewinnen, wurde als zweiter Schwerpunkt die Perspektive der Gynäkolog*innen auf die Versorgung aufgenommen. Auch diese Teilerhebung wurde quantitativ mit Fragebögen und anschließend qualitativ mit Interviews durchgeführt (s. Unterkapitel 1.7). Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der Fragebogenanalyse dargestellt, beginnend mit der Beschreibung der Stichprobe, gefolgt von der Auswertung der einzelnen Fragen anhand der Struktur des Fragebogens. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse der Interviewauswertung präsentiert, ebenfalls beginnend mit der Stichprobe und einer anschließenden Darstellung anhand der Analysekatoren. Abschließend werden die zusammenhängenden Ergebnisse beider Forschungsstränge berichtet.

3.1 Angaben zu Behandlungsmöglichkeiten und Herausforderungen in der ambulanten Versorgung

Im Land Bremen gibt es 71 gynäkologische Praxen, von denen 28 im Datenkorpus dieser Studie vertreten sind. Es gibt hier eine Rückmeldung von nur knapp über einem Drittel, weshalb die Repräsentativität eingeschränkt ist (s. Kapitel 1.7. und 1.8.). Nur über die 28 teilnehmenden Praxen lässt sich die Aussage treffen, inwiefern diese über bestimmte Merkmale der Barrierefreiheit verfügen. Bei diesen Teilnehmenden besteht möglicherweise ein gewisses

Bias, dass nämlich gerade die Gynäkolog*innen an der Erhebung teilgenommen haben, die sich in der barrierefreien Versorgung bereits engagieren. Die Auswertung der Frage, ob eine Behandlung von Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen in den jeweiligen Praxen der angeschriebenen Gynäkolog*innen des Landes möglich ist, ergibt, dass 67,86 % (n=19) der teilnehmenden Gynäkolog*innen die Versorgung in ihrer Praxis leisten können. Nur ein Anteil von 14,29 % (n=4) der Gynäkolog*innen gibt an, Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen nicht behandeln zu können. Wie im Unterkapitel 1.5. ausgeführt, können weitere Datenquellen zur Barrierefreiheit, beispielsweise der KVHB oder des Stadtführers barrierefreies Bremen, keine tieferegreifenden Aussagen über die anderen Zweidrittel der Praxen im Land Bremen machen, da deren Datenlage noch dünner ist.

Die meisten teilnehmenden Praxen befinden sich in Schwachhausen (n=9), am zweithäufigsten in Vegesack (n=3). Jeweils zwei Praxen liegen in Findorff, Hemelingen, der Östlichen Vorstadt und der Vahr. Einzeln genannt werden jeweils Blumenthal, Bremen-Mitte, Horn-Lehe, Obervieland und Walle. In Bremerhaven liegt jeweils eine der teilnehmenden Praxen im Fischereihafen, Geestemünde bzw. Lehe. Aus den Bremer Stadtteilen Burglesum, Gröpelingen, Huchting, Neustadt Osterholz, und Woltmershausen sowie den Ortsteilen Blockland, Borgfeld, Seehausen und Strom sind keine Praxen vertreten. Ebenso wurden aus den Bremerhavener Stadtteilen Häfen, Leherheide, Bremerhaven-Mitte, Schiffdorferdamm, Surheide, Überseehafen-gebiet und Weddewarden keine Angaben gemacht.

Tabelle 2

Stadtteile der gynäkologischen Praxen, die an der Studie teilgenommen haben

Stadt Bremen	Anzahl	Prozent	Bremerhaven	Anzahl	Prozent
Schwachhausen	9	32,14 %	Fischereihafen	1	3,57 %
Vegesack	3	10,71 %	Geestemünde	1	3,57 %
Findorff	2	7,14 %	Lehe	1	3,57 %
Hemelingen	2	7,14 %			
Östliche Vorstadt	2	7,14 %			
Vahr	2	7,14 %			
Blumenthal	1	3,57 %			
Bremen Mitte	1	3,57 %			
Horn-Lehe	1	3,57 %			
Obervieland	1	3,57 %			
Walle	1	3,57 %			
Summe	25	89,29 %		3	10,71 %

17,86 % (n=5) der Gynäkolog*innen beschreiben Einschränkungen ihrer Behandlungsmöglichkeiten im ergänzenden Freitextfeld. Zweimal wird darin genannt, dass eine Versorgung nur bei Frauen* möglich ist, die keinen Rollstuhl benötigen. Ebenfalls zweimal wird genannt, dass Treppenstufen innerhalb der Praxis überwunden werden müssen. Eine Person gibt zudem das Fehlen eines Lifters innerhalb der Praxis an, weshalb die Versorgung nur für Patient*innen möglich sei, die diesen nicht benötigen. Eine Person gibt an, dass die Versorgung nur leistbar sei, sofern das für die Untersuchungsmöbel zulässige Maximalgewicht von 160 kg nicht überschritten wird. Zudem sei es notwendig, dass für den Transfer in den gynäkologischen Untersuchungsstuhl menschliche Unterstützung ausreiche. Darüber hinaus müsse die Einwilligungsfähigkeit von Patient*innen gegeben sein.

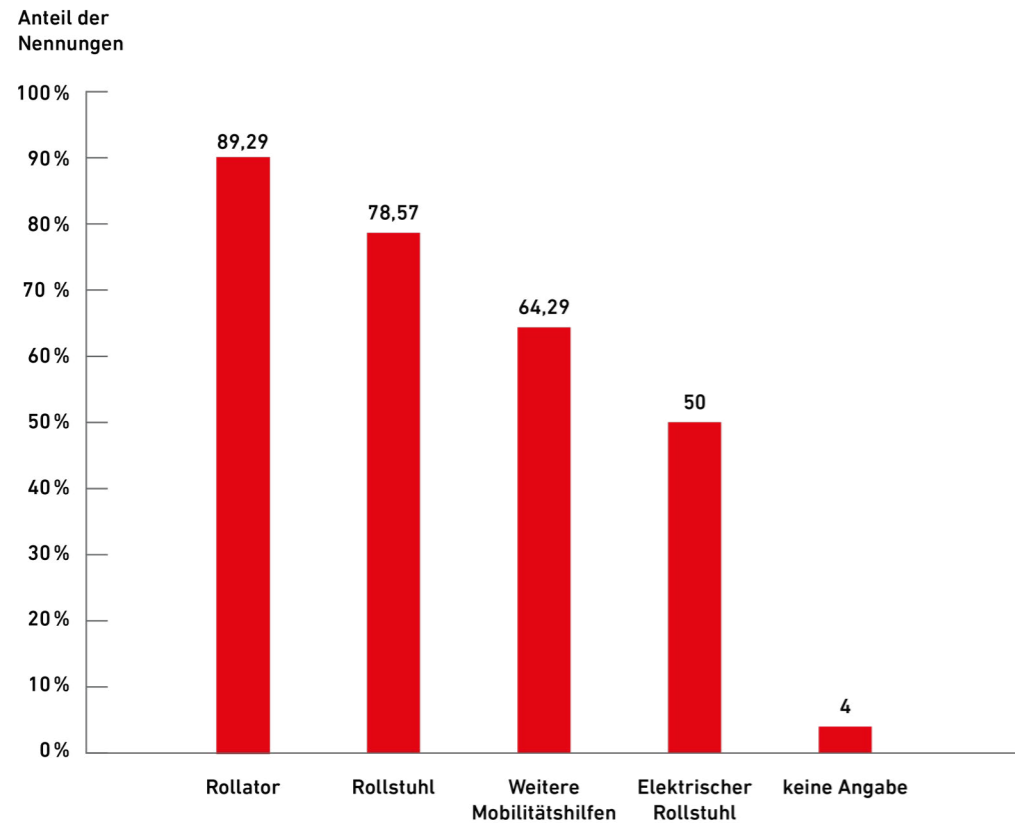
Zur Frage, ob Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen zur Versorgung an andere gynäkologische Praxen weiterverwiesen werden, geben 53,57 % (n=15) der befragten Gynäkolog*innen an, dies nicht zu tun. Lediglich ein Anteil von 14,29 % (n=4) der Gynäkolog*innen gibt an, dass sie Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen grundsätzlich weiterverweisen. Darüber hinaus geben 32,14 % (n=9) im Freitextfeld an, in welchen Fällen ein Weiterverweis erfolgt: Unter „Fehlender Personenlifter“ geben fünf Teilnehmende an, Patient*innen weiter zu verweisen, sofern diese einen Personenlifter benötigen. In der Kategorie „Überschreitung der Gewichtsobergrenze“ nennen drei Personen, dass sie Frauen* jeweils ab einem Körpergewicht von 140 kg, 160 kg bzw. bei

„schwer ausgeprägter Adipositas“ weiterverweisen. Unter „bauliche Barrieren“ geben zwei Teilnehmende an, Patient*innen weiter zu verweisen, sofern innerhalb der Praxis vorhandene Treppenstufen nicht überwunden werden können. Außerdem wird angegeben, dass, falls aufgrund von Mobilitätsbehinderungen eine Narkose für die gynäkologische Untersuchung notwendig ist, Patient*innen weiterverwiesen werden.

Um abzubilden, mit welchen Mobilitätshilfen die gynäkologischen Praxen nutzbar sind, wurden die Gynäkolog*innen um die Angabe gebeten, ob Patient*innen beim Besuch der Praxis einen Rollstuhl, elektrischen Rollstuhl, Rollator oder andere Mobilitätshilfen verwenden. Hierbei waren Mehrfachnennungen möglich. Mit 89,29 % geben die meisten Gynäkolog*innen an, dass Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen einen Rollator nutzen. 78,57 % kreuzen an, dass ein Rollstuhl und 50 % ein elektrischer Rollstuhl genutzt werde. Andere Gehhilfen werden im Freitext von 64,29 % der Gynäkolog*innen angegeben, worunter achtmal Gehstöcke, sechsmal Unterarmgehstützen sowie jeweils einmal Gehhilfen, Sticks, Gesundheitsschuhe bzw. ein Gehbock angegeben werden.

Abbildung 10

Nutzung von Mobilität



Auf die Frage zur Barrierefreiheit, zu den Räumlichkeiten, der Ausstattung und den Unterstützungsangeboten in der Praxis waren ebenfalls Mehrfachnennungen möglich. Zwei Drittel (n=19) der Praxen befinden sich in barrierefreien Räumlichkeiten und knapp die Hälfte (n=13) der Praxen verfügt über barrierefreie Toiletten. Über eine Ausstattung mit einem höhenverstellbaren gynäkologischen Untersuchungsstuhl verfügen 85,71 % (n=24) der Praxen, die Hälfte ist mit einer Liege zum Umkleiden ausgestattet. Einen Personenlifter besitzt keine der niedergelassenen Praxen, die teilgenommen haben. Mit einem Anteil von 89,29 % (n=25) bietet aber ein Großteil der Praxen Hilfestellung für den Transfer in den gynäkologischen Untersuchungsstuhl durch das Personal an. Ergänzungen bezüglich der Hilfsmittel äußern darüber hinaus drei Teilnehmende im Freitextfeld: Zwei Gynäkolog*innen berichten, Hilfe durch Personal anzubieten, wobei sich dies einmal auf die Nutzung des WCs bezieht, welches aufgrund des Alters des Gebäudes sehr schmal sei. In der zweiten Antwort wird das Unterstützungsangebot nicht näher erläutert. Ein*e Gynäkolog*in teilt mit, dass sich eine barrierefreie Toilette im Nebengebäude befinde.

Somit zeigt sich bezogen auf die Gesamtzahl der teilnehmenden gynäkologischen Praxen im Land Bremen, dass mindestens 35,21 % Patient*innen Hilfestellung beim Transfer auf den gynäkologischen Untersuchungsstuhl anbieten. Ebenfalls mindestens ein Drittel (33,8%) der Praxen im Land Bremen, die an der Erhebung teilgenommen haben, ist mit einem höhenverstellbaren gynäkologischen Untersuchungsstuhl ausgestattet. Bauliche Barrierefreiheit liegt mindestens bei einem Viertel (26,76%) der teilnehmenden Praxen vor. 19,72% der Praxen sind mit einer Liege zum Umziehen ausgestattet und mindestens 18,31% verfügen über ein barrierefreies WC.

Tabelle 3

Räumlichkeiten, Ausstattung und Unterstützungsangebote der Praxen im Land Bremen

Ausstattung	Anzahl (n=28)	Anteil im Land Bremen (N=71)
Personal hilft Patient*innen auf den Behandlungsstuhl	25	35,21 %
Höhenverstellbarer gynäkologischer Untersuchungsstuhl	24	33,80 %
Barrierefreie Praxis	19	26,76 %
Liege zum Umziehen	14	19,72 %
Barrierefreies WC	13	18,31 %
Weitere Hilfsmittel	4	5,63 %
Lifter	0	0,00 %
k. A.	1	1,41 %

Im Folgenden ist die Ausstattung der teilnehmenden Praxen jeweils nach den Städten Bremen und Bremerhaven getrennt aufgeschlüsselt. In der Stadt Bremen liegen 59 gynäkologische Praxen, von denen 25 in diesem Datenkorpus vertreten sind.

Tabelle 4

Räumlichkeiten, Ausstattung und Unterstützungsangebote der teilnehmenden Praxen in der Stadt Bremen

Ausstattung	Anzahl (n=25)	Anteil an gyn. Praxen in Bremen Stadt (N=59)
Personal hilft Patient*innen auf den Behandlungsstuhl	22	37 %
Höhenverstellbarer gynäkologischer Untersuchungsstuhl	21	36 %
Barrierefreie Praxis	17	29 %
Liege zum Umziehen	11	19 %
Barrierefreies WC	10	17 %
Weitere Hilfsmittel	3	5 %
Lifter	0	0 %
k.A.	1	2 %

In Bremerhaven liegen zwölf gynäkologische Praxen, von denen drei in diesem Datenkorpus vertreten sind.

Tabelle 5

Räumlichkeiten, Ausstattung und Unterstützungsangebote der teilnehmenden Praxen in Bremerhaven

Ausstattung	Anzahl (n=3)	Anteil an gyn. Praxen in Bremerhaven (N=12)
Personal hilft Patient*innen auf den Behandlungsstuhl	3	25 %
Höhenverstellbarer gynäkologischer Untersuchungsstuhl	3	25 %
Barrierefreie Praxis	2	17 %
Liege zum Umziehen	3	25 %
Barrierefreies WC	3	25 %
Weitere Hilfsmittel	0	0 %
Lifter	0	0 %
k. A.	0	0 %

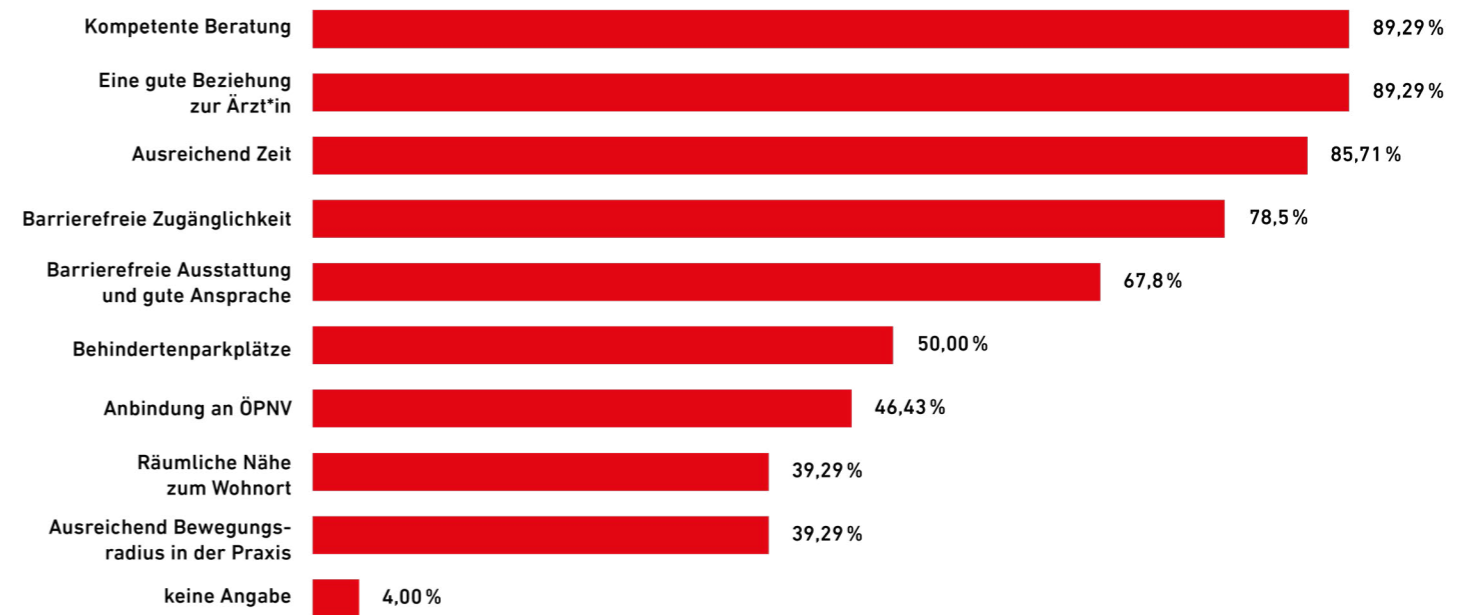
Einige Praxen erfüllen laut der Auskunft der teilnehmenden Gynäkolog*innen mehrere Merkmale gleichzeitig. Eine barrierefreie Praxis sowie ein barrierefreies WC wird von 42,86% (n=12) der Befragten angegeben, was einem Anteil von mindestens 16,9% im gesamten Land Bremen entspricht. Eine barrierefreie Praxis und einen höhenverstellbaren Stuhl geben 57,14% (n=16) der Befragten an, was einen Anteil von mindestens 22,54% im gesamten Land Bremen ausmacht. Eine barrierefreie Praxis sowie eine Liege zum Umziehen geben 32,14% (n=9) der Teilnehmenden an, d. h. mindestens 12,68% im Land Bremen.

Gynäkolog*innen wurden darum gebeten, einzuschätzen, welche Faktoren Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen in ihrer gynäkologischen Versorgung wichtig sind, dabei sind

Mehrfachnennungen möglich. Am häufigsten, mit jeweils 89,29% (n=25), geben die Befragten eine kompetente Beratung sowie eine gute Beziehung zur Ärzt*in an. Am zweithäufigsten wird mit 85,71% (n=24) ausreichend Zeit angekreuzt. Eine barrierefreie Zugänglichkeit schätzen 78,57% (n=22) der Teilnehmenden als aus Patient*innenperspektive wichtig ein. Eine barrierefreie Ausstattung und Ansprache wird von 67,86% (n=19) angegeben. 50% (n=14) schätzen Behindertenparkplätze und 46,43% (n=13) die Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr als wichtig ein. Jeweils mit 39,29% (n=11) werden ein ausreichender Bewegungsradius in der Praxis und die räumliche Nähe zum Wohnort am seltensten genannt.

Abbildung 11

Wichtige Erfahrungen für Patient*innen

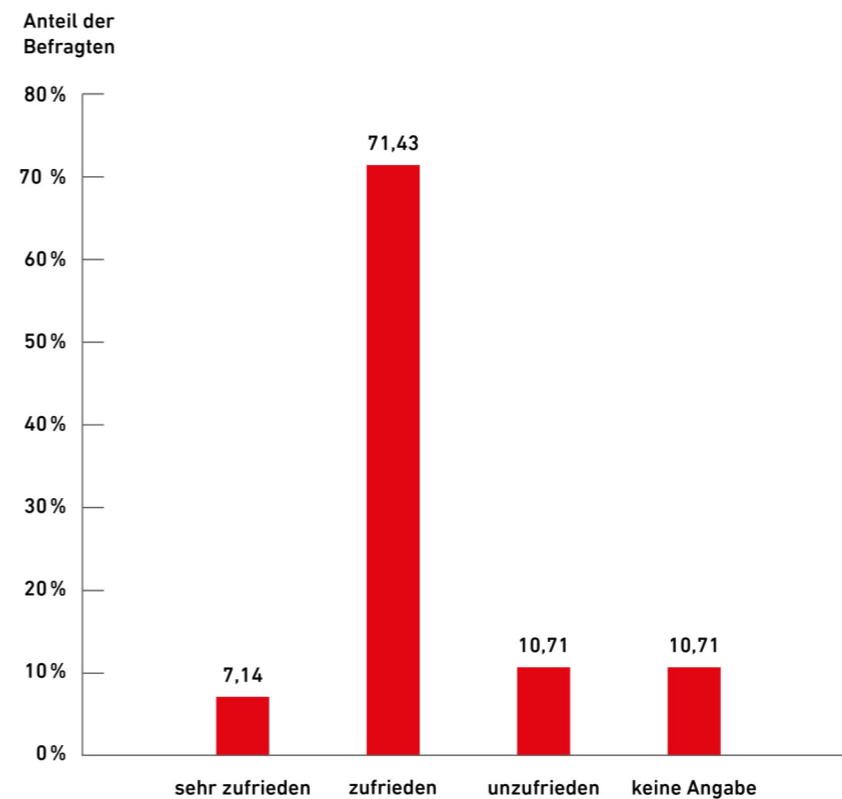


Inwieweit ihre Patient*innen mit Mobilitätseinschränkungen mit der derzeitigen gynäkologischen Versorgung zufrieden sind, wird von Gynäkolog*innen unterschiedlich eingeschätzt. Die wenigsten der Befragten, 7,14% (n=2),

schätzen ihre Patient*innen als sehr zufrieden ein. Der Großteil der Gynäkolog*innen vermutet, dass Patient*innen zufrieden sind (71,43%, n=20). Unzufriedenheit wird lediglich von 10,71% (n=3) angenommen.

Abbildung 12

Einschätzung der Patient*innen-Zufriedenheit



Im Kontext der gynäkologischen Versorgung in der eigenen Praxis berichten 15 Gynäkolog*innen von Schwierigkeiten, die sie bei der Arbeit mit Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen erleben. Die Antworten im Freitextfeld werden anhand der Kategorien „bauliche Barrieren“, „Zeitmangel“, „Personalmangel“, „Körperliche Belastung“, „Fehlende Ausstattung mit Hilfsmitteln“ sowie „Sonstiges“ unterschieden. Mit zehn Gynäkolog*innen gibt die Mehrheit der Teilnehmenden an, dass bauliche Barrieren Schwierigkeiten darstellen. Dabei bemängeln sie (für Rollstuhlfahrer*innen) unzugängliche Toiletten in fünf Praxen, zu enge oder fehlende Fahrstühle werden von zwei Teilnehmenden thematisiert. Vorhandene Treppenstufen werden ebenfalls von zwei Personen genannt. Überdies geben einzelne Gynäkolog*innen zu enge Praxisräume sowie eine zu kleine Umkleidekabine als bauliche Barrieren an. Einen Zeitmangel geben fünf der Teilnehmenden an, teilweise mit der Begründung, dass die Termine bzw. die Untersuchung, das Entkleiden und die Lagerung zeitintensiv seien. Drei Gynäkolog*innen berichten darüber hinaus von Personalmangel. Einen fehlenden Personenlifter und somit eine unzureichende Ausstattung der Praxis bemängeln zwei Ärzt*innen. Ebenfalls von zwei Teilnehmenden wird die körperliche Belastung durch den Transfer von Patient*innen auf den gynäkologischen Untersuchungsstuhl angegeben. Zusätzlich werden zwei sonstige Aspekte jeweils einmalig benannt: Eine Person gibt an, dass das konkrete Ausmaß der Mobilitätsbehinderungen von Patient*innen bei der Terminvereinbarung ggf. unbekannt ist und sich dadurch eine Versorgung vor Ort als unmöglich herausstellen kann. Eine weitere Person bemängelt, dass es für Patient*innen, die in Bremen-Nord leben und einen Personenlifter benötigen, einen Versorgungsengpass

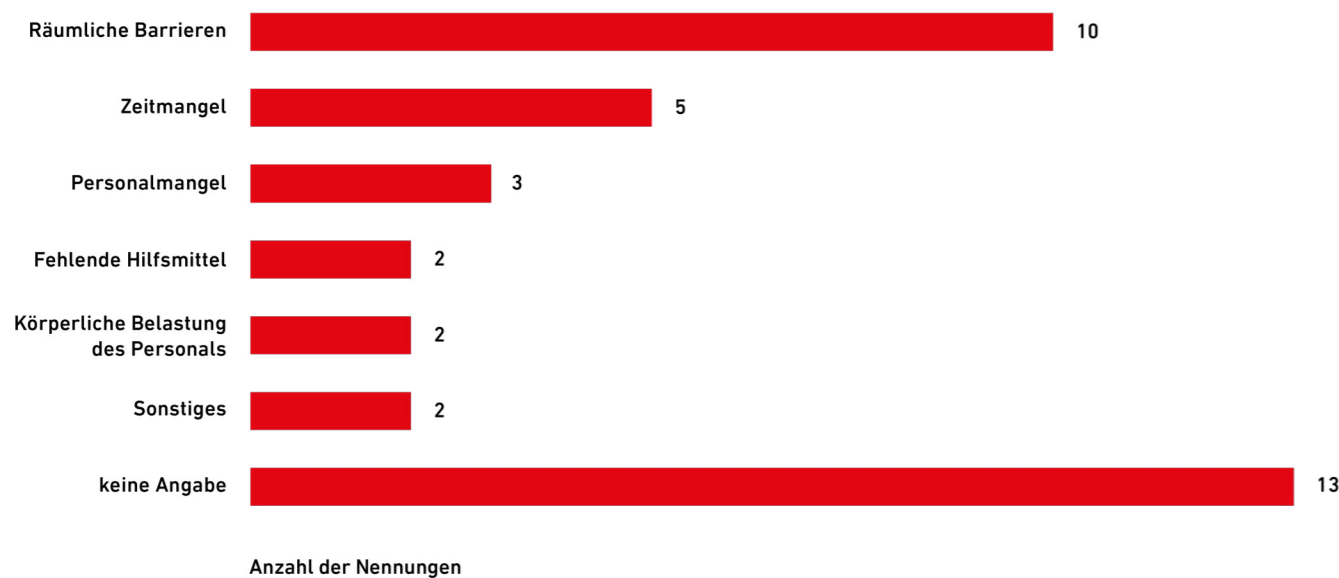
gibt, da die einzige Versorgungsoption mit Personenlifter das Spezialangebot im KBM ist und dies für die Stadtteilbewohner*innen weit entfernt liegt.

Trotz dieser wahrgenommenen Schwierigkeiten gibt keine*r der 28 teilnehmenden Gynäkolog*innen auf die Frage nach einer Öffnung der Praxis für Patient*innen mit Mobilitätsbehinderungen an, aktuell auf der Suche nach Möglichkeiten zu sein, die eigene Praxis für Patient*innen mit Mobilitätsbehinderungen weiter zu öffnen. Allerdings benennen Gynäkolog*innen mögliche Maßnahmen, die anstehen könnten, um auf eine inklusivere gynäkologische Praxis hinzuwirken. Zehn Personen machten im Freitextfeld Angaben zur Frage, was ihre Praxis bieten müsste, um der Nachfrage von Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen gerecht zu werden. Unter der Kategorie „Barrierefreier Umbau“ nennen sieben Gynäkolog*innen bauliche Veränderungen, darunter in drei Fällen bezüglich der Toilette sowie einmal bezüglich des Fahrstuhles. Drei Personen schreiben darüber hinaus explizit, dass ein Umbau nicht möglich sei. Zwei Teilnehmende nennen die Notwendigkeit von weiterer Ausstattung, wie einem Personenlifter bzw. einem höhenverstellbaren gynäkologischen Stuhl, ebenfalls von zwei Ärzt*innen wird zusätzliches Personal als Voraussetzung genannt. Unter der Kategorie „Weitere Ressourcen“ geben zwei Personen an, die Praxis müsse mehr Zeit bzw. freie Termine anbieten, um als barrierefrei bezeichnet werden zu können.

Die Gynäkolog*innen werden im Fragebogen gebeten, per Freitextfeld anzugeben, durch welche weiteren Maßnahmen die gynäkologischen Versorgungsangebote von Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen besser genutzt werden könnten.

Abbildung 13

Darstellung der Schwierigkeiten beim eigenen Angebot in Hinblick auf die Barrierefreiheit



Ich will bei denen genauso wie bei allen anderen Frauen eine gute Medizin machen. Ich will die betreuen können mit der Zeit, die es braucht. Und ich will das tun können, was notwendig ist.

G3, PARAGRAPH 10

Zehn Gynäkolog*innen machen hier Angaben, die in die Kategorien „Angemessene Vergütung“, „Unterstützung durch Dritte (Personal oder Begleitperson)“ sowie „Sonstiges“ unterteilt werden. Fünf Personen geben als Anforderung für bessere Nutzbarkeit der bestehenden Versorgungsangebote eine angemessene Vergütung für den zeitlichen Mehraufwand an, drei Personen eine ausreichende Unterstützung durch medizinisches Personal bzw. Assistenzpersonen. Unter „Sonstiges“ äußert eine Person den Bedarf, die Zugänglichkeit der Praxen zu verbessern und mehr Praxen z.B. mit einer Rampe bzw. einem Fahrstuhl auszustatten. Auch wird einmal aufgeführt, dass Aufklärungsmaterial in Einfacher Sprache notwendig sei. Ein*e Gynäkolog*in wünscht sich zudem, dass Patient*innen einfach nachfragen, ob sie kommen könnten.

3.2 Perspektiven aus der qualitativen Befragung zur gynäkologischen Regelversorgung

Von den 28 teilnehmenden Gynäkolog*innen gaben sechs die Bereitschaft für ein Interview an, wovon schließlich vier für ein Interview zur Verfügung standen. Drei der interviewten Gynäkolog*innen sind weiblich und einer ist männlich. Die Altersspanne der vier Gynäkolog*innen reicht von 52 bis 64 Jahren, der Median beträgt 63. Die Gynäkolog*innen sind seit elf bis 23 Jahren niedergelassen tätig, im Median 20 Jahre. Zwei der Gynäkologinnen (G5, G6)¹⁴ sind zudem in der BGS tätig, beide seit der Eröffnung 2011. Eine Gynäkolog*in betreibt eine pränataldiagnostische Schwerpunktpraxis (G4). Alle interviewten Gynäkolog*innen sind in der Stadt Bremen tätig. Durch den relativ kleinen Datenkorpus ist die Repräsentativität gering und vermutlich besteht

¹⁴ Die Nummerierung der sechs Interviews ist wie folgt: Init 1, Init 2 stehen für die beiden befragten Initiatorinnen des Spezialangebots sowie G 3, G 4, G 5 und G 6 für die interviewten Gynäkolog*innen. Es gibt also keine G 1 und G 2. Die Zitate entstammen den Transkripten und verweisen jeweils auf die im vorherigen Satz beschriebenen Interviewkürzel.

auch hier in der Hinsicht ein Bias, dass es sich um für die Belange von Frauen* mit Behinderungen engagierte Gynäkolog*innen handelt.

Die Interviews wurden im Zeitraum vom 19.12.2023 bis 15.2.2024 durchgeführt und die Dauer der Interviews betrug im Median 30 Minuten. Fünf Interviews wurden per Zoom durchgeführt, eines erfolgte aufgrund technischer Probleme telefonisch. Bis auf vereinzelte Verständnisschwierigkeiten aufgrund schlechter Tonqualität gab es keinerlei Störungen der Interviews. Entstandene Unklarheiten konnten durch Rückfragen ausgeräumt werden. Alle Interviewteilnehmenden machten einen interessierten und engagierten Eindruck und zeigten eine hohe Erzählbereitschaft.

Alle Gynäkolog*innen berichten von konkreten Versorgungserfahrungen, geben allerdings an, Patient*innen mit Mobilitätsbehinderungen nicht besonders häufig zu versorgen. Ein*e Interviewpartner*in (G3) schätzt, dies sei etwa einmal im Monat der Fall. Die anderen Teilnehmenden äußern sich nicht zu konkreten Zahlen. Eine Interviewte berichtet, dass bereits im Rahmen der Anmeldung geklärt werde, welche Leistungen von der Praxis angeboten werden können (G3). Wieder eine andere interviewte Ärzt*in geht auf das spezifische Patient*innenkollektiv ein, welches in der Praxis für Pränataldiagnostik versorgt wird. Dies seien überwiegend junge Frauen mit Kinderwunsch bzw. bestehender Schwangerschaft. Die Versorgungspraxis bezeichnet die interviewte Person als „learning by doing“, es gebe kein konkretes Schema, das man abarbeite. Wieder eine weitere Interviewpartner*in (G5) schildert zwei unterschiedliche Untersuchungssituationen mit zwei unterschiedlichen Patient*innen. In einem Fall sei der Transfer aus dem Rollstuhl in den gynäkologischen Untersuchungsstuhl nicht möglich gewesen, im anderen Fall sei dies hingegen durch viel Unterstützung Angehöriger sowie eigener Hilfsmittel der Patientin gelungen. Die Interviewpartnerin betont, ein Mindestmaß an Mobilität der Patient*innen sei notwendig, um den Transfer auf den Untersuchungsstuhl und damit eine körperliche Untersuchung zu gewährleisten.

Die befragten Gynäkolog*innen äußern sich unterschiedlich zu den Aspekten, die ihnen in der Versorgung persönlich wichtig sind. Zwei Gynäkolog*innen betonen die Relevanz, sich ausreichend Zeit nehmen zu können (G3, G6). Ein*e Interviewpartner*in (G3) möchte Patient*innen mit Mobilitätsbehinderungen genauso behandeln, wie alle anderen Patient*innen auch. Einer anderen Person (G4) ist es ein Anliegen, dass Patient*innen sich gut in der Praxis bewegen können und sich wohlfühlen. Eine dritte (G5) betont die Relevanz einer guten Begleitung für die Patient*innen, einer weiteren (G6) ist es wichtig, Patient*innen auf Augenhöhe zu begegnen.

„Ich will bei denen genauso wie bei allen anderen Frauen eine gute Medizin machen. Ich will die betreuen können mit der Zeit, die es braucht. Und ich will das tun können, was notwendig ist.“ (G3, Paragraph 10)

Alle vier an den Interviews teilnehmenden Gynäkolog*innen berichten, Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen behandeln zu können. Ein*e Interviewpartner*in (G4) berichtet, dabei keine besonderen Herausforderungen zu erleben und dass die Behandlung bislang immer möglich gewesen sei. Auch eine andere Person (G3) berichtet, alle Patient*innen zu versorgen, die bei ihr anfragten.

„Ja, die Versorgung ist möglich. [...] und wir betreuen natürlich auch gerne Patienten mit Einschränkungen.“ (G4, Paragraph 28)

Zwei Teilnehmende (G5, G6) berichten, dass eine Behandlung fast immer möglich sei. Die Voraussetzung sei, dass Patient*innen, die einen Rollstuhl nutzen, eine gewisse Mobilität aufweisen, sodass sie sich auf den gynäkologischen Untersuchungsstuhl umsetzen könnten (G5, G6) bzw. dass kein Personenlifter benötigt werde und menschliche Kräfte ausreichen, um den Behandlungsstuhl zu erreichen (G5).

„wenn sie KEINEN Lifter braucht und im Prinzip vom Rollstuhl auf den Untersuchungsstuhl kann in irgendeiner Form, selber oder mit Hilfe von also mit menschlicher Hilfe, dann funktioniert das auch.“ (G5, Paragraph 38)

Während eine der interviewten Gynäkolog*innen angibt, keine besonderen Herausforderungen bei der Versorgung von Patient*innen mit Mobilitätsbehinderungen zu erleben (G4), berichten die übrigen drei von Herausforderungen, vor allem durch den erhöhten Zeitbedarf (G3, G5 und G6): alles dauere länger, was den gesamten Praxisablauf erschwere (G6). Mehr als ein*e Patient*in mit Mobilitätsbehinderungen pro Sprechstunde lohne sich finanziell für die Praxis nicht (G5). Es koste Zeit und bringe weniger Geld ein (G5). Ein erhöhter Zeitaufwand entstehe aber auch z.B. dann, wenn die Notwendigkeit einer Weiterbehandlung in einem Krankenhaus bestünde und erst recherchiert werden müsse, in welcher Bremer Klinik die Person versorgt werden könne (G3). Ein*e Interviewpartner*in berichtet, dass

„die Vorstellung, dass ich mehr als eine [Pat. mit Mobilitätsbehinderung, Anm. d. Autorin] an einem Tag habe, das sprengt ja komplett die Sprechstunde und lohnt sich ja GAR nicht.“ (G5, Paragraph 26)

Auch sei die Kommunikation nicht immer einfach (G3, G5). Sie sei vor allem dann erschwert, wenn Patient*innen nicht sprechen könnten und die Begleitpersonen (z.B. Betreuer*innen) nichts zur Anamnese bzw. zum Anlass des Termins wüssten (G5). Darüber hinaus entstünden Schwierigkeiten

meist bei Neupatient*innen, deren Mobilitätsbehinderung vorab nicht bekannt gewesen sei (G3). Herausforderungen entstünden auch dadurch, dass Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen nicht immer eine Begleitung hätten, auch wenn sie diese benötigten (G5). Auch sei der Transfer vom Rollstuhl auf den gynäkologischen Stuhl körperlich äußerst anstrengend und schwer umzusetzen (G5).

„Aber, wenn sie das nicht kann, dann müsste man sie da hochheben. Und das ist eben das ist ja einfach unglaublich schwer.“ (G5, Paragraph 6)

Einen Personenlifter anzuschaffen sei aufgrund beengter Räumlichkeiten keine Option (G5).

Der Herausforderung durch erhöhten Zeitbedarf begegnen die Gynäkolog*innen mit Anpassungen in Arbeitsabläufen, wie z.B. einer Terminvergabe außerhalb der Sprechstunde (G3), der Vergabe von größeren Zeitfenstern (G5) bzw. indem sie sich flexibel auf den Bedarf von Patient*innen einstellen (G6). Wenn Patient*innen bereits in der Praxis bekannt sind, sei es leichter (G6). Es sei zudem wichtig, sich mit Patient*innen zunächst kleinteilig zu besprechen, um zu klären, was die Praxis leisten könne und was nicht. Darüber hinaus berichten Gynäkolog*innen, dass sie bei Einschränkungen kognitiver (G5) bzw. körperlicher (G6) Art die Untersuchungsmaßnahmen den Möglichkeiten der Patient*innen anpassten und ggf. entsprechend reduzierten. Dies illustriert eine Gynäkolog*in anhand folgenden Beispiels:

„*Manchmal ist es halt so, dass auch eine wirklich suffiziente gynäkologische Untersuchung nicht möglich ist, sondern dass man sich behelfen muss, [...] eine Blind-Zytologie abnimmt zum Beispiel. Dass man einen Ultraschall vom Bauch macht, häufig, weil manchmal auch eine vaginale Untersuchung nicht möglich ist.*

G6, PARAGRAPH 8

„Manchmal ist es halt so, dass auch eine wirklich suffiziente gynäkologische Untersuchung nicht möglich ist, sondern dass man sich behelfen muss, [...] eine Blind-Zytologie abnimmt zum Beispiel. Dass man einen Ultraschall vom Bauch macht, häufig, weil manchmal auch eine vaginale Untersuchung nicht möglich ist.“ (G6, Paragraph 8)

Drei Gynäkolog*innen berichten, dass die Versorgung nicht möglich sei, sofern Patient*innen vollkommen immobil seien (G3, G5, G6) und z. B. einen Personenlifter benötigten (G5, G6). Auch bei erkennbarer Abwehr bzw. fehlendem Verständnis für die Untersuchung werde diese nicht durchgeführt (G3, G5), bzw. nur in vertretbarem Maße, z. B. in Form eines Ultraschalls des Bauches (G3). Darüber hinaus werde bei Überschreitung des für die Untersuchungsmöbel zulässigen Maximalgewichts sowie bei fehlender Notwendigkeit keine Untersuchung durchgeführt (G3).

Drei Gynäkolog*innen äußern Veränderungs- und Verbesserungsbedarfe bezüglich der Versorgung von Patient*innen mit Mobilitätsbehinderungen (G3, G5, G6). Zentral ist dabei der erhöhte finanzielle Bedarf: Zwei der Interviewten wünschen sich eine bedarfsgerechte Vergütung, welche den zeitlichen Mehraufwand berücksichtigt (G3, G5).

„Wir leiden wie alle Bereiche wahrscheinlich im Gesundheitssystem an zunehmenden Sparzwängen. [...] Und das ist halt eben auch ein Zeitproblem. Wenn ich für eine Frau eine Dreiviertelstunde einplanen muss, um eine Behandlung durchzuführen, dann ist das mit den 20,75 €, die ich für die eine Behandlung bekomme eben nicht abgedeckt. Das ist ein Stundenlohn, das kann ich mir auf Dauer nicht leisten in der Praxis. Also im Gesamtsetting würde ich mir wünschen, dass die Finanzierung in den Praxen deutlich mehr an die Bedarfe angepasst sind, als das im Moment in unserem System vorgesehen ist.“ (G3, Paragraph 8)

Eine interviewte Person benennt darüber hinaus strukturelle Veränderungsbedarfe, wie vermehrte Fördermöglichkeiten für Praxen, die ihre Barrierefreiheit ausbauen möchten (G3). Des Weiteren wünsche sie sich Wertschätzung aus der Politik, indem mehr finanzielle Unterstützung bereitgestellt und die wirtschaftlichen Herausforderungen in Praxen ebenso anerkannt werden wie in Kliniken und Pflegeheimen, da der finanzielle Druck auch hier erheblich sei. Eine weitere Person (G6) äußert den Bedarf nach konkreten baulichen Veränderungen in Form eines barrierefreien WCs innerhalb des Ärztehauses, in welchem die Praxis liegt.

Außerdem werden Wünsche in Richtung Patient*innen formuliert: Im Kontakt mit Neupatient*innen mit Mobilitätsbehinderungen sei es bei der Anmeldung wünschenswert, wenn diese ihre Bedarfe offen kommunizierten. Ein*e Gynäkolog*in (G3) beschreibt, dass sie erst dann darauf

vorbereitet sei und auch einschätzen könnte, was leistbar sei. Sie wünsche sich Ehrlichkeit vonseiten der Patient*innen und ihrer Begleitpersonen in der Einschätzung des Mobilitätsumfangs. Darüber hinaus wünsche sie sich von Patient*innen und Interessenverbänden eine Wahrnehmung dafür, dass Gynäkolog*innen Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen zwar behandeln möchten, es aber nicht immer möglich sei.

„Ich würde mir wünschen, dass es halt eben auch bei den Patientinnen, vielleicht bei den Verbänden auch noch mal mehr Bewusstsein darüber oder Wahrnehmung dafür da ist, dass wir ja alle das Beste wollen, aber manchmal nicht können. Dass es nicht daran liegt, dass wir niemanden im Rollstuhl behandeln möchten, sondern dass es daran liegt, dass wir manchmal die Möglichkeiten oder Kapazitäten nicht haben.“ (G3, Paragraph 10)

Zwei Interviewpartner*innen stellen die Notwendigkeit infrage, dass alle gynäkologischen Praxen barrierefrei sein müssen, und begründen dies mit nicht ausreichendem Bedarf (G3, G6). Es wird vorgeschlagen, einzelne Praxen zu fördern, statt die Gesamtheit der gynäkologischen Praxen barrierefrei umzubauen (G3). Aufwand und Möglichkeiten stünden in keinem guten Verhältnis, das bestärkt auch eine der interviewten Interessenvertreter*innen:

„Das kann man ja / das könnte ja nur anders sein, wenn jetzt jede Praxis so ausgestattet wäre, dass sie barrierefrei wären. Aber ich glaube, dass das illusorisch ist, ehrlich gesagt. Da kann / ich glaube, da können noch viele Jahrzehnte Menschen dran arbeiten, dass das passiert. Aber das ist, glaube ich, kostenmäßig nicht darzustellen.“ (G6, Paragraph 41)

Über die Zugänglichkeit, die baulichen Gegebenheiten und Ausstattung der Praxis berichten die Gynäkolog*innen, dass die barrierefreie Zugänglichkeit zu ihrer Praxis gewährleistet sei: so sei der Eingangsbereich ebenerdig (G4), allerdings könne der Zugang bei besonders breiten Rollstühlen durch zu schmale Türen verhindert sein. Zwei der Interviewten geben an, es gebe einen geeigneten Fahrstuhl (G3, G5), wobei es in einem Fall die Einschränkung gibt, dass der Fahrstuhl fehleranfällig sei, wodurch in unregelmäßigen Abständen innerhalb einiger Monate Termine mit Patient*innen abgesagt werden müssten, die diesen benötigten (G3).

Zwei der Praxen verfügten den Interviewangaben zufolge über ausreichend breite Türen (G3, G4). Dass Patient*innen mit Mobilitätsbehinderungen versorgt werden könnten, weil die Räumlichkeiten größtenteils gut geeignet seien, sei Zufall, heißt es in einem der Interviews. Auch wenn die Türen breiter und die Räumlichkeiten generell größer sein könnten, seien diese aber auch derzeit mit Assistenz auch mit dem Rollstuhl nutzbar (G4). In einer der Praxen sei aufgrund enger Räumlichkeiten die Bewegungsfreiheit für Patient*innen, die einen Rollstuhl nutzten, eingeschränkt (G6).

Über ein barrierefreies WC verfügt keine der vier Praxen innerhalb der Praxisräumlichkeiten. In einem Fall wird berichtet, ein solches liege direkt vor dem Praxiseingang (G5), in zwei weiteren Praxen innerhalb des Gebäudes (G4, G3). In einem dieser Fälle befindet es sich im selben Einkaufszentrum wie die Praxis, wodurch die Patient*innen einen aufwendigeren Weg dorthin hätten, es jedoch immerhin grundsätzlich vorhanden sei. Ein Umbau sei aufgrund baulicher Gegebenheiten keine Option (G3). In der vierten Praxis gibt es keinen Zugang zu einem barrierefreien WC (G6).

Die Barrierefreiheit des weiteren Mobiliars besteht den Angaben der Interviewpartner*innen zufolge in einem teilabgesenkten Anmelde Tresen (G3), in zwei Praxen ist ein variabel verstellbarer gynäkologischer Untersuchungsstuhl vorhanden (G3, G5), wobei sich in einem Fall die Fußstützen nicht komplett verstellen ließen (G5). Über Untersuchungsliegen verfügen ebenfalls zwei Praxen (G3, G4). In einem Fall sei sie allerdings nicht höhenverstellbar (G3), im anderen sei hingegen in jedem Behandlungsraum eine höhenverstellbare Liege vorhanden (G4). Zwei Interviewpartner*innen berichten, dass die Umkleidekabine klein sei, was das Umkleiden erschwere (G5, G6).

„Das Entkleiden ist natürlich auch schwierig. Häufig ja. Aber gut, man kann sich da irgendwie zurecht wurschteln.“ (G6, Paragraph 4)

Dass barrierefreie Praxisräume bezogen werden können, scheint aktuell keine Auswahloption zu sein. So berichten zwei Gynäkolog*innen, sich nicht gesondert daran orientiert zu haben, sondern die Praxis so übernommen zu haben (G3, G4) und dass die vorhandene Ausstattung mehr oder weniger ein glücklicher Zufall gewesen sei.

„Das mit dem ausgesparten Tresen war ein Glück. Da bin ich aber jetzt erst im Laufe der letzten Jahre draufgekommen, dass es ja für diejenigen, die mit Rollstuhl kommen, quasi eine Notwendigkeit ist. Wenn die vor einem Tresen stehen und dann gegen das Holz sprechen, ist natürlich keine Option.“ (G3, Paragraph 14)

„Mehr oder weniger auch ein Glücksfall, dass wir die Untersuchung für eingeschränkte Patienten eben auch anbieten können.“ (G4, Paragraph 16)

Eine der befragten Personen habe sich Gedanken gemacht, als sie neu in die Räumlichkeiten eingezogen sei. Es habe eine Alternative in einem anderen Arzt*innenhaus gegeben, dort seien die barrierefreien WCs jedoch weiter entfernt gewesen (G4). Eine Person berichtet davon, sich zukünftig weiter mit der Frage beschäftigen zu müssen, welche Beeinträchtigungen es überhaupt gebe und wie innerhalb der Praxis damit umgegangen werden könne (G3). Zwei weitere Interviewpartner*innen geben an, sich pragmatisch

an den vorhandenen Räumlichkeiten orientiert zu haben, inwiefern sich Personen mit einem Rollstuhl dort bewegen könnten (G5, G6). Eine von ihnen sei zwar nicht umfassend darüber informiert, was Barrierefreiheit bedeute, wisse aber, dass das WC in ihrer Praxis den erforderlichen Maßen nicht entspreche (G6).

Informationen zur Barrierefreiheit ihrer Praxis vermitteln zwei Interviewpartner*innen (G3, G6) über die Internetseiten ihrer Praxen, wovon eine die Einschränkung macht, dass dort keine detaillierten Informationen stünden und auf Nachfrage angibt, dass es hierfür keine Gründe gebe. Inwieweit Praxismitarbeitende diese Informationen am Telefon weitergeben würden, wisse sie nicht, so ein*e Interviewpartner*in (G6). Die beiden anderen Praxen stellen diese Informationen online nicht zur Verfügung (G4, G5). In einem Fall wird dies damit begründet, dass es sich um eine Spezialpraxis handele, zu der Patient*innen nur durch Überweisung ihrer Gynäkolog*innen kämen und die Kolleg*innen wüssten vermutlich, inwieweit die Praxis barrierefrei sei (G4). Eine Person begründet ihre Entscheidung gegen eine Informationsweitergabe auf ihrer Webseite damit, dass sie keine Werbung für diese Patient*innengruppe machen wolle, um zu verhindern, dass besonders viele Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen in ihre Praxis kämen (G5).

„Also ich gebe es ja zu, es ist nicht so, dass man sich jetzt sozusagen wünscht, dass jetzt lauter beeinträchtigte, vor allem mobilitätsbeeinträchtigte Frauen in die Praxis kommen, weil es eben so aufwendig ist. Jetzt könnte man sagen: ‚Ja, haben wir‘, aber ich will jetzt gar keine Werbung dafür machen.“ (G5, Paragraph 46)

Auf die Frage nach Erfahrungen und Wünschen bezüglich der Versorgung von Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen im Rahmen ihres Studiums bzw. ihrer fachärztlichen Ausbildung, berichten drei der Befragten (G4, G5, G6), dass dies überhaupt keine Rolle gespielt habe. Die vierte berichtet, dass sie diesbezüglich keine Wünsche habe, da im Studium und in der Fachärzt*innenausbildung der Schwerpunkt auf dem Erlernen medizinischer und gynäkologischer Krankheitsbilder sowie deren Therapiemöglichkeiten liege und der Fokus damit ein anderer sei (G3). Erfahrungen mit Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen mache man in der Assistenzzeit automatisch und lerne, was funktioniere und was nicht. Auch in einem weiteren Interview heißt es, die gynäkologische Versorgung von Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen sei „learning by doing“ (G4). Zwei der Befragten (G4, G6) hätten sich gewünscht, dass dies in Studium und in der fachärztlichen Ausbildung anders gewesen wäre, dass z. B. die Bedürfnisse dieser Patient*innengruppe thematisiert worden wären (G4) bzw. dass diese Patient*innen überhaupt Erwähnung gefunden hätten (G6).

„Man hat jetzt überhaupt gar keine Erfahrung damit. Ist gar nicht gelernt. Jedenfalls zu meiner Zeit. [...] Wäre natürlich schon wünschenswert, dass man da speziell auf die Patientinnengruppe / ja, dass man da auch zumindest das mal Erwähnung findet, ne. Und vielleicht auch im Umgang und so weiter, das stimmt [...]“ (G6, Paragraph 24)

Fort- und Weiterbildungen halten drei Befragte (G3, G4, G6) für sinnvoll, um die gynäkologische Versorgung von Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen zu verbessern. In einem Interview wird betont, dass es nützlich sei, mehr darüber zu lernen, was für die Patient*innen wichtig sei und worauf bei der Versorgung geachtet werden müsse (G4). In einem Interview wird der Wunsch nach Lehrinhalten aus der Perspektive betroffener Personen geäußert, um für Fallstricke und bislang unbemerkte Probleme im täglichen Umgang sensibilisiert zu werden. Wünschenswert sei auch eine Begehung der Praxisräume aus der Perspektive von Personen mit Mobilitätsbehinderungen (G3). In zwei Interviews wird die Relevanz solcher Fort- und Weiterbildungen für die Versorgung (G6) bzw. die Gesellschaft (G3) thematisiert. Eine Befragte gibt zu bedenken, dass diese zu einer hochwertigen und professionellen Versorgung dazugehörten (G6). Derartige Angebote könnten dazu beitragen, dass die Versorgung professioneller ablaufe, was derzeit nicht immer der Fall sei.

„Es ist schon richtig, das gehört natürlich zu einer strukturierten Versorgung sicherlich dazu. Die Fortbildung, die Schulung und sowas alles. Es ist / letztendlich ist das alles / jeder macht so ein bisschen wie er denkt und sicherlich mit gutem Willen und so weiter, aber es ist schon dann teilweise nicht sehr professionell, denke ich, ne. Aber gut, es geht ja, aber das wäre sicherlich wünschenswert, ja.“ (G6, Paragraph 26)

Eine interviewte Person betont, dass diese Angebote vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Diskussionen über den Umgang mit Menschen mit Behinderungen besonders notwendig seien. Gynäkolog*innen seien zudem häufig mit Themen im Kontext Behinderungen über die Debatte um den Nicht-invasiven Pränataltest (NIPT) und dann ggf. Schwangerschaftsabbrüchen konfrontiert. Aber auch im Rahmen großer Verbandstreffen könnten und würden Fortbildungen angeboten werden, wie beispielsweise beim Treffen des Landesverbands der Frauenärzte und -ärztinnen, bei dem beispielsweise im Jahr 2024 ein Vortrag über die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen auf dem Programm stand (G3).

3.3 Ergebniszusammenführungen zur ambulanten gynäkologischen Versorgung

Im Folgenden werden die Ergebnisse des qualitativen und des quantitativen Strangs zusammengeführt und miteinander verglichen. Zuerst wird von den Möglichkeiten in der bestehenden ambulanten Versorgung berichtet, anschließend werden die Herausforderungen und schließlich die Grenzen expliziert.

In beiden Forschungssträngen berichten Teilnehmende, Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen grundsätzlich versorgen zu können bzw. von Voraussetzungen, die dies ermöglichen. Im Fragebogen geben 67,86 % der Teilnehmenden an, Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen behandeln zu können. In der Interviewkohorte geben alle teilnehmenden Gynäkolog*innen an, eine Versorgung grundsätzlich ermöglichen zu können. Einzig eine Ärzt*in berichtet, dabei keinerlei Probleme in der Versorgung zu erleben, wobei zu beachten ist, dass es sich um eine Schwerpunktpraxis für Pränataldiagnostik handelt, die keine reguläre gynäkologische Versorgung leistet sowie keine vaginalen Untersuchungen durchführt. Zwei Gynäkolog*innen vermerken in den Interviews (G5 und G6), eine Versorgung sei möglich, sofern Patient*innen kurz aufstehen und sich auf den Untersuchungsstuhl umzusetzen könnten bzw. keinen Personenlifter benötigten (G5).

Der Transfer vom Rollstuhl in den gynäkologischen Untersuchungsstuhl wird in einem Interview als körperlich belastend bezeichnet (G5), wiederholt wird sowohl in den Interviews als auch in den Fragebögen genannt, dass ein fehlender Personenlifter die Versorgung bei vollständig immobilen Patient*innen erschwere bzw. verhindere (G3, G5 und G6 sowie zwei Nennungen im Fragebogen).

Herausfordernd in der gynäkologischen Versorgung von Patient*innen mit Mobilitätsbehinderungen sei zudem der erhöhte Zeitbedarf (G3, G5 und G6). Dies spiegelt sich auch in den Fragebogenergebnissen wider, hier berichten fünf Teilnehmende von Zeitmangel bei der Versorgung von Patient*innen mit Mobilitätsbehinderungen.

Schwierigkeiten bereiteten zudem bauliche und ausstattungsbezogene Barrieren, wie alle interviewten Gynäkolog*innen berichten. Übereinstimmend geben zehn Personen im Fragebogen an, dahingehend Schwierigkeiten in ihrer Praxis zu sehen. Alle interviewten Gynäkolog*innen geben zwar an, dass ihre Praxen barrierefrei zugänglich seien, allerdings zum Teil mit der Einschränkung, dass die Türen für besonders breite Rollstühle zu schmal seien (G5).

Zwar sind Hilfsmittel wie Fahrstühle zum Teil vorhanden, doch mitunter fehleranfällig, wodurch Termine mit Patient*innen in unregelmäßigen Abständen innerhalb einiger Monate abgesagt werden müssten (G3). Im Fragebogen thematisieren zwei Teilnehmende zu enge oder fehlende Fahrstühle.

Bezüglich der baulichen Gegebenheiten berichten zwei Interviewpartner*innen (G3, G4), die jeweilige Praxis habe breite Türen, wenngleich diese in einem Fall noch breiter sein könnten und auch die Räumlichkeiten sollten zwar für Rollstuhlnutzende größer sein, mit einer Assistenzperson sei die Bewegungsfreiheit jedoch schon irgendwie gegeben (G4). Im Fall einer anderen Praxis werden die Räumlichkeiten als eng beschrieben, wodurch die Bewegungsfreiheit für Patient*innen, die einen Rollstuhl nutzten, eingeschränkt sei (G6). Im Fragebogen geben 67,86 % an, dass ihre Praxis barrierefrei ist, wobei zum Teil Einschränkungen formuliert werden, wie enge Praxisräume oder unzugängliche Toiletten für Rollstuhlfahrer*innen (fünf Antworten im Fragebogen). Zudem berichten alle interviewten Gynäkolog*innen, innerhalb der Praxis sei kein barrierefreies WC vorhanden. Es liege entweder direkt vor der Praxis (G5) bzw. im selben Gebäude (G4, G3), wobei in einem Fall das gesamte Einkaufszentrum durchquert werden muss, in welchem sich die Praxis befindet. Im Fragebogen geben 46,43 % der Teilnehmenden an, ein barrierefreies WC in der Praxis zu haben. Jeweils einmal wird ergänzt, das WC in der Praxis sei mit Hilfe des Personals für Menschen mit Mobilitätsbehinderungen nutzbar bzw. liege im Nebengebäude.

Bezüglich der Ausstattung innerhalb der Praxis berichten zwei der interviewten Ärzt*innen (G5 und G6) von kleinen Umkleidekabinen, was das Umkleiden erschwere. Auch im Fragebogen wird dies an einer Stelle angegeben. In zwei Interviews werden Untersuchungsliegen erwähnt (G3, G4), von denen nur eine höhenverstellbar ist (G4). Im Fragebogen geben 50 % der Befragten an, über eine Untersuchungs-liege zu verfügen, über die Höhenverstellbarkeit liegt keine Information vor.

Sowohl in den Interviews als auch im Fragebogen geben alle Gynäkolog*innen übereinstimmend an, keinen Personenlifter zu besitzen. Inwiefern das Personal Patient*innen beim Transfer vom Rollstuhl auf den gynäkologischen Untersuchungsstuhl Hilfestellung anbietet, geht aus den Interviews nicht hervor. Im Fragebogen geben 89,29 % an, dies zu gewährleisten. Einen höhenverstellbaren Untersuchungsstuhl besitzen zwei der interviewten Gynäkolog*innen und 85,71 % der Fragebogenteilnehmer*innen.

Zudem gibt eine der interviewten Gynäkolog*innen an, dass sich Schwierigkeiten in der Versorgung von Neupatient*innen ergeben, sofern ihr Mobilitätsgrad vor Besuch der Praxis unbekannt sei. Manchmal stelle sich dadurch erst vor Ort heraus, dass eine Versorgung doch nicht möglich

sei (G3). Dies wird übereinstimmend ebenso von einer Person im Fragebogen berichtet.

Eine Herausforderung in der Versorgung, welche ausschließlich in den Interviews genannt wird, ist die erschwerte Kommunikation mit Patient*innen, die sich nicht in deutscher Lautsprache mitteilen können (G3, G5).

Auch die Grenzen der Versorgungsmöglichkeit in ambulanten Praxen werden benannt. In drei der Interviews wird angegeben, vollkommen immobile Patient*innen nicht versorgen zu können (G3, G5, G6). 17,86 % (n=5) der per Fragebögen Befragten geben an, die Versorgung sei nur in bestimmten Fällen möglich, 14,29 % (n=4), dass eine Versorgung in ihrer Praxis in diesen Fällen nicht möglich sei. Dieselbe Anzahl von Befragten (n=4) gibt an, diese Patient*innen weiter zu verweisen.

Es werden also vor allem Einschränkungen bei den Versorgungsmöglichkeiten von stark Mobilitätsbehinderten gesehen (G3, G5, G6). In den Fragebögen geben 17,86 % (n=5) der Teilnehmenden an, die Versorgung sei nur möglich, wenn eine gewisse Mobilität der Patient*innen vorhanden sei. In den Interviews geben wird zweimal angemerkt, dass sofern ein Personenlifter für den Transfer benötigt werde, eine Untersuchung nicht möglich sei. Damit übereinstimmend berichten fünf Teilnehmende des Fragebogens, Patient*innen weiterzuverweisen, falls diese einen Personenlifter benötigten. In beiden Forschungssträngen wird zudem übereinstimmend berichtet, eine Untersuchung sei nur bei Einwilligungsfähigkeit der Patient*in möglich (G3 und G 5 sowie eine Person im Fragebogen).

Eine weitere Grenze der Versorgungsmöglichkeit ergibt sich sowohl für eine interviewte Gynäkologin (G3) sowie vier Teilnehmende im Fragebogen bei Überschreitung des Maximalgewichts, auf welches das Untersuchungsmobiliar ausgelegt ist. Ausschließlich im Fragebogen wird angegeben, dass die Versorgung von Patient*innen mit Mobilitätsbehinderungen nicht möglich sei, sofern Stufen innerhalb der Praxis Barrieren darstellten oder falls eine Narkose für die Untersuchung notwendig sei, in diesen Fällen würden die Frauen* weiterverwiesen.

Gleichzeitig könne keine Praxis anbieten, die Versorgung vieler Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen zu übernehmen, das ginge „rein rechnerisch nicht“ (G6). In zwei Interviews wird vorgeschlagen, statt aller gynäkologischer Praxen einzelne Standorte im barrierefreien Umbau zu fördern (G3, G6). Ein weiterer Vorschlag besteht darin, Ärzt*innenzentren (G3) bzw. Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung (G6) zu schaffen, in denen eine freie Ärzt*innenwahl besteht und eine gynäkologische Versorgung möglich ist.

3.4 Ergebniszusammenführung der Veränderungsbedarfe und Wünsche

Sowohl in den Interviews als auch in den Fragebögen äußern die Gynäkolog*innen den Bedarf nach einer angemessenen Vergütung, welche den zeitlichen Mehraufwand berücksichtigt, um Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen besser versorgen zu können. In den Interviews wird dies von zwei Interviewpartner*innen (G3 und G5) thematisiert, in den Fragebögen von fünf Teilnehmenden. In drei Fragebögen wird angegeben, es sei Unterstützung beim Besuch der Praxis entweder durch Personal oder eine Begleitperson notwendig.

In einem der Interviews wird der Bedarf an Fördermöglichkeiten für den barrierefreien Umbau für Praxen geäußert sowie der Wunsch nach mehr Wertschätzung durch die Politik für das, was bereits geleistet werde (G3). Darüber hinaus wünschen sich einzelne Interviewpartner*innen bauliche Veränderungen im bspw. Arzt*innenhaus, in welchem ihre Praxis liegt, dort werde ein barrierefreies WC benötigt (G6). In einem der Fragebögen findet sich die grundsätzliche Forderung, dass mehr Praxen hinsichtlich barrierefreier Zugänglichkeit umgebaut werden sollten.

Gleichzeitig sei die ambulante gynäkologische Versorgung aller Patient*innen gefährdet, da die Praxen selbst aufgrund fehlender Nachfolge und Fachkräftemangel in einer unsicheren Lage seien (G3).

„Also erst mal ist insgesamt die gynäkologische Versorgung von allen Patientinnen gefährdet, das muss man mal vorweg sagen. Und jeder Bedarf, der mehr als über das ganz, ganz minimale Maß hinausgeht, ist noch mal mehr gefährdet, weil dann das ist einfach mehr Ressource, mehr Zeit und fällt schneller hinten runter. Ich sehe es gefährdet, keine Frage.“ (G3, Paragraph 32)

In einem Interview wird der Wunsch geäußert, dass Patient*innen mit Mobilitätsbehinderungen im Kontakt mit der Praxis offen und ehrlich ihre Bedarfe und Mobilität kommunizieren, damit die Versorgungsmöglichkeit realistisch eingeschätzt werden könne (G3). Frauen* sollten sich außerdem ruhig trauen, nachzufragen, ob eine Versorgung möglich ist, wie eine Person im Fragebogen angibt. Außerdem wünscht sich eine Ärzt*in im Interview (G3) eine Wahrnehmung von Patient*innen sowie Interessenverbänden von Menschen mit Behinderungen dafür, dass die gynäkologische Versorgung seitens der Ärzt*innen zwar gewollt, jedoch nicht immer möglich sei. Es sei zudem Informations- und Aufklärungsmaterial in Leichter Sprache nötig.

Mit Blick auf die Einrichtungen der Besonderen Wohnformen formulieren zwei Gynäkolog*innen (G3, G5) den Wunsch, dass bei Patient*innen mit Mobilitätsbehinderungen, bei denen sie die Notwendigkeit einer Untersuchung nicht sehen, darauf verzichtet wird, diese regelmäßig zu Routineuntersuchungen zu schicken: Sofern kein Geschlechtsverkehr stattgefunden habe und keine Beschwerden vorhanden seien, bräuchten diese Patient*innen keine gynäkologische Untersuchung. In einem Fall wird betont, dass die Notwendigkeit der Untersuchung nicht aufgrund der Behinderung hinterfragt werde, sondern einzig deshalb, weil es ohne sexuelle Kontakte so gut wie nie zu einer Infektion mit HPV käme (G5). Das Abtasten der Brüste sei auch erst ab einem Alter von 30 Jahren sinnvoll, auch hier könnten Patient*innen bzw. Pflegekräfte es bei der Körperpflege selbst bemerken, falls etwas auffällig sei. Eine Untersuchung sei wiederum definitiv angezeigt, sofern Beschwerden oder Auffälligkeiten vorlägen.

3.5 Spezifische Erfahrungen mit der barrierefreien gynäkologischen Sprechstunde

Dieses Spezialangebot am KBM (s. Kapitel 1.5 und 2.6) ist sowohl in der Befragung der Gynäkolog*innen per Fragebogen als auch in den vier Interviews Thema. Ergänzend wurden noch zwei Initiatorinnen des Angebots befragt. Diese beiden weiteren Interviewpartner*innen begleiteten die Gründung der BGS 2011 mit, eine Person tat dies vorwiegend in der Rolle als Patient*in, die zweite in der Rolle als Vertreterin einer Interessenvertretung von Menschen mit Behinderungen. In dieser Erhebung berichten sie aus der Perspektive der Nutzenden sowie der Interessenvertretung. Drei der insgesamt vier interviewten Gynäkolog*innen (G3, G5 und G6) berichten jeweils von Erfahrungen aus der BGS aus verschiedenen beruflichen Perspektiven, u. a. auch aus Sicht der politischen Interessenvertretung der Frauenärzt*innen im Land Bremen.

In den Fragebögen geben 89,29 % (n=25) der teilnehmenden Gynäkolog*innen an, dass ihnen die barrierefreie gynäkologische Sprechstunde (BGS) bekannt ist. Die Befragten werden um Angaben zu ihren Erfahrungen mit der BGS mittels Freitextfeldeingabe gebeten. Erfahrungen ohne positive bzw. negative Wertung werden von neun Teilnehmenden berichtet. Fünf Gynäkolog*innen geben an, selbst in der BGS tätig zu sein, eine weitere Person gibt an, früher dort tätig gewesen zu sein. Zwei Befragte berichten, sie sei für ihre Patient*innen nicht erforderlich bzw. ein Verweis dorthin seit vielen Jahren nicht mehr erfolgt. Eine einzelne Antwort thematisiert, dass die Sprechstunde den

Patient*innen nicht bekannt sei. Weiterhin besagt eine Antwort, das Angebot werde zu wenig angenommen.

Positive Erfahrungen werden ebenfalls in neun Fällen berichtet, wobei vier Gynäkolog*innen das Angebot als wertvoll bzw. die Behandlung als gut einschätzen. Eine ausreichende personelle Unterstützung bei ihrer Arbeit heben zudem drei Befragte als positiv hervor. Jeweils zwei der Befragten begrüßen es, dass dort die nötige Ausstattung, wie z. B. ein Personenlifter, zur Verfügung steht.

Auch in der qualitativen Erhebung, also den Interviews, heben drei der interviewten Gynäkolog*innen die dort vorhandene Ausstattung mit einem Personenlifter äußerst positiv hervor (G3, G5, G6). Die BGS ermögliche damit eine suffiziente Behandlung und Behandlungsabläufe, bei denen Praxen niedergelassener Gynäkolog*innen im Land an ihre Grenzen stoßen (G3, G5, G6). Die Versorgung sei dadurch deutlich besser möglich (G5). Dies bestätigen vier Teilnehmende der Fragebogenbefragung, die das Angebot bzw. die Behandlung ebenfalls positiv bewerten. Ein*e Interviewpartner*in lobt zudem, dass der dortige Personenlifter für ein Gewicht von bis zu 250 kg zugelassen sei.

In den Fragebögen wird zudem positiv hervorgehoben, dass dort die erforderliche Zeit für die Versorgung der Patient*innen vorhanden sei. Auch in den Interviews wird der Wert hervorgehoben, der aus der Unterstützung durch das ausreichend geschulte Personal erwächst und die Zeit, die für die Untersuchung eingeplant werden kann (u. a. G6). Die Zusammenarbeit mit der Terminservicestelle der KVHB wird ebenfalls gelobt (G6). Im Fragebogen gibt es hierzu keine Angabe.

Insgesamt berichten neun Gynäkolog*innen in den Fragebögen von negativen Erfahrungen mit der BGS. Hierbei werden Probleme aus ärztlicher sowie Patient*innen-Perspektive unterschieden: Aus ärztlicher Perspektive werden häufige und kurzfristige Terminabsagen bzw. -ausfälle von drei Teilnehmer*innen bemängelt. Von zwei Teilnehmenden wird ein hoher Zeitaufwand kritisiert. Des Weiteren wird bemängelt, dass für den Betrieb ausreichend ärztliches Personal fehle.

Sowohl mehrere der Gynäkolog*innen als auch der ebenfalls befragten Initiatorinnen des Spezialangebots betonen, dass die fehlende freie Ärzt*innenwahl und damit die Behandlung durch wechselnde bzw. unbekannte Ärzt*innen problematisch für die Patient*innen sei (Init1, Init2, G5, G6, drei Nennungen in Fragebögen).

Zeitweise haben Patient*innen zwar nachschauen können, wer dort wann arbeite, aber wenn die gewünschte Person erst wieder in einem halben Jahr vor Ort sei, sei dies auch keine wirkliche Lösung (Init1).

„Eine Zeit lang auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung, dass man sehen konnte, welche Ärztin, welcher Arzt am jeweiligen Termin vor Ort ist [...]. Wenn die aber erst im halben Jahr wieder da ist, ist halt / es ist schwierig. So, aber theoretisch hat man zumindest die Möglichkeit zu entscheiden, ob es eine Ärztin oder ein Arzt dann ist, wenn man hinkommt. Wobei man nicht weiß, ob es kurzfristige Änderungen gibt.“ (Init1, Paragraph 5)

Darüber hinaus gibt es einzelne Nennungen bezüglich schlechter (telefonischer) Erreichbarkeit der BGS für Terminvereinbarungen (Init1). Eine fortlaufende Behandlung aufgrund des geringen Terminintervalls sei zudem nicht möglich (Init1). Zusätzlich wird von einer der Initiatorinnen die mangelnde Flexibilität und enge Zeitspanne bei der Terminvergabe kritisiert und dass es keine persönliche Ansprechperson gebe, sondern ausschließlich einen Anrufbeantworter, außerdem gebe es keine täglichen Sprechzeiten (Init2).

Umgekehrt erleben die dort arbeitenden Gynäkolog*innen es als belastend, dass es häufig kurzfristige Terminabsagen gebe (G5, G6). Diese Zeit könne man nicht effizient nutzen, so eine der Interviewpartner*innen (G5). Teilweise werde die eigene Sprechstunde verkürzt, um in der BGS tätig sein zu können, in dem Fall seien Absagen besonders ärgerlich (G6). Dies trage zur geringen Motivation bei, als Gynäkolog*in dort zu arbeiten (G6). Dies bestätigen auch drei Gynäkolog*innen im Fragebogen.

Zudem sei die BGS seit dem Umzug schwerer zu finden und die Parkplatzsituation verbesserungswürdig, da der Weg innerhalb des Klinikums nun länger sei (G6, eine Nennung im Fragebogen). Die Räumlichkeiten seien darüber hinaus nicht einladend gestaltet (G5). Die neuen Räumlichkeiten seien weniger großzügig und es gebe keinen Nebenraum mit Liege zum Umkleiden mehr.

Außerdem sei die Tätigkeit in der BGS unterfinanziert (G3, G6, eine Nennung im Fragebogen), da die Bezahlung den zeitlichen Aufwand nicht annähernd abdecken könne (G3, G5, G6). Eine der Initiatorinnen konstatiert (Init1), dass dort tätige Ärzt*innen die Behandlungen oftmals nicht abrechneten, weil es zu kompliziert sei. Einer der Initiatorinnen zufolge entspreche die BGS keiner gleichwertigen gesundheitlichen Versorgung gemäß der UN-BRK, denn die gynäkologische Versorgung von Frauen* mit Behinderungen dürfe nicht vom Engagement einzelner Ärzt*innen abhängen, wie es in der BGS der Fall sei.

„Also die machen das quasi ehrenamtlich. Das kann ja auch nicht die Lösung sein. Ich will ja auch nicht, ich habe ein Recht auf gesundheitliche Behandlung. Das ist in Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention von der Bundesregierung auch ratifiziert. Ich muss mich

im Grunde nicht mit Almosen abspeisen lassen und es müssen auch nicht Leute umsonst tätig werden, um meine gesundheitliche Versorgung zu erbringen.“ (Init1, Paragraph 5)

Die Arbeit sei dort nicht nur unterfinanziert, sondern geprägt von viel Bürokratie und einem komplizierten organisatorischen Zusammenspiel zwischen KVHB, dem KBM sowie den Gynäkolog*innen (G5). Ein*e Ärzt*in berichtet darüber hinaus von fehlender Digitalisierung, demnach gebe es keine Schnittstellen zu den niedergelassenen Praxen, in denen die Gynäkolog*innen eigentlich arbeiteten, und sämtliche Dokumentation der Behandlung in der Sprechstunde liefe daher analog und müsse im Nachgang in der Praxis digitalisiert werden. Auch die Abrechnung und Rezeptausstellung sei nur analog möglich und müsse vor Ort handschriftlich festgehalten und in der eigenen Praxis abgetippt werden. Auch ein eigenes Kartenlesegerät müsse sie mitbringen, was dann oftmals vor Ort doch nicht funktioniere.¹⁵ Aufgrund dieses Mehraufwands sei, sofern kein Personell für die Versorgung nötig sei, einer Gynäkolog*in die Arbeit in der eigenen Praxis immer lieber, da die Versorgung dort unkomplizierter und schneller möglich sei (G5).

Zwar kämen die Patient*innen sogar aus umliegenden Bundesländern mangels vergleichbarer Angebote und das Angebot werde viel gelobt, aber in einem Interview wird es explizit von einer Gynäkolog*innen als Belastung erlebt (G5):

„Und dann damit irgendwie sich so zu brüsten, dass wir so was haben. Das nervt mich auch. Das ist so, weil das ist ja dann so ein Prestigeobjekt, wo man sagt: ‚Ja, das ist ja wunderbar und wir haben das ja und wir sind ja die einzigen, die das haben.‘ Ja, aber Spaß macht das nicht.“ (G5, Paragraph 76)

Aus den kulminierenden Kritikpunkten resultiere auch, dass die Zukunft des Angebots aufgrund fehlenden Nachwuchses gefährdet sei, so zwei der Interviewpartner*innen (G3, G6, s. Unterkapitel 1.5). Drei Interviewpartner*innen (G3, G5, G6) berichten zwar, dass zwei neue Kolleg*innen für die Sprechstunde gewonnen werden konnten, generell sei die Bereitschaft jedoch gesunken, dort zu arbeiten. Gleichzeitig stünden mehrere Kolleg*innen kurz vor dem Ruhestand, was die Arbeit dort in seiner jetzigen Organisationsstruktur vor ein Problem stelle (G5, G6).

Vor allem die Bezahlung sei für den hohen zeitlichen Aufwand nicht ausreichend (G3, G5, G6) und dies trüge dazu bei, dass das Angebot für weitere Gynäkolog*innen wenig attraktiv sei (G3, G6). Die Gynäkolog*innen kritisieren zudem Probleme im Arbeitsalltag, die dazu führten, dass die

Zukunft der BGS gefährdet sei. Hierbei werden vor allem organisatorische Probleme benannt (G3, G5, G6). Eine Interviewpartner*in (G5) verlangt, dass es einfacher für diejenigen sein sollte, die dort arbeiteten, sonst würde sich bald niemand mehr dazu bereit erklären. Die Arbeit in der BGS überschreite zudem die zeitlichen Kapazitäten vieler Kolleg*innen, stelle einen zu großen Aufwand dar und sei zu schlecht bezahlt (G6). Auch die Organisationform, dass niedergelassene Gynäkolog*innen dort neben ihrer Praxistätigkeit arbeiteten, gefährde die Zukunft des Angebotes, da es unattraktiv sei (G6). Solche Kritikpunkte summierend, folgert eine Initiatorin:

„Ja, ich finde, es muss sich ändern. Es muss einfacher sein für die, die da arbeiten. Sonst macht das keiner mehr. Das ist schon eine Zumutung.“ (G5, Paragraph 82)

Darüber, wie der zukünftige Bedarf beziehungsweise die Notwendigkeit des Angebots seitens der Gynäkolog*innen und Initiatorinnen eingeschätzt wird, variieren die Aussagen. Nach der Implementierung fand die Sprechstunde wöchentlich statt und wurde von insgesamt 13 Kolleg*innen betreut, so berichtet eine der Gynäkolog*innen, die seit Anbeginn mit in der Sprechstunde arbeitet (G6). Die Annahme durch Patient*innen sei allerdings geringer als erwartet gewesen, weshalb man die Frequenz mittlerweile auf dreiwöchentlich umgestellt habe (G6).

Eine der Initiatorinnen (Init2) hält dagegen, es sei falsch, von der geringen Frequentierung der BGS auf einen geringen Bedarf zu schließen. Es müsse hinterfragt werden, warum die Frequenz so gering sei. Dies liege daran, dass viele Dinge nicht zufriedenstellend seien. Es wird angemerkt, dass weitere Öffentlichkeitsarbeit notwendig sei, um insbesondere jene zu erreichen, die selten oder nie gynäkologische Untersuchungen in Anspruch nehmen.

„Das hört man dann ja auch oft: ‚Na ja, es wird ja nicht so stark frequentiert. Also ist das Begehren gar nicht so groß.‘ Und das ist ja ein falscher Rückschluss. Man muss sich dann fragen, warum wird es nicht so stark frequentiert? Und das hat dann eben auch damit zu tun, weil ganz viele Sachen nicht stimmen oder nicht zufriedenstellend sind. Und sicher [...] müsste noch mal eine Streuung stattfinden unter / oder dass behinderte Patientinnen entsprechend besser noch erreicht werden. Also die, die zum Beispiel sehr selten oder gar nicht zur Gynäkologin oder zum Gynäkologen gehen. Entweder weil sie nicht reinkommen, weil sie nicht zurechtkommen oder beides spielt ja dann oft eine Rolle gemeinsam, weil die Angst oder die Scham so groß sind.“ (Init2, Paragraph 8)

Zudem halten die lange Wartezeit und die fehlende fortlaufende Behandlung Patient*innen von Terminbuchungen ab, kritisiert eine der Initiatorinnen (Init1). Sie gibt weiterhin zu bedenken, dass die Nachfrage nicht so gering sein könne, wie oft behauptet werde, da sie selbst bereits eine Wartezeit von fünf Monaten erlebt habe.

Die Einschätzung der Patient*innenzufriedenheit mit der BGS fällt den Gynäkolog*innen auch entsprechend schwer (G5 und G6). Eine der Interviewpartner*innen gibt zu bedenken, dass viele Patient*innen sicherlich froh seien, überhaupt eine Versorgungsmöglichkeit zu erhalten (G5). Sie untermauert ihre Einschätzung mit der Aussage, dass Patient*innen auch aus anderen norddeutschen Bundesländern anreisen. In einem anderen Interview wird berichtet, dass einige Patient*innen immer wieder kommen würden, was auf eine gewisse Zufriedenheit schließen lasse (G6). Die Interviewpartner*in vermutet insgesamt, dass das Angebot bei den Patient*innen, die ihren Weg in die BGS im KBM finden, recht gut ankomme und auf Zufriedenheit stieße. Ob die Ursache, weshalb das Angebot nicht so angenommen werde, aus einer Unzufriedenheit mit der tatsächlichen Behandlung resultiere, wisse sie nicht. Sie vermutet aber, dass dies nicht der Fall ist, sondern die Rahmenbedingungen ursächlich seien (G6).

In den Interviews wird angeführt, dass mit Blick auf die Zukunft der BGS das Angebot eigentlich überflüssig werden sollte, die Entwicklung müsse mehr hin zu einem barrierefreien Umbau von gynäkologischen Praxen gehen, so eine der Initiatorinnen (Init1). Ähnlich äußern sich zwei Ärzt*innen (G5 und G6), die BGS biete demnach weder eine wohnortnahe noch eine flächendeckende gynäkologische Versorgung. Im Akutfall müssten Frauen* eine Klinik aufsuchen, wenn sie keine geeignete niedergelassene Praxis fänden (G6). Außerdem gibt ein*e Gynäkolog*in an, dass der Vorschlag, das Sprechstundenangebot zu nutzen, von Patient*innen häufig als sensibles Thema erlebt und als „Abschieben“ wahrgenommen würde (G3).

Konkrete Verbesserungsvorschläge um die Zufriedenheit der Patient*innen zu erhöhen, werden von den nicht-ärztlichen Initiatorinnen der BGS geäußert. Beide geben an, es müsse mehr Termine zur Auswahl geben (Init1, Init2) bzw. sollten zumindest wöchentliche Sprechstunden mittwochs stattfinden (Init1), um Wartezeiten zu verkürzen. Eigentlich müsste das Angebot auf weitere Wochentage ausgeweitet werden, was aber wegen der Konstruktion der BGS nicht umsetzbar sei, da die Ärzt*innen dann in den eigenen Praxen gebraucht würden (Init1). Es sei außerdem eine persönliche telefonische Erreichbarkeit von montags bis freitags zu einer festen Uhrzeit notwendig (Init2). Auch sei die freie Ärzt*innenwahl und damit eine feste ärztliche Ansprechperson wünschenswert (Init2). Und man wolle als Patient*in, so eine der Initiatorinnen, nicht das Gefühl haben, schuld daran zu sein, dass Gynäkolog*innen weniger Geld verdienen (Init1).

„[Deshalb] wäre [...] die Überlegung, ob man noch mal wieder [...] ein Gremium zusammenstellt. Um dieses Thema noch mal voranzubringen, weil es ist so ein bisschen auch: ‚Na ja, jetzt haben wir ja die Ambulanz und jetzt müssen wir uns nicht drum kümmern.‘ Das stimmt ja so nicht. [...] es war ja von Anfang an klar, es ist ein Behelf, eine Übergangslösung. Aber wie das oft ist mit so Provisorien, die etablieren sich dann als Dauerlösung und das wäre im Sinne der Gesundheit behinderter Frauen nicht gut.“ (Init1, Paragraph 9)

Bei Verbesserungen bzw. alternativen Versorgungsmöglichkeiten solle man darauf achten, zwar die nötigen Kriterien für den Patient*innenkreis festzulegen, gleichzeitig aber ein flexibles Konstrukt zu finden, bei dem möglichst viele Menschen versorgt werden könnten (Init2). Es bedürfe mehr finanzieller Unterstützung durch politische Akteur*innen (Init2). Außerdem sei gezielte Öffentlichkeitsarbeit notwendig, um das Angebot für Frauen* mit Behinderungen noch bekannter zu machen. Bremen müsse sich den Kritikpunkten ehrlich stellen und zugeben, dass das Projekt, wie es aktuell existiert, langfristig nicht funktioniere. Die Behörden sollten sich für die Überarbeitung des Spezialangebots stark machen und es neu konzipieren – auch wenn dies Geld koste (Init2).

Verbesserungsbedarfe aus Sicht der dort tätigen Gynäkolog*innen richten sich an die Überwindung der oben wiedergegebenen Kritikpunkte. Wünschenswert sei zudem eine andere Organisationsform, mit der die BGS beispielsweise direkt an der Klinik implementiert würde (G5, G6). Damit könnten viele Probleme überwunden werden, bspw., dass es eine Software für die Arbeit brauche. Alternativ müsse ein*e Gynäkolog*in für die aktuell bestehende Sprechstunde angestellt werden (G6). Eine ausreichende finanzielle Unterstützung (G3) bzw. Vergütung (G6) wird ebenfalls thematisiert, auch um Anreize für weitere Kolleg*innen zu schaffen (G3).

„Eigentlich ist es so, um das weiterzuführen und vielleicht noch auszubauen, MUSS es anders, denke ich, organisiert werden und gut bezahlt werden.“ (G6, Paragraph 55)

Generell sollten Anreize geschaffen werden, in der BGS zu arbeiten, diese müssten nicht nur finanzieller Art sein (G3). Die Finanzierung sollte Regierungssache sein und beispielsweise steuerfinanziert sein (G6).

„Weil so wie es jetzt ist, [...] ist das irgendwie eine Alibigeschichte.“ (Init2, Paragraph 8)

¹⁵ Im Zuge der Erhebung konnte diese Problematik behoben und ein digitales Lesegerät durch SGFV angeschafft werden, was fortan permanent in der BGS im KBM zur Verfügung steht.

3.6 Diskussion der Ergebnisse zur ambulanten gynäkologischen Versorgung

Möglichkeiten der ambulanten Versorgung im Land Bremen

Zentrale Ergebnisse dieser Erhebung sind, dass die Mehrheit der befragten Gynäkolog*innen angibt, Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen grundsätzlich versorgen zu können. Allerdings sind in der Auswertung nur ein Drittel der Praxen des Landes repräsentiert. Nach ihren Aussagen erschweren bauliche Barrieren, unzureichende Praxisausstattung und die mangelnde Vergütung des erhöhten Zeitaufwands die gynäkologische Behandlung. Alle interviewten Gynäkolog*innen im Land Bremen berichten übereinstimmend, nur wenige Patient*innen mit Mobilitätsbehinderungen in den eigenen Praxen zu behandeln. Eine hieraus resultierende fehlende Routine kann Unsicherheit bei den Gynäkolog*innen hervorrufen und die Qualität der Versorgung beeinträchtigen, so die Ergebnisse der Studie. Es kann zum Beispiel zu Unterversorgung oder einer übermäßigen Pathologisierung kommen, wie auch König-Bachmann et al. zu bedenken geben (2019: 5 f.). Wie aus internationalen Studien hervorgeht, versorgen generell niedergelassene gynäkologische Fachkräfte selten Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen, weshalb sie im Durchschnitt Gynäkolog*innen ihre Handlungskompetenz als gering einschätzen (König-Bachmann et al. 2019: 8, Mitra et al. 2017: 447 ff., Nguyen et al. 2023: 3 ff.).

Die Versorgung geschieht oft unter bestimmten Voraussetzungen, z. B. wenn Patient*innen sich selbstständig auf den Untersuchungsstuhl umsetzen können und keinen Personenlifter benötigen. Dies deutet darauf hin, dass die tatsächliche Barrierefreiheit in den Praxen möglicherweise überbewertet wird und dass viele Gynäkolog*innen eine Versorgung nur eingeschränkt erbringen können – jeweils abhängig von der Schwere der Immobilität der Patient*innen. Diese Ergebnisse stimmen mit der Literatur überein, wonach nur ca. ein Viertel der gynäkologischen Praxen barrierefrei zugänglich ist und ein noch geringerer Anteil neben der Zugänglichkeit über entsprechende barrierefreie Ausstattung verfügt bzw. barrierefreie Sanitäräume aufweist (Maetzel et al. 2021: 435 f.). Wenngleich im Land Bremen der Anteil an Praxen, die mindestens ein Merkmal der Barrierefreiheit erfüllen, deutlich höher ist als von Maetzel et al. (2021: 435 f.) und Hornberg et al. (2019: 20) angegeben, zeigt sich dennoch, dass die tatsächlichen Bedingungen vor Ort eine Versorgung vielfach einschränken.

Gynäkolog*innen im Land Bremen wurden im Fragebogen gebeten, einzuschätzen, welche Faktoren aus ihrer Sicht für Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen beim Versorgungsangebot wichtig sind. Sie schätzen am häufigsten eine kompetente Beratung und eine gute Beziehung zum*r Ärzt*in als wesentlich ein (jeweils 89,29 %). Dies steht im Einklang mit dem in der UN-BRK verankerten Recht auf eine qualitativ hochwertige, diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung (UN-BRK 2006: 22). Auch ausreichend Zeit wird vom Großteil der Befragten als entscheidend erachtet, was den erhöhten Zeitbedarf bei der Versorgung dieser Patient*innengruppe widerspiegelt (Debus 2023: 440, Hornberg et al. 2019: 36).

Dagegen werden Aspekte der Barrierefreiheit, wie die Zugänglichkeit und Praxisausstattung, weniger häufig als relevant für Patient*innen eingeschätzt. Am seltensten werden Behindertenparkplätze, eine gute ÖPNV-Anbindung, bauliche Barrierefreiheit sowie Wohnortnähe angegeben. Dies deutet darauf hin, dass Gynäkolog*innen oftmals dem persönlichen Kontakt und medizinischer Versorgung einen höheren Stellenwert einräumen und Aspekte der Barrierefreiheit möglicherweise als nachrangig einstufen.

Die UN-BRK betont das Recht auf eine Gesundheitsversorgung, die in Bandbreite, Qualität und Standard gleichwertig der von anderen Menschen sein muss (UN-BRK 2006: 22). Die befragten Gynäkolog*innen berichten, eine gleichwertige Versorgung von Patient*innen mit und ohne Mobilitätsbehinderungen anzustreben. Diese ärztliche Haltung spiegelt das Verbot der Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung wider, das in Artikel 25 der UN-BRK verankert ist (ebd.: 23; Degener & Decker 2019: 38 f.). Die Ergebnisse dieser Arbeit verdeutlichen jedoch auch, dass Gynäkolog*innen unterschiedliche Ansätze und Prioritäten in der Versorgung von Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen verfolgen. Während einige die Bedeutung hervorheben, sich ausreichend Zeit zu nehmen, schätzen andere die Bewegungsfreiheit in der Praxis oder eine Begleitperson als ausschlaggebend für eine gute Versorgung ein. Diese Aspekte deuten auf ein Bestreben hin, den Bedürfnissen dieser Patient*innengruppe gerecht zu werden. Gleichzeitig zeigt sich auch, dass die Versorgung einerseits von individuellen Einstellungen und andererseits von den jeweiligen Praxisbedingungen beeinflusst wird, was einer gleichwertigen Versorgung im Wege stehen kann.

Herausforderungen und Schwierigkeiten in der ambulanten Versorgung

Die teilnehmenden Gynäkolog*innen geben am häufigsten an, dass die fehlende Ausstattung und bauliche Barrieren in der Praxis die Versorgung erschweren. Dies bestätigt die bisherigen Erkenntnisse, nach denen die Barrierefreiheit

in gynäkologischen Praxen bundesweit häufig unzureichend ist (Maetzel et al., 2021: 435 f., Hornberg et al. 2019: 75 f., Debus 2023: 439). Die Ergebnisse dieser Erhebung zeigen außerdem, dass aufgrund fehlender Ausstattung mit einem Personenlifter körperliche Belastungen bei Gynäkolog*innen entstehen, wie auch Hornberg et al. anführen (2019: 29). Zugleich geben die Befragten an, die Finanzierung baulicher Umbaumaßnahmen und Anschaffung von barrierefreier Ausstattung stelle ein erhebliches Problem dar, ebenfalls analog zur Literatur (ebd.: 35 ff.). Da bis auf zinsgünstige Kredite keine Fördermöglichkeiten vorhanden sind, ist davon auszugehen, dass finanzielle Hürden für Gynäkolog*innen einer inklusiven gynäkologischen Versorgung im Land Bremen entgegenstehen.

Der von den befragten Gynäkolog*innen berichtete erhöhte Zeitbedarf als strukturelle Barriere steht im Einklang mit der Literatur (Debus 2023: 440, Hornberg et al. 2019: 36, Sonalkar et al. 2019: 138 ff., Mitra et al. 2017: 447 ff., König-Bachmann et al. 2019: 3 ff., Walsh-Gallagher et al. 2013: 297 ff.), insbesondere in Zusammenhang mit nicht ausreichender Vergütung (Debus 2023: 440, Hornberg et al. 2019: 36). Die Befragten begegnen dem erhöhten Zeitbedarf, indem sie Anpassungen in ihren Arbeitsabläufen vornehmen und sich auf die Bedarfe der Patient*innen einstellen. Hierbei wird deutlich, dass ein hohes persönliches Engagement und Flexibilität erforderlich sind, um eine adäquate Versorgung zu ermöglichen. Gleichzeitig, so König-Bachmann et al., führt Zeitmangel dazu, dass die Versorgung weniger flexibel an die Bedürfnisse der Patient*innen mit Mobilitätsbehinderungen angepasst werden kann (2019: 7), wodurch die Versorgungsqualität möglicherweise abnimmt. Diese Abhängigkeit der Güte der Versorgung von der Flexibilität der Gynäkolog*innen zeigt eine strukturelle Benachteiligung von Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen in der gynäkologischen Gesundheitsversorgung auf, die den Vorgaben der UN-BRK für eine diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung widerspricht (2006: 23).

Grenzen der Versorgungsmöglichkeit

Vor allem bauliche Barrieren und fehlende Ausstattung mit einem Personenlifter sind Faktoren, die die gynäkologische Versorgung von Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen behindern, wie die Angaben der befragten Gynäkolog*innen zeigen. Die Aussagen stehen damit im Einklang mit bisherigen Einschätzungen aus der Forschung (Debus 2023: 439, Hornberg et al. 2019: 39 ff., 75 f., König-Bachmann et al. 2019: 7, Mitra et al. 2017: 447 ff., Sonalkar et al. 2020: 138 ff., Walsh-Gallagher et al. 2013: 297 ff., Nguyen et al. 2023: 3). Insbesondere Patient*innen, die immobil sind und /oder einen Personenlifter benötigen, können Versorgungsangebote nicht oder nur eingeschränkt wahrnehmen. Dies bestätigt, dass Menschen mit schweren Mobilitätsbehinderun-

gen nach wie vor erhebliche Barrieren in ihrer Versorgung erfahren, was einer gleichwertigen Versorgung gemäß UN-BRK (2006: 22) entgegensteht. Und dies ist besonders problematisch, da sich Frauen* mit Behinderungen in Bezug auf ihren Gesundheitszustand im Durchschnitt in einer besonders benachteiligten Lage befinden (vgl. Maetzel et al. 2021: 456).

Veränderungsbedarf und Wünsche

Die in dieser Teilerhebung befragten Gynäkolog*innen äußerten am häufigsten, es bedürfe einer angemessenen Vergütung, die den zeitlichen Mehraufwand berücksichtigt. Dies könne eine nachhaltige und gleichwertige Versorgung für Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen fördern, da Gynäkolog*innen ansonsten ihre Leistungen nicht rentabel anbieten können. Entsprechend werden auch von den Teilnehmenden dieser Erhebung strukturelle Anpassungen gewünscht: Um der unzureichenden Vergütung des zeitlichen Mehrbedarfs zu begegnen, sollte eine gesonderte EBM-Ziffer zur Abrechnung eingeführt werden (auch: Hornberg et al. 2019: 74). Denkbar ist zudem eine größere Differenzierung oder Ergänzung der im EBM verzeichneten Leistungen mit optionalen spezifischen Komplexziffern für behinderungsbezogene Leistungen (ebd.).

Zudem wünschen Gynäkolog*innen sich finanzielle Fördermöglichkeiten, um Barrieren abzubauen. Dass bauliche Veränderungen oder die Anschaffung von Ausstattung oft an finanziellen Hürden scheitern, wie Jacobi et al. berichten (2021: 173), wird durch die Angaben der Gynäkolog*innen im Land Bremen unterstrichen. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit politischer Maßnahmen zur Förderung der Barrierefreiheit in gynäkologischen Praxen.

Darüber hinaus sehen Gynäkolog*innen eine fehlende Anerkennung von der Politik für die geleistete Versorgung. Sie äußern zudem Bedarf nach mehr Praxispersonal, um Patient*innen besser unterstützen zu können. Diese Ergebnisse erweitern das Verständnis der praktischen Veränderungsbedarfe in der gynäkologischen Versorgung von Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen, stellen aber eine große Hürde aufgrund des akuten Fachkräftemangels dar.

Zugänglichkeit, bauliche Gegebenheiten und Ausstattung der Praxis

Im Land Bremen erfüllen gynäkologische Praxen etwas häufiger bestimmte Merkmale der Barrierefreiheit, als bundesweit erhobene Werte (Maetzel et al. 2021: 435 f.; Hornberg et al. 2019: 20), so lässt sich zumindest aus den Angaben schließen, die in die Studie einfließen konnten. So ist ein größerer Anteil der baulich barrierefreien Praxen mit höhenverstellbaren Untersuchungsmöbeln bzw. barrierefreien WCs ausgestattet. Aus den Interviews wird aller-

dings deutlich, dass die Gynäkolog*innen wie auch die Initiatorinnen der BGS die Versorgung dennoch nicht als gleichwertig und flächendeckend einschätzen.

Konkret ging aus den Interviews mit den Gynäkolog*innen hervor, dass alle ihre Praxis zwar grundsätzlich als zugänglich für Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen einschätzen, gleichzeitig jedoch Barrieren bestehen, wie z. B. fehleranfällige Fahrstühle und zu schmale Türen für größere Rollstühle. Die Fragebögen bestätigten diese Probleme teilweise, indem zwei Teilnehmende enge oder fehlende Fahrstühle erwähnen, wenngleich eine Zugänglichkeit dort nicht explizit erfragt wurde. Dies zeigt die Schwierigkeit, die Barrierefreiheit selbst einzuschätzen und stützt damit die Kritik von Hornberg et al. bezüglich mangelnder Qualitätssicherung von Informationen für Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen (2019: 40).

Die schriftliche Befragung ergibt, dass mindestens 26,76% der teilnehmenden gynäkologischen Praxen im Land Bremen von den Gynäkolog*innen als räumlich barrierefrei bezeichnet werden. In der wissenschaftlichen Literatur werden zwar keine konkreten Zahlen zu barrierefreien Räumlichkeiten genannt, die Werte zur barrierefreien Zugänglichkeit sind jedoch in der Höhe vergleichbar (Maetzel et al. 2021: 435 f.).

Die Ergebnisse zeigen außerdem eine sehr unterschiedliche Bewertung der baulichen Barrierefreiheit gynäkologischer Praxen im Land Bremen. Während fast alle teilnehmenden Praxen mit einem Rollator und drei Viertel mit einem Rollstuhl nutzbar sind, gibt lediglich die Hälfte der Teilnehmenden an, Patient*innen nutzten einen elektrischen Rollstuhl. Dies deutet darauf hin, dass niedergelassene Praxen vor allem für Personen mit elektrischem Rollstuhl weniger gut zugänglich sind, sie bauliche Barrieren und fehlende Ausstattung aufweisen.

Die Befunde dieser Teilerhebung weisen zudem darauf hin, dass barrierefreie Sanitärräume oft nicht direkt in den Praxen verfügbar sind, was für Menschen mit Mobilitätsbehinderungen eine zusätzliche Herausforderung bedeutet. Im Land Bremen zeigt sich mit mindestens 16,9% ein etwas höherer Anteil an Praxen, die neben baulicher Barrierefreiheit zusätzlich ein barrierefreies WC melden, als in anderen Bundesländern (Maetzel et al. 2021: 435 f.). Dennoch deutet der geringe Anteil an Praxen, die sowohl baulich barrierefrei, als auch mit barrierefreiem WC ausgestattet sind, darauf hin, dass Umbaumaßnahmen oft aus Kostengründen nicht erfolgen, wie auch Jacobi et al. (2021: 173) berichten.

Laut Hornberg et al. ist neben der Zugänglichkeit und baulicher Barrierefreiheit eine spezifische Ausstattung notwendig, damit Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen gynäkologische Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen

können. Besonders betont wird die Notwendigkeit eines höhenverstellbaren gynäkologischen Untersuchungsstuhls und eines Personenlifters (2019: 67).

Das Land Bremen schneidet im bundesweiten Vergleich positiv ab, da mindestens 22,54% aller Praxen, die als baulich barrierefrei gemeldet werden, zusätzlich höhenverstellbare Untersuchungsmöbel bereitstellt – allerdings existieren nur Angaben über wenige Praxen. Diese Koppelung ist häufiger der Fall als in der Studie von Maetzel et al., in der 16 % der Praxen angaben, über barrierefreie Zugänglichkeit und entsprechende Praxisausstattung zu verfügen (2021: 436). Wie die Ergebnisse dieser Arbeit allerdings auch zeigen, weist die Praxisausstattung in den untersuchten gynäkologischen Praxen eine deutliche Lücke auf, da keine teilnehmende Praxis über einen Personenlifter verfügt. Obwohl ein Großteil der Befragten im Fragebogen angab, Patient*innen beim Transfer zu unterstützen, bleibt unklar, für wie viele Personen dies eine Hilfe darstellt und für welche Personengruppen die entsprechende technische Ausstattung und menschliche Unterstützung nicht ausreicht. Zugleich berichteten Gynäkolog*innen von körperlicher Belastung bei sich und ihrem Personal, was die Notwendigkeit von Personenliftern verdeutlicht.

Eine sich bei näherer Betrachtung dann doch als unzureichend oder zumindest eingeschränkt erweisende Barrierefreiheit lässt für das Land Bremen die gleiche Vermutung zu, wie durch Pösl et al. (2018: 4) vorgenommene bundesweite Bewertung ergibt: Im Akutfall müssen gerade Frauen* mit schweren Mobilitätsbehinderungen eine Klinik aufsuchen (s. auch Hornberg et al. 2019: 39).

Die sich zeigende lückenhafte Barrierefreiheit der Praxen im Land Bremen weist auf fehlende Versorgungsmöglichkeiten insbesondere für immobile Patient*innen hin und darauf, dass ein Umbau oder die Anschaffung von Ausstattung oftmals nicht stattfindet. Der Umstand, dass keine der befragten Gynäkolog*innen aktiv nach Wegen sucht, die eigene Praxis barrierefreier zu gestalten, spiegelt ein in der Literatur beschriebenes Problem wider. Finanzielle Hürden und fehlende Anreize führen dazu, dass der Umbau von Praxen oft unterbleibt (Hornberg et al. 2019: 47 ff., Architektur- und Ingenieurbüro Opper 2015: 12 ff.). Die Ergebnisse verdeutlichen den Bedarf, finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten für Praxisinhaber*innen zu schaffen, um Umbauvorhaben bzw. Anschaffung von inklusiver Ausstattung zu fördern. Dadurch könnte die Anzahl geeigneter Praxen erhöht werden, was die freie Ärzt*innentwahl fördern und letztlich zu einer gleichwertigen, flächendeckenden Versorgung beitragen würde (UN-BRK 2006: 22). Darüber hinaus könnten Beratungsangebote hilfreich sein, die eine Begehung des Rohbaus oder eine Überprüfung vorhandener barrierefreier Merkmale anbieten, um verlässliche Angaben auf der Webseite der Praxen machen zu können (s. auch Hornberg et al. 2019: 66).

Zwei der interviewten Gynäkolog*innen schätzen die Umsetzbarkeit einer flächendeckenden, inklusiven gynäkologischen Versorgung durch barrierefreie ambulante Praxen als unrealistisch und nicht dem tatsächlichen Bedarf entsprechend ein. Gleichzeitig könne die Versorgung aller Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen auch nicht durch einzelne barrierefreie Praxen gewährleistet werden, für die der personelle Aufwand und die finanziellen Einbußen zu groß wären. Vielmehr müssten mehrere Standorte im barrierefreien Umbau gefördert und Spezialangebote vorgehalten werden. Eine solche Forderung wird ebenfalls vom DIMR formuliert (Parallelbericht an den UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen zum 2./3. Staatenprüfverfahren Deutschlands 2023: 59). Ein genereller Versorgungsengpass, mit Fachkräftemangel und kaum auskömmlicher Finanzierung der Praxen, führe dazu, dass insbesondere die Patient*innen mit Bedürfnissen, die über das absolute Minimum hinausgehen – wie es oft bei Menschen mit Behinderungen der Fall ist –, besonders gefährdet seien.

Informationsbereitstellung für Patient*innen mit Mobilitätsbehinderungen

Während zwei der vier interviewten Gynäkolog*innen Informationen zur Barrierefreiheit der Praxen auf ihrer Onlinepräsenz in unterschiedlichem Detailgrad bereitstellen, ist dies bei den beiden anderen nicht der Fall. Eine Interviewpartnerin begründete die fehlenden Angaben mit der Sorge, dass andernfalls viele Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen in die Praxis kämen, deren Versorgung einen hohen Aufwand erfordere und dadurch die finanziellen Kalkulationen durchkreuzt würden.

Es kann summiert werden, dass auch im Land Bremen Informationen zur Barrierefreiheit von gynäkologischen Praxen nur spärlich vorhanden sind (s. auch Arztsuche o. J.) und als nicht qualitätsgesichert bezeichnet werden können, wie auch der Forschungsstand über die bundesweite Lage konstatiert (Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. 2021, Hornberg et al. 2019: 40). Damit bestätigen die Ergebnisse eine bereits bekannte strukturelle Barriere in der gynäkologischen Versorgung (Hornberg et al. 2019: 36): Die ohnehin geringen Angebote seitens geeigneter Praxen für Frauen* mit Behinderungen sind für diese zusätzlich schwer zu identifizieren, was den Zugang zu gynäkologischer Versorgung gerade für relativ immobile Personen weiter erschwert.

Die Fachliteratur schließt daher, dass, um diesem Problem zu begegnen, Gynäkolog*innen gesetzlich dazu verpflichtet werden sollten, Daten bezüglich der Barrierefreiheit zu erheben, zu aktualisieren und zu veröffentlichen (Bündnis inklusives Gesundheitswesen 2023: 8). Gleichzeitig sollte

eine Qualitätssicherung erfolgen, um die Validität der Informationen zu sichern. Bei Praxisneugründungen sollte eine Überprüfung der Barrierefreiheit durchgeführt werden, beispielsweise durch eine Monitoringstelle der KV, wie Hornberg et al. (2019: 66) empfehlen. Praxen, die dieser Verpflichtung nicht nachkommen, könnten eine Ausgleichszahlung leisten müssen. Diese Ausgleichszahlungen könnten dann genutzt werden, um Praxen finanziell zu unterstützen, deren Inhaber*innen bereit sind, notwendige Umbauten vorzunehmen. Eine Alternative zur Sanktionierung kann in der Schaffung eines Anreizsystems durch Bonuszahlungen bestehen, wie etwa von Hornberg et al. bevorzugt wird (ebd.).

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Ergebnisse zeigen eine Lücke im Studium bzw. der fachärztlichen Ausbildung von Gynäkolog*innen im Hinblick auf die Versorgung von Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen. Der „Learning by doing“-Ansatz, den zwei Gynäkolog*innen beschreiben, verdeutlicht, dass praktische Erfahrungen als hilfreich empfunden werden, um Defizite bei der Ausbildung ausgleichen zu können. Allerdings fehlen den Befragten zufolge strukturierte Inhalte in Fortbildungen, die sich mit den speziellen Bedürfnissen dieser Patient*innengruppe befassen. Eine Interviewpartner*in weist darauf hin, dass diese Lücke bereits vom Landesverband der Frauenärzte und Frauenärztinnen e.V. mit entsprechenden Angeboten geschlossen werde.

Die Erkenntnisse über fehlende Lehr- und Lerninhalten in Aus-, Fort- und Weiterbildung entsprechen dem Forschungsstand, wonach Fähigkeiten im Umgang mit Frauen* mit Behinderungen hauptsächlich im täglichen Arbeitsumfeld erlernt und kaum im Studium thematisiert werden (Hornberg et al. 2019: 27). Das somit fehlende Fachwissen kann zur Arbeitsbelastung beitragen, da hierdurch Unsicherheiten und Ängste entstehen können (ebd.: 59 ff.), z. B. sich oder Patient*innen zu verletzen (Sonalkar et al. 2019: 139).

Der von drei interviewten Gynäkolog*innen geäußerte Wunsch nach gezielten Fort- und Weiterbildungen steht im Einklang mit der UN-BRK. Diese fordert, dass Angehörige der Gesundheitsberufe durch Schulungen für die Menschenrechte, Würde, Selbstbestimmung und Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen sensibilisiert werden (UN-BRK 2006: 23). Dadurch soll zudem Unsicherheiten begegnet werden (Hornberg et al. 2019: 75). Das DIMR empfiehlt entsprechende Aus-, Fort-, und Weiterbildungen gesetzlich zu verankern (Parallelbericht an den UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen zum 2./3. Staatenprüfverfahren Deutschlands 2023: 41). Themen wie Sexualität, Kinderwunsch und Elternassistenz sollten hierbei ebenfalls berücksichtigt werden (Pösl et al. 2018: 13).

Eine breitere Bekanntmachung bestehender Informationsangebote wie Leitlinien und Fortbildungsangebote unter Gynäkolog*innen sollte ebenfalls erfolgen. Möglichkeiten für Wissenstransfer sollten geschaffen werden, beispielsweise über eine Internetplattform (Weibernetz e.V.). Die Erarbeitung weiterer Leitlinien könnte ebenfalls dazu beitragen, das Fachwissen von Gynäkolog*innen zu erweitern.

Schlussfolgerung

Vor diesem Hintergrund wird die Versorgungssituation im Land Bremen auch von den Gynäkolog*innen und den Initiatorinnen der BGS als unzureichend eingeschätzt, obwohl im Gegensatz zu anderen Regionen ein Spezialangebot vorhanden ist. Sowohl diese Erhebung als auch bundesweite Forschung legen daher nahe, dass es strukturelle Reformen braucht, wie z.B. eine gesonderte Abrechnungsziffer im EBM (Hornberg et al. 2019: 74) sowie die Behandlung von Menschen mit Behinderungen in ärztlicher Aus-, Fort- und Weiterbildung aufzunehmen (ebd.: 75). Diese Maßnahmen können zu einer gleichwertigen gynäkologischen Versorgung, zu der sich Deutschland über die UN-BRK (2006: 22f.) verpflichtet hat, beitragen.

3.7 Diskussion der Ergebnisse zum Spezialangebot am Klinikum Bremen-Mitte

Im Anschluss an die Erfahrungen aus der gynäkologischen Regelversorgung werden im Folgenden die Perspektiven beteiligter Gynäkolog*innen und Initiatorinnen der BGS in Hinblick auf das Spezialangebot am Klinikum Bremen-Mitte diskutiert. Zunächst ist festzuhalten, dass der überwiegende Anteil der teilnehmenden Gynäkolog*innen die BGS bereits kannte. Nur knapp 11 % der Teilnehmenden war sie unbekannt. Eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit auch für Gynäkolog*innen könnte dazu beitragen, die Bekanntheit weiter zu erhöhen, sodass sie die Information wiederum an Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen weiterleiten können.

Die Erfahrungen und Einschätzungen der Gynäkolog*innen und Initiatorinnen unterstreichen die wichtige Rolle des gynäkologischen Spezialangebots in der Versorgung von Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen im Land Bremen. Insbesondere die Ausstattung mit einem Personenlifter sowie das geschulte Personal werden von mehreren Teilnehmenden positiv hervorgehoben, außerdem die als ausreichend bewerteten zeitlichen Ressourcen. Dies verdeutlicht, dass eine hochwertige Versorgung nicht nur von baulicher Barrierefreiheit und Praxisausstattung abhängt, sondern dass auch Fachkompetenz des Praxispersonals

und der Zeitfaktor entscheidend sind. Diese Ergebnisse unterstützen zudem die Auffassung von Hornberg et al., dass Spezialangebote als notwendige Übergangslösung betrachtet werden sollten, solange die Barrierefreiheit in der Regelversorgung unzureichend umgesetzt ist (2019: 38).

Die Kommune Bremen kann positiv bilanzieren, dass sie über ein spezialisiertes gynäkologisches Versorgungsangebot gemäß der Empfehlung des DIMR verfügt (Parallelbericht an den UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen zum 2./3. Staatenprüfverfahren Deutschlands 2023: 41). Für den zwei Städte-Staat zeigen die Daten jedoch, dass das Angebot in Bremerhaven weniger bekannt ist und die weiten Wege für Bremerhavener*innen als Barriere beschrieben werden. Weiter zeigen die Kritikpunkte, dass eine umfassende Versorgung und Begleitung, etwa bei akuten, anhaltenden oder chronischen Erkrankungen oder während einer Schwangerschaft, aufgrund langer Wartezeiten und mangelnder freier Ärzt*innenwahl erschwert ist. Letzteres ist besonders hinsichtlich einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Gynäkolog*in und Patient*in von Bedeutung. Damit entsprechen die Ergebnisse jenen bundesweiter Studien (vgl. Hornberg et al. 2019: 38).

Darüber hinaus kritisieren die Befragten lange Wartezeiten und dadurch fehlende Akut- und fortlaufende Behandlungsmöglichkeiten, einen erschwerten Zugang seit dem Umzug, mangelnde Flexibilität und Erreichbarkeit bei der Terminvergabe und fehlende persönliche Ansprechpartner*innen. Diese Aspekte erschweren die Nutzung des Angebots erheblich, was die positive Bewertung der medizinischen Versorgung in den Hintergrund rückt. Wohnortnahe Versorgung kann über dieses Spezialangebot nur für Bremen-Mitte, die Östliche Vorstadt, Peterswerder und Hastedt geltend gemacht werden und so widerspricht es teilweise der gemeindenahen gesundheitlichen Versorgung, zu der sich Deutschland mit Ratifizierung der UN-BRK verpflichtet hat (2006: 22) und die Gynäkolog*innen sich für ihre Patient*innen wünschen.

Auch bezüglich der Arbeitssituation beteiligter Gynäkolog*innen werden erhebliche Erschwernisse berichtet. Am häufigsten bemängeln die Gynäkolog*innen kurzfristige Terminabsagen oder das Nicht-Erscheinen der Patient*innen, wie auch Hornberg et al. zeigen (2019: 57). Auch wenn die Absagen sicherlich im Zusammenhang mit verschiedenen Faktoren stehen, spielen hierbei auch die langfristige Terminvergabe und damit unvorhersehbare andere Faktoren eine Rolle.

Daneben bestätigen die Teilnehmenden die unzureichende Finanzierung. Damit zeigt sich im Land das bereits bundesweit bekannte strukturelle Problem der Unterfinanzierung solcher Spezialangebote (Hornberg et al. 2019: 33, 115). Ein Mehraufwand an Bürokratie bei fehlender Digitalisierung erschwert außerdem die Arbeit der Ärzt*innen, weshalb

das Spezialangebot für Gynäkolog*innen wenig attraktiv ist. Wie mehrfach oben ausgeführt, verwundert es daher nicht, dass es durch fehlenden Nachwuchs in Zukunft kaum mehr Gynäkolog*innen für das Spezialangebot geben wird und deshalb durch die Gynäkolog*innen das Angebot als zukünftig nicht mehr tragbar beschrieben wird.

Zudem ist festzuhalten, dass die Teilnehmenden die unerwartet geringe Inanspruchnahme der BGS zwar thematisierten, wie bereits Hornberg et al. berichten (2019: 56), jedoch unterschiedlich interpretieren. Ärzt*innen hinterfragten den tatsächlichen Bedarf, Initiatorinnen hingegen widersprachen dem und vertreten die Auffassung, die geringe Nutzung liege an der Unzufriedenheit mit der Organisation der BGS und der mangelnden Bekanntheit des Angebots. Da die Angebote der gynäkologischen Regelversorgung bundesweit (Debus 2023: 439, Hornberg et al. 2019: 39 ff., 75 f.) sowie im Land Bremen vielfache Defizite und Barrieren aufweisen, scheint ein zu geringer Bedarf an barrierefreier gynäkologischer Angebote nicht plausibel. Mit gezielter Öffentlichkeitsarbeit und Verbesserung organisatorischer Mängel könnte die Anzahl an Patient*innen gesteigert werden – darauf lassen die hier ausbuchstabierten Wünsche und Bedarfe sowie der in der ersten Teilerhebung erfasste Bekanntheitsgrad schließen.

Außerdem machen die Ergebnisse aus der Regelversorgung deutlich, dass zum jetzigen Zeitpunkt im Besonderen die Versorgung von Frauen* mit starken Mobilitätsbehinderungen, beispielsweise Frauen*, die sich sehr wenig bewegen können, in den niedergelassenen Praxen aufgrund verschiedener Gründe nicht geleistet werden kann (s. Unterkapitel 3.6). Deshalb ist auch hier eine Übereinstimmung mit dem Forschungsstand gegeben, nachdem Spezialangebote gegenwärtig unerlässlich sind, da die Angebote der Regelversorgung nicht ausreichen (Hornberg et al. 2019: 38). Auch wenn nur ein Drittel der Gynäkolog*innen an der Befragung teilgenommen hat und nur sechs Interviews stattgefunden haben, verweisen die Aussagen, u. a. weil es sich um sehr zentrale Akteur*innen handelt, darauf, dass die BGS neu aufgestellt werden müsste, um eine nachhaltige Versorgung sicherzustellen. Eine neue Erkenntnis stellt diesbezüglich das Anliegen der Befragten dar, die Organisationsform der BGS zu verändern und sie direkt innerhalb der Klinik zu implementieren und in Form einer Ambulanzsprechstunde zu organisieren. Alternativ wird vorgeschlagen, eine Gynäkolog*in für die BGS fest anzustellen, um die organisatorischen und bürokratischen Hürden zu reduzieren und so den zukünftigen Fortbestand zu sichern.

Bei Verbesserungen bzw. neuen Angeboten sollte darauf geachtet werden, den Patient*innenkreis zwar klar einzugrenzen, das Angebot gleichzeitig jedoch möglichst flexibel und für viele Menschen offen zu gestalten. Es bedürfe hierfür mehr finanzieller Unterstützung durch politische

Akteur*innen. Die Berichte seitens der Gynäkolog*innen und Initiatorinnen unterstreichen, dass die aktuelle Organisationsstruktur der BGS die barrierefreie gynäkologische Versorgung, ergänzend zur Regelversorgung, nicht nachhaltig absichert und damit nur begrenzt eine gleichwertige Versorgung fördert, wie in der UN-BRK (2006: 22) gefordert.

Mitgedenken ist auch, dass das Angebot der BGS während der COVID-19-Pandemie erheblich gekürzt und zeitweise ausgesetzt werden musste. Die fehlende Verlässlichkeit der BGS in Krisenzeiten verdeutlicht, wie prekär die Versorgungssituation für Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen ist, da gleichzeitig auch die regulären Versorgungsangebote oftmals unzureichend sind (Parallelbericht an den UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen zum 2./3. Staatenprüfverfahren Deutschlands 2023: 16, Debus 2023: 439, Hornberg et al. 2019: 39 ff., 75 f.). Dies kann zu gesundheitlichen Benachteiligungen von Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen beitragen, die aus der Literatur bekannt sind (Maetzel et al. 2021: 456). Analog zu anderen Forschungsergebnissen, wie denen von Hornberg et al. (2019), muss auch im Land Bremen – trotz des Spezialangebots und des großen Engagements von Gynäkolog*innen – von einem unzureichenden Angebot für Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen ausgegangen werden, da es weder flächendeckend nutzbar noch gleichwertig verglichen mit dem für Personen ohne Behinderungen ist. Diese negative Bilanz entspricht dem, was die Forschung generell über die bundesweite gynäkologische Versorgung zu berichten weiß (Debus 2023: 439, Hornberg et al. 2019: 39 ff., 75 f., Parallelbericht an den UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen zum 2./3. Staatenprüfverfahren Deutschlands 2023: 16).

4 ERHEBUNG DER PERSPEKTIVE DER LEISTUNGSANBIETER DER EINGLIEDERUNGSHILFE

Die vorliegende dritte Teilstudie befasst sich mit den Perspektiven der Fachkräfte der Einrichtungen der Eingliederungshilfe auf die barrierefreie gynäkologische Versorgung im Land Bremen. Diese Perspektive wurde hinzugezogen, da viele Frauen* mit aG als Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis in diesen Einrichtungen leben, aber bisher nicht erhoben wurde, wie die Versorgung dieser Personengruppe gewährleistet ist. Neben der Befragung der dort wohnenden Frauen*, die im Rahmen der ersten Teilstudie direkt angeschrieben wurden (siehe oben), wird die Perspektive der Fachkräfte additiv aufgenommen, da sie den

Zugang zur Versorgung ermöglichen und mitunter bei der Wahrnehmung der Versorgung unterstützen. Andere Einrichtungen, beispielsweise der Altenpflege, übernehmen diese Aufgaben zwar auch, aus forschungspragmatischen Gründen wurde sich hier jedoch nur für eine Einrichtungsform entschieden. Die Wahl fiel auf die Eingliederungshilfe, da hier Frauen* unterschiedlichen Alters leben und daraus auch unterschiedliche Bedarfe im Kontext gynäkologischer Versorgung resultieren (s. auch Unterkapitel 1.7).

Abbildung 14

Nutzen Ihre Bewohnerinnen in der Regel einen Rollstuhl, um Angebote der Gesundheitsversorgung wahrnehmen zu können?

Nutzung von Rollstuhl, Rollator und anderen Gehhilfen (n: 40)

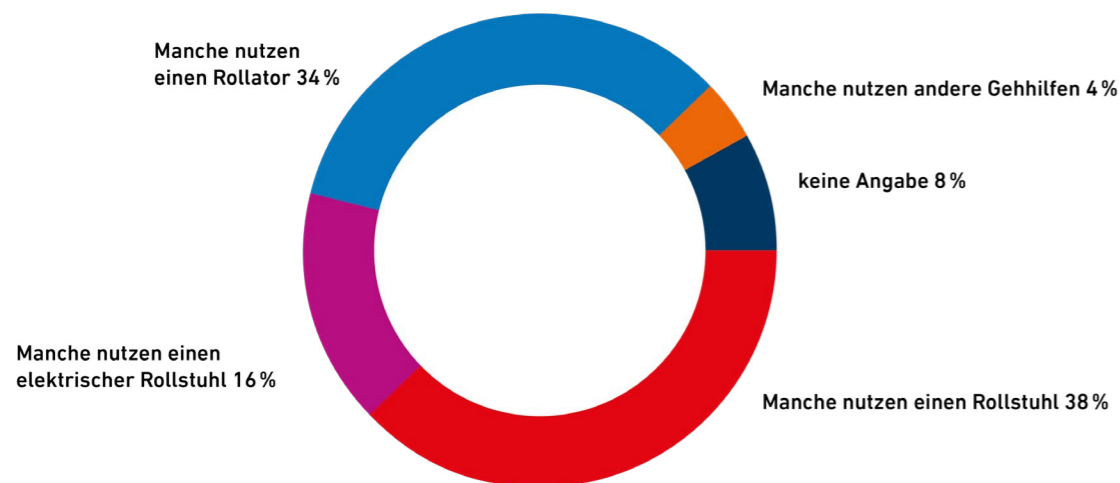
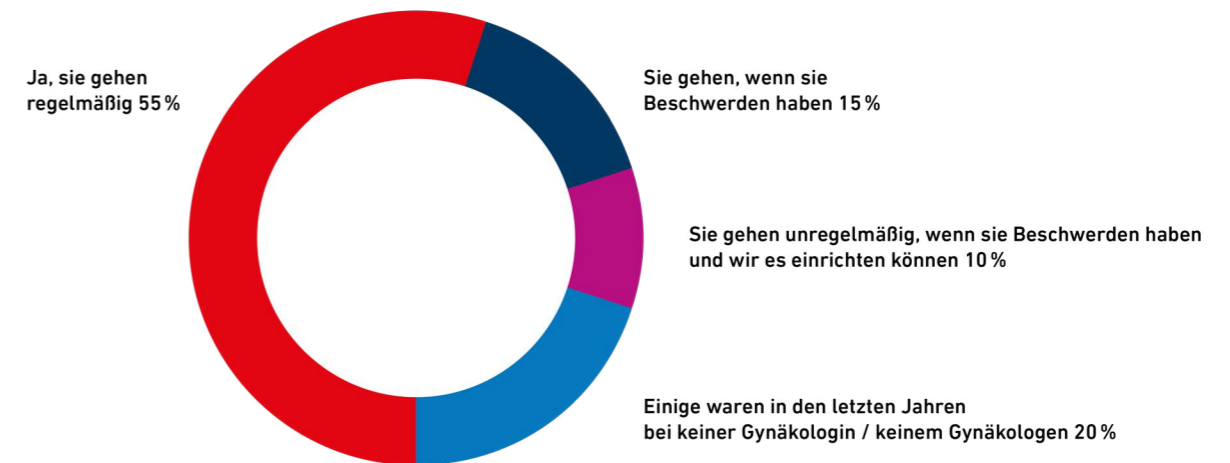


Abbildung 15

Nutzen Ihre Bewohnerinnen regelmäßig den Anspruch auf gynäkologische Versorgung?

Inanspruchnahme der gyn. Versorgung (n: 40)



4.1 Angaben zur gynäkologischen Versorgung aus Sicht der Fachkräfte

In den Fragebögen wird eingangs abgefragt, welche Hilfsmittel die in der Erhebung im Fokus stehenden Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen in den Einrichtungen verwenden. Es zeigt sich, dass 54 % der teilnehmenden Einrichtungen Bewohner*innen haben, die einen (mechanischen und / oder elektrischen) Rollstuhl nutzen. Außerdem werden neben Rollatoren auch weitere Gehhilfen genutzt (s. Abbildung). Die Daten sagen nichts über die Häufigkeit der Nutzung von Rollstühlen und Gehhilfen aus, zeigen aber, dass ein regelmäßiger Bedarf an barrierefreier gynäkologischer Versorgung in der Zuführung zur Gesundheitsversorgung gegeben ist.

Die Ergebnisauswertung der Fragebögen ermöglicht einen Überblick über die gynäkologische Versorgung der Frauen* mit Mobilitätsbeeinträchtigung in den befragten Einrichtungen. Die Ergebnisse veranschaulichen die Häufigkeit der gynäkologischen Versorgung und die Einschätzungen der Fachkräfte¹⁶ zur Versorgungslage insgesamt. Im nächsten Abschnitt werden Praxisbesuche versus alternative Versorgungskonzepte, wie Hausbesuche durch Ärzt*innen, betrachtet und die Gründe für eine gynäkologische Versorgung aus Sicht der Einrichtungen präsentiert.

55 % der befragten Fachkräfte geben an, dass die Bewohner*innen regelmäßig eine gynäkologische Versorgung nutzen, 15 % dass die Bewohner*innen¹⁷ nur bei Beschwerden eine Gynäkolog*in aufsuchen, 10 % gehen nur dann zur Gynäkolog*in, wenn Beschwerden vorliegen und wenn Fachkräfte Zeit haben, die Bewohner*innen zu begleiten und 20 % berichten davon, dass einige der Bewohner*innen seit Jahren keine Gynäkolog*in besucht haben. Das Ergebnis zeigt, dass nur bei etwas mehr als der Hälfte der Bewohner*innen die gynäkologische Versorgung als Regelversorgung gegeben ist.

Für die meisten Bewohner*innen mit Mobilitätsbehinderungen der befragten Einrichtungen bedarf es einer Unterstützung in der Terminabsprache, bei An- und Abreise zur Praxis und Unterstützung während der Behandlung. Dies bedeutet, dass die Versorgung stark von der organisatorischen Übersicht und dem Verhalten der Fachkräfte abhängt bzw. geprägt ist, wie in einem Interview veranschaulicht wird:

¹⁶ Hierbei handelt es sich um Heilerziehungspfleger*innen, Sozialpädagogen*innen u. a.

¹⁷ Es ist zu vermuten, dass sich hier die Zahlen auf alle Frauen* in den Einrichtungen beziehen und nicht ausschließlich auf die Frauen mit dem Merkzeichen „aG“ im Schwerbehindertenausweis.

„Das liegt natürlich an uns als pädagogische Fachkräfte. Wir versuchen einmal im Jahr mit denen dahinzugehen. Manchmal ist es aber auch bei älteren Damen alle zwei Jahre.“ (I02)¹⁸

Die Fachkräfte müssen daher über Kompetenzen verfügen: Grundverständnis über gynäkologische Versorgung, Kenntnisse zum Behandlungsablauf und zur besonderen Situation gynäkologischer Versorgung bei Menschen mit Behinderungen, bei der Scham sowie das Tabu von Sexualität bei Menschen mit Behinderungen eine Rolle spielen kann. Es bedarf außerdem Kompetenzen im Bereich der Organisation, Kenntnisse über Versorgungsleistungen und Früherkennungsuntersuchungen in verschiedenen Altersspannen der Frauen*, Empathie, ggf. körperlicher Fitness, um bei einem Transfer auf den Untersuchungsstuhl assistieren zu können, sowie Beziehungspflege zur Nutzer*in.

Alle in den qualitativen Interviews Befragten haben gemein, dass sie sich als Begleiter*innen und mitunter auch Dolmetscher*innen der Bewohner*innen im Kontext der gynäkologischen Versorgungssituation sehen: Sie agieren als parteiliche emotionale und ggf. mobilisierende Unterstützer*innen, z. B. beim Transfer auf den oder vom Behandlungsstuhl. Aufgrund dieser Rollenvielfalt wird mehrfach kritisch angemerkt, dass sie in einzelnen Fällen gegen den Wunsch der Bewohner*innen von behandelnden Ärzt*innen angewiesen wurden, den Behandlungsraum zu verlassen.

Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass die professionelle Einnahme der verschiedenen Rollen mit den daran gekoppelten Kompetenzen sowie die Beziehung der Praktiker*innen zu den Bewohner*innen maßgeblich das Gelingen eines Praxisbesuchs mitbeeinflussen und somit das Versorgungsetting prägen. Dies gilt in vielfacher Hinsicht, wie im Folgenden immer wieder herausgearbeitet werden wird.

Sehen sich die Fachkräfte mit einem nur bedingt barrierefreien Versorgungsangebot konfrontiert, modifizieren sie ihre Arbeitsabläufe: Zeigte sich die Versorgung in der gewählten Praxis für die Bewohner*innen in der Vergangenheit als (zu) komplex und zeitintensiv, so wird der Arbeitsaufwand der Einrichtungen zukünftig neu berechnet, damit Zeit, Personal und die fachliche Haltung zu den strukturellen Barrieren passen, die die Bewohner*innen und ihre Begleiter*innen vorfinden. Damit wird das Ziel verfolgt, eine ärztliche Versorgung so angenehm wie möglich zu gestalten, auch wenn es auf Seiten der Einrichtung zu einer erhöhten personellen Belastung führen kann.

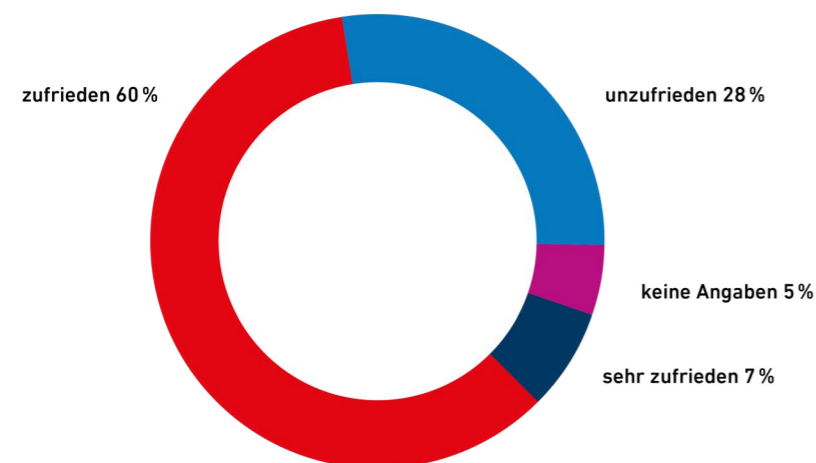
4.2 Perspektiven der Fachkräfte auf die Bedarfe an gynäkologischer Versorgung

Im Fragebogen werden die teilnehmenden Wohngruppenleitungen gefragt, wie zufrieden sie mit der gynäkologischen Versorgung der Bewohner*innen sind. Eine Mehrzahl von 60 % ist zufrieden und 3 % zeigen sich sehr zufrieden. Fast ein Drittel der Befragten ist mit der Versorgungslage der Bewohner*innen ihrer Einrichtungen unzufrieden (28 %).

18 Die Abkürzung I in dieser Teilerhebung steht jeweils für Interview und bei insgesamt sieben Interviews mit insgesamt acht Teilnehmenden steht I01, I02 usw. für jeweils eins der Interviews in chronologischer Reihung.

Abbildung 16

Zufriedenheit mit gegenwärtiger Versorgungslage



Die zufriedenen Fachkräfte berichten, dass sie sich mit den bestehenden Versorgungsangeboten arrangieren können beziehungsweise diese ausreichend seien, vor allem wenn es eine konkrete Zusammenarbeit mit Praxen gebe. Neben lobenden Worten über das Engagement und die Fachlichkeit der Gynäkolog*innen und der Medizinischen Fachangestellten äußert sich in einem Interview auch eine Fachkraft mit langjähriger Pflegeexpertise zu der medizinischen Versorgungslage für ihre Bewohner*innen drastisch:

„Es [die Gesundheitsversorgung der Bewohner*innen]¹⁹ ist unterirdisch. Die medizinische Versorgung, die Kommunikation untereinander.“ (I05)

Die befragte Fachkraft betont, dass sie über die Jahre falsche Diagnosen, falsche Behandlungen, nicht ernstgenommene Beschwerden, fehlende Kommunikation zwischen Fachärzt*innen, Patient*innen und Einrichtungen erlebt habe. Ursächlich sei hierfür, dass eine wirkliche Teilhabe – aus ihrer Sicht als Fachkraft in der Eingliederungshilfe – im Gesundheitswesen bis heute kaum angekommen sei.

Sowohl in den Fragebögen als auch in weiteren Interviews spezifizieren Fachkräfte, inwiefern Teilhabe bisher nicht umgesetzt sei: Es fehle an barrierefreien Praxen in der Gynäkologie und in der Gesundheitsversorgung insgesamt. Manche Fachkräfte sehen, dass die Versorgungslage eng für alle sei, es sich aber noch schlechter für die Bewohner*innen mit Mobilitätsbehinderungen gestalte.

Trotz dieser Barrieren und zudem aufgrund der Knappheit der Ressourcen im Gesundheitswesen, maßgeblich aufgrund des Fachkräftemangels und des Kostendrucks der Gynäkolog*innen, findet zu 95 % die Behandlung der Bewohner*innen in gynäkologischen Praxen statt. Entsprechend wird auch in den Interviews nur vereinzelt davon berichtet, dass Hausbesuche in den Einrichtungen durch niedergelassene Gynäkolog*innen stattfinden. Dies wird in der Regel von den Fachkräften sehr gewürdigt, weil die betreffenden Frauen* aufgrund ihrer spezifischen Mobilitätsbeeinträchtigung trotz angemessener Unterstützung keinen Transport in eine Praxis bewerkstelligen könnten:

„Das ist eben halt der Herr Dr. [Name], der auch unsere Arbeit tatsächlich sehr wertschätzt. Also er ist für diese Patientin auch schon ein paar Mal in die Einrichtung gekommen wegen dieser Mobilitätseinschränkungen. Und er hat einen wirklich wertschätzenden Umgang mit ihr versucht, um das bestmögliche zu untersuchen, was im Pflegebett zu untersuchen geht.“ (I05)

19 Ausgehend von der gynäkologischen Versorgung äußert sie sich hier zu der gesamten Gesundheitsversorgung der Bewohner*innen aller Geschlechter im Land Bremen.

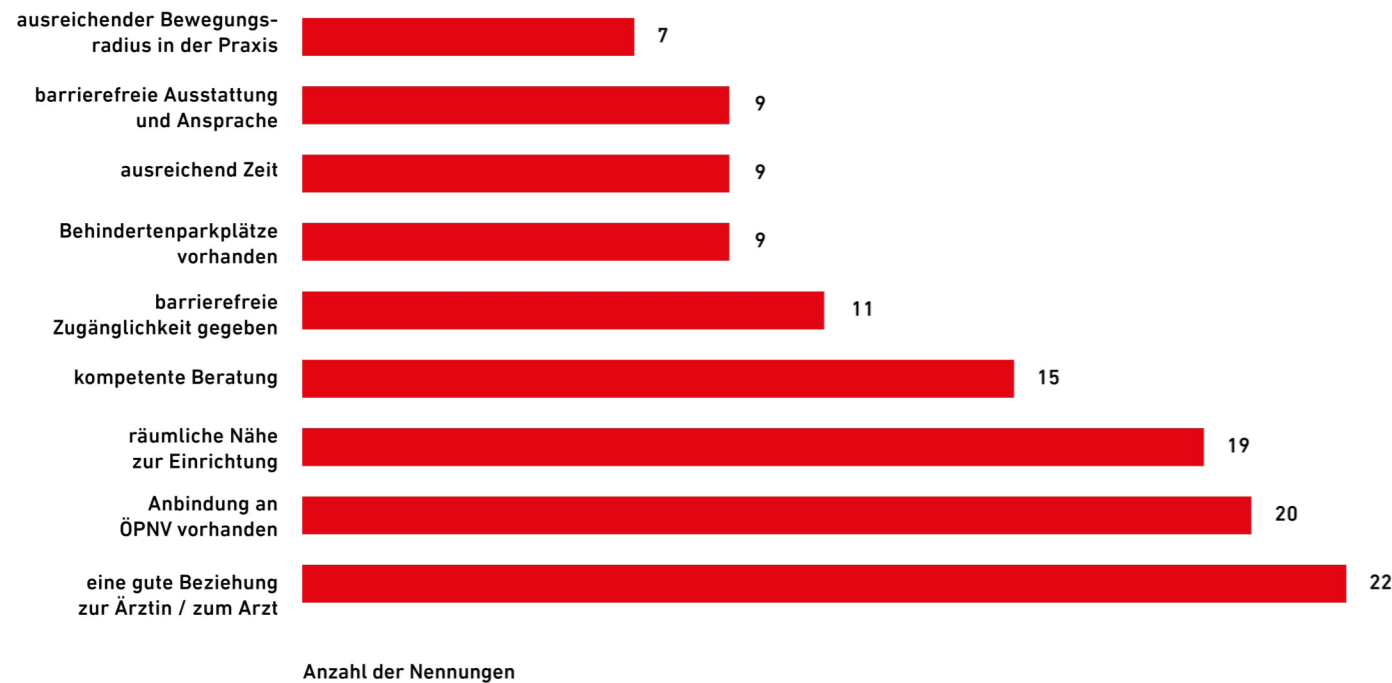
Dieselbe Fachkraft betont allerdings mit Blick auf die eigene Einrichtung, dass gynäkologische Hausbesuche in ihrer Einrichtung nur dann erwünscht sind, wenn dadurch für die Frau* keine versorgungsrelevanten Nachteile entstehen (I05). Denn es stellt für manche Fachkräfte einen beruflichen Auftrag dar, für die Bewohner*innen der Einrichtung so viel „Normalität“ wie möglich zu fördern. Das inkludiert die selbstbestimmte und eigenständige bzw. unterstützte Terminabsprache und das Aufsuchen einer Praxis (I02).

Die Mehrzahl der befragten Fachkräfte der Einrichtungen buchen für ihre Bewohner*innen die Sprechstundentermine in niedergelassenen Praxen. Hierfür führen sie in den Fragebögen Gründe für die Wahl der Praxis an, die im Folgenden in der Tabelle nach Häufigkeit ihrer Nennung aufgeschlüsselt sind:

Abbildung 17

Gründe für die Wahl niedergelassener Praxen

(n: 40, Mehrfachnennungen möglich)



Die Abbildung zeigt, dass die gute Beziehung zu den Gynäkolog*innen, was u. a. also eine freie Ärzt*innenwahl voraussetzt, und eine gute Erreichbarkeit sowie die räumliche Nähe zur Einrichtung ausschlaggebende Kriterien sind. Aber auch die kompetente Beratung spielt eine wichtige Rolle.

In den Freitextfeldern des Fragebogens merken die Fachkräfte außerdem an, worauf aus ihrer Sicht die Bewohner*innen besonderen Wert legen: Erstens beziehen sich die Vorzüge auf bauliche und materielle Gegebenheiten, wie das Vorhandensein von Platz und adäquate Hilfsmittel, Platz fürs Umziehen, geeignete, höhenverstellbare Untersuchungsstühle/-liegen und ggf. sogar Alternativen zum gynäkologischen Behandlungsstuhl. Zweitens benennen sie die zwischenmenschliche Ebene und damit beispielsweise den Aufbau einer kooperativen Behandlungsbeziehung, die empathisch, wertschätzend und geduldig gestaltet sein sollte, in der die Grenzen der Bewohner*innen berücksichtigt werden sollten und auf Ängste und Fragen eingegangen wird. Sie beschreiben ein Setting, in dem die Bewohner*innen als erwachsene und mündige Personen behandelt werden. Dies beinhaltet eine direkte Kommunikation auf Augenhöhe, die Fachjargon vermeidet und Behandlungen ausreichend erklärt.

Da die Organisation von gynäkologischen Untersuchungen in den Händen der Fachkräfte liegt, spielen Indikationen

eine Rolle, die für die zuständigen, häufig nicht-medizinischen Fachpersonen der Einrichtungen handlungsleitend sind. Zu den Indikatoren, die eine gynäkologische Versorgung begründen, zählen folgende, wie die Interviews zeigen:

- Umsetzung des Rechts auf eine regelmäßige, gleichwertige gynäkologische Versorgung
- Recht auf eine passende Verhütung und Aufklärung hierzu
- Zuführung zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen
- Beschwerden der Frauen, z. B. „starke Regelschmerzen“, „Scheidenpilze“, „unregelmäßige Blutungen“, behandeln lassen
- Beratungsbedarfe der Frauen, z. B. zum eigenen Körper oder zu sexuellen Beziehungen, erfüllen.

Drei der befragten Fachkräfte betonen, dass sie eine jährliche gynäkologische Versorgung der Bewohner*innen anstreben. Eine Fachkraft hebt hervor, dass die regelmäßige Versorgung auch die Prävention beziehungsweise Erkennung sexueller Gewalt zum Ziel haben kann. Eine Zielsetzung sei jedoch nur gewährleistet, wenn die Frauen* während der gynäkologischen Regelversorgung selbst entscheiden können, was in der Behandlung stattfinden darf und sie ihren Körper dadurch besser kennenlernen können (I04). Eine Interviewpartnerin betont, dass sie sich deshalb auch bei der Behandlung wünscht, dass der Fokus auf Aufklärung und auf dem sexuellen Selbstbestimmungsrecht

der Bewohner*innen liegt. Der Alltag sieht aus ihrer Sicht vielerorts nämlich noch anders aus, er sei von mangelnder Aufklärung und fehlender Kommunikation mit den Bewohner*innen geprägt. Dies sei vor allem dann der Fall, wenn die Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen Mehrfachdiagnosen haben und beispielsweise aufgrund ihrer kognitiven Fähigkeiten behindert werden (I04). Sie sieht gerade viele dieser Frauen* nicht adäquat über die Untersuchungen und über ihr sexuelles Selbstbestimmungsrecht aufgeklärt.

„Meiner Erfahrung nach ist es manchmal auch so, dass die Frauen vielleicht gar nicht so genau wissen, warum sie das [eine gynäkologische Untersuchung] eigentlich machen sollen. Also jetzt unabhängig davon, ob sie ein aktives Sexualleben haben oder selbst eben den Bedarf äußern. Es ist vor allen Dingen auch zum Schutz vor Schwangerschaften oder ja übertragbaren und sexuell übertragbaren Krankheiten. Und ja, also meiner Erfahrung nach sind die Frauen eben oft nicht so ganz gut aufgeklärt und erfahren dies auch innerhalb des Termins bei der gynäkologischen Untersuchung jetzt nicht angemessen in der Sprache, die sie verstehen. Dann die Informationen, die sie brauchen, um sich zum Beispiel für ein Verhütungsmittel zu entscheiden.“ (I04)

Nach wie vor stehe bei Frauen* bis zur Menopause für die meisten Fachkräfte sowie aus deren Sicht auch für die meisten Gynäkolog*innen die Schwangerschaftsverhütung im Vordergrund der gynäkologischen Untersuchung. Dieses Ziel wird jedoch selten offen mit den Bewohner*innen kommuniziert. Der Mythos, Schweigen über Sexualität verhindere sexuelle Aktivität und dies verhindere sexuelle Gewalt, halte sich heute immer noch, so heißt es in den Interviews. Dies wird von einer Fachkraft kritisiert, denn das Gegenteil sei der Fall: sexuelle Bildung sei die beste Gewaltprävention (I04). Vor diesem Hintergrund plädieren Fachkräfte für spezifische Aufklärungsleistungen: Dazu zählt der Einsatz adressat*innengerechter bzw. verständlicher Sprache bei den Untersuchungen, die explizite Setzung des Themas sowie eine Aufklärung über den Zweck der gynäkologischen Untersuchung im Vorfeld.

Bisher fehle vielen Bewohner*innen Wissen zu spezifischen Erkrankungen und den Behandlungsmethoden im Fall einer Erkrankung. Aus Sicht der Fachkräfte existiert ein hoher Bedarf an Aufklärung zu Themen rund um Sexualität, Verhütung und Gynäkologie, die im Vorfeld, vor Ort in den Einrichtungen und nach einer gynäkologischen Untersuchung stattfinden sollte und damit den Besuch in der Praxis bestmöglich flankiert. Diese Aufklärung sollte gynäkologische Behandlungsmethoden, Schwangerschaftsverhütung, selbstbestimmte Sexualität, sexuell übertragbare Erkrankungen, Informationen zur Menopause, zu Schwangerschaft und Kinderwunsch sowie zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen umfassen. Eine Aufklärung zu diesen Themen sei die Grundlage, damit selbstbestimmte

Entscheidungen durch die Frauen* getroffen werden können. Eine ganzheitliche, inklusive Gesundheitsversorgung, die geschlechterspezifische sowie altersgerechte Aufklärung und sexuelle Bildung erlaubt, findet bisher nur wenig Raum, so die Fachkräfte in den Interviews. Dabei sei es fraglich, ob die Aufklärung lediglich in den Händen der Gynäkolog*innen liegen sollte oder diese nicht vielmehr nur ein Puzzelstück in einer ganzheitlichen Aufklärung in unterschiedlichen Settings sein sollten.

4.3 Barrieren in den niedergelassenen Praxen aus Sicht der Fachkräfte

Die Interviewpartner*innen berichten von der grundsätzlichen Beschränkung der Versorgung durch mangelnde barrierefreie Räumlichkeiten. Hier sind Platzmangel (für das Rangieren mit einem Rollstuhl), fehlende barrierefreie Sanitäreinrichtungen, fehlende barrierefreie Ausstattung und Zugänge mit Stufen zentrale Themen:

„[...]Stufen, zwei, drei Stufen gibt es bei einer Praxis. Genau. Und? Und dann die eine Praxis ist – also, das ist so eng, wenn, –, Also, es ist so sehr eng. Die, die der Flur und die Räume, also das, was so sehr eng.“ (I02)

„Dann ist mir noch aufgefallen, dass zum Beispiel die Praxis, wo ich jetzt öfters war, tatsächlich für Menschen mit Rollstuhl nicht erreichbar ist. Erster Stock nur Treppe.“ (I07)

Oft gestalte sich bereits der Weg zur Praxis als Hindernis. Dies mache die Begleitung vieler Bewohner*innen durch die Fachkräfte notwendig, auch wenn diese ansonsten den Termin in der Praxis eigenständig durchführen könnten.

Eine große Hürde stellen die aktuellen Selbstauskunftspraktiken der Praxen über ihre Barrieren(-freiheit) für die Fachkräfte dar. Bei einem ersten Besuch in einer Praxis erleben die befragten Fachkräfte die Barrieren gemeinsam mit den Bewohner*innen vor Ort, da die im Vorfeld zur Verfügung stehenden Auskünfte nicht ausreichend seien, um bestehende Barrieren kalkulierbar zu machen. Auch wenn die räumlichen Barrieren bekannt sind oder im Vorfeld telefonisch abgefragt werden, begegnen den Fachkräften und ihren Bewohner*innen vor Ort weitere Hürden, wie eine Fachkraft ausdrückt:

„Und mit der Barrierefreiheit ist es ja auch primär gar nicht getan, weil unsere Klienten benötigen ja teilweise dann auch Hilfsmittel, die ebenfalls in den Praxen nicht vorhanden sind. Die Praxen sind eigentlich gar nicht für unsere Nutzer ausgelegt.“ (I05)

Hinzukomme, dass gynäkologische Instrumente und die Praktiken der Untersuchung von vielen Bewohner*innen als sehr unangenehm empfunden werden. Manche Fachkräfte bemängeln daher, dass Behandlungsmethoden nicht auf die besonderen Bedarfe der Bewohner*innen abgestimmt seien. Einige Interviewpartner*innen berichten von sehr groben und auch falsch empfundenen Vorgehensweisen der Gynäkolog*innen während der Untersuchung. In einem Fall sei es beispielsweise zu Blutungen beim Ultraschall gekommen, in einem anderen wurde die Bewohnerin direkt ohne Anamnese- und Aufklärungsgespräch auf den Behandlungstuhl verwiesen. Ebenso beobachteten Fachkräfte ein übervorsichtiges Verhalten, dass z.B. die inneren und äußeren Geschlechtsorgane als Vorsichtsmaßnahme nicht untersucht werden.

Im besonderen Bewohner*innen mit Doppeldiagnosen stellten aus Sicht der Fachkräfte für Gynäkolog*innen im Praxisalltag mitunter eine Herausforderung dar. Fachkräfte berichten in den Interviews, dass sie beobachten konnten, wie sich bei den Ärzt*innen eine Ungeduld regt, wenn die verbale Kommunikation und in der Folge auch das Verhalten der Patient*in nicht den Erwartungshaltungen der behandelnden Ärzt*innen entspreche.

„Darf ich das mal ganz plump ausdrücken. Wenn die Klientinnen nicht fähig sind, sofort Folge zu leisten, was der Arzt oder die Ärztin als Anweisung gibt, dann ist die Behandlung in der Regel auch nicht mehr wertschätzend oder in Ordnung.“ (I05)

Im Besonderen in Fällen, in denen die Kommunikation nicht dem Erwartungshorizont im Praxisalltag entspricht, erleben die Fachkräfte regemäßige Missverständnisse in Bezug auf die Rolle der Begleitpersonen durch die Ärzt*innen und das Praxisteam: Die Fachkräfte schildern, dass sie als Begleitung dann häufig ernster genommen werden als die Bewohner*in, die als Patient*in vorstellig wird. Daraus resultiert für die Fachkräfte, dass sie die Bewohner*innen nicht als Subjekte anerkannt sehen, was wiederum einen negativen Effekt auf die Gesundheitsversorgung hat, wie ein Zitat illustriert:

„Aber wenn die Kommunikation nicht stimmt, dann haben viele Frauen Angst, überhaupt dahin [in die niedergelassene gynäkologische Praxis] zu gehen.“ (I04)

Diese Erfahrungen der Bewohner*innen und ihrer Begleitungen führten dazu, dass über einen möglichen Wechsel der Praxis nachgedacht werde. Da die Versorgungslage insgesamt jedoch nicht gut sei, führe dies häufig nicht zu einem Wechsel, da der organisatorische Aufwand, die Bewohner*in als Neupatient*in in einer anderen Praxis zu etablieren, ebenso von den Fachkräften gescheut wird, wie die Erfolgsaussichten auf eine rundum gelingende Behandlung gering

eingeschätzt wird. Die Kosten für das Verharren in der bekannten Versorgungssituation zahlen zunächst vor allem die Bewohner*innen, die als Patient*innen trotz negativer Erfahrungen weiterhin in dem Versorgungssetting bleiben (müssen), so geben die Fachkräfte zum Teil resigniert zu Protokoll. Gleichzeitig führten diese Bedingungen aber auch für die Begleitpersonen zu Mehrfachbelastungen, weil sie als Unterstützer*innen ihren Aufgaben und Rollen nicht gerecht werden könnten.

Vor dem Hintergrund solcher Erfahrungen entwickeln die Fachkräfte Strategien zum Umgang mit unbefriedigenden Settings. Aufgrund der begrenzten Wahlmöglichkeit entsteht beispielsweise Pragmatismus: Die Erleichterung, überhaupt eine mitunter zeitnahe und individuelle Lösung für eine Bewohner*in gefunden zu haben, setzt somit das Recht auf freie Ärzt*innen-Wahl aus. In wieder anderen Situationen werden neue Ärzt*innen gesucht. Hierbei sind es dann häufig die privaten Kontakte der Fachkräfte, die eingesetzt werden, wenn bei Anrufen in Praxen auf einen Aufnahmestopp von Neupatient*innen gestoßen wird, um eine Versorgung zu ermöglichen, wie das folgende Zitat veranschaulicht:

„Wir haben jetzt Gott sei Dank jemanden gefunden über Kontakte und haben sie da konnten sie [die Bewohnerin] da anbinden.“ (I06)

Fachkräfte entwickeln auch in Hinblick auf die bereits oben angesprochene, aus ihrer Sicht kritikable Kommunikation strategische Lösungen: So besprechen sie Behandlungsmethoden und Abläufe mit den Bewohner*innen im Vorfeld. Sie erfragen Wünsche und Bedarfe der Bewohner*innen, um diese während der Behandlung ggf. platzieren zu können, falls das den Patient*innen nicht gelingt.

Eine andere Strategie ist, dass sich Fachkräfte als Teil ihrer professionellen Haltung den Ansprachen von Ärzt*innen und Praxisteam verweigern. Sie verhindern damit, dass sie als Ersatzsubjekte adressiert werden. Das Ziel dieser Intervention der Fachkräfte ist es, eine kooperative Behandlungssituation mitzugestalten und den Bewohner*innen die Angst und Scham vor der Behandlung zu nehmen, indem diese wieder in die Kommunikation einbezogen werden. Dies erleichtere im Idealfall die gemeinsamen Besuche in der gynäkologischen Praxis.

”

Aber wenn die Kommunikation nicht stimmt, dann haben viele Frauen Angst, überhaupt dahin [in die niedergelassene gynäkologische Praxis] zu gehen. 104

4.4 Wünsche und Verbesserungsvorschläge aus der Perspektive der Fachkräfte

Viele Bewohner*innen haben Angst vor Schmerzen während und nach der Behandlung und ihnen bereitet der Besuch und die Diagnostik der Ärzt*innen Sorgen. Außerdem spielt die Scham durch das Entkleiden, eine Tabuisierung der Geschlechtsorgane und der Sexualität von Menschen mit Behinderungen eine bedeutende Rolle. Der Umgang mit Scham ist bis heute weitestgehend nicht thematisiert, könne aber, so die Einrichtungsfachkräfte, durch eine gute Beziehung mit den behandelnden Gynäkolog*innen relativiert werden.

Informationen fehlen aber nicht nur den Bewohner*innen, auch auf der Seite der Fachkräfte wird ein Bedarf an Aufklärung zu gynäkologischem Grundwissen, sexueller Bildung und Expertise für eine sexuelle Fachberatung von Menschen mit Behinderungen deutlich. In den Interviews werden beispielsweise Situationen beschrieben, in denen sich Fachkräfte über die Hinweise und Handlungsweisen der Gynäkolog*innen wundern, aber aus Unsicherheit, ggf. nicht die richtigen Kenntnisse zu haben, nicht intervenieren. Außerdem fehle es den Fachkräften mitunter an Wissen über die Barrierefreiheit in den Praxen und

die Möglichkeiten barrierefreier gynäkologischer Behandlungen im Land. Dieses Nicht-Wissen zu Inklusion und Barrierefreiheit führt dazu, dass die Fachkräfte trotz ihrer Irritation, nicht parteilich im Sinne der Frauen* intervenieren können.

Fachkräfte beschreiben eine oftmals nur begrenzt barrierefreie gynäkologische Versorgung als Normalität: Als Barrieren berichten sie über beispielsweise enge Räume, fehlende barrierefreie Toiletten, Treppenstufen am Eingang sowie schmale Türen. Die Fachkräfte versuchen diese Barrieren zu kompensieren und manche berichten auch, dass sie diese resigniert aushalten würden.

Eine weitere Hürde basiere auf einer fehlenden Kompetenz in der sozialen Kommunikation: Hier fehle es zahlreichen Ärzt*innen und ihren Teams an Kompetenzen in verständlicher Sprache, zielgruppengerechter Ansprache und Kommunikation, sexueller Bildung (vor allem in Hinblick auf das Selbstbestimmungsrecht), Trauma-Sensibilisierung und an Fachkenntnissen im Umgang mit Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen. Fachkräfte wünschten sich entsprechend Fort- und Weiterbildungen für Ärzt*innen und ihren Teams, damit diese Frauen* abhängig von deren Alter, den Sprachfähigkeiten und Sprachkenntnissen sowie kognitiver Diversität eine passende Ansprache entgegenbringen können. Es reiche nämlich nicht, dass die fachliche Behandlung den aktuellen medizinischen Standards entspricht, z.B. entlang der Leitlinie zu „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei Frauen mit Querschnittlähmung“ gestaltet wird, die Behandlung müsse auch so vermittelt werden,

dass eine Interaktion gelingt und eine informierte Entscheidung der Patient*in ermöglicht wird. Essentiell seien hier Themen wie das Selbstbestimmungsrecht der Bewohner*innen und die Ermöglichung der aktiven Zustimmung zu den Behandlungsschritten durch die Patient*in. Auch best-practice-Beispiele könnten die Versorgung verbessern. Ein solches Beispiel wird im Folgenden von einer Fachkraft ausgeführt:

„[Ich starte] Mit dem Losgehen. Gut, also dann nehmen wir nämlich mal ein Beispiel von einer jungen Frau, die die selber den Wunsch geäußert hat, zum Frauenarzt zu gehen und. Und sie hatte tüchtig Regelschmerzen. Also wenn sie ihre Menstruation bekommt, es geht ihr nicht gut und genau sie hat den Wunsch geäußert. Und natürlich nehmen wir diesen Wunsch ernst. Dann haben wir in der Praxis angerufen, wo wir dachten, das passt gut. Wir haben ja drei zur Auswahl und da, wo es gut passt, da haben wir vorher angerufen und haben den Termin vereinbart. Genau. Dann haben wir im Vorfeld mit der jungen Frau gesprochen. Genau, was auf sie zukommt oder zukommen könnte, nicht? Also was kann beim Frauenarzttermin passieren? Also was für Geräte sind da? Den Stuhl. Das ist ja alles ganz aufregend, wenn man das noch nie miterlebt hat. Genau. Wir haben uns ganz viel Zeit gelassen bei dem Besuch. Das heißt, eine Kollegin hatte wirklich Zeit und man muss immer warten. Eigentlich beim Arzt. Das ist auch nicht so schlimm, so irgendwie. Und genau dann sind wir da hingekommen. Wir wurden nett begrüßt, die Karte muss ja eingelesen werden, das machen die Bewohner selber. Genau. Also alles, was sie selber machen können, müssen sie natürlich auch selber machen. So, das nehmen wir ja nicht ab. Dann waren die Sprechstundenhilfen super nett. [...] Im Vorfeld bespricht man mit der. Mit der jungen Frau natürlich: Möchte sie alleine reingehen und dort sprechen? [...], weil das gibt Sicherheit und dann ist man mit reingegangen. Und was sehr schön ist also, dass die Ärztin mit der jungen Frau geredet hat, also sie wirklich gesehen hat und ihr Anliegen auch ernst genommen hat. [...] Die Ärztin hat sich das angehört und hat dann gesprochen, was man machen könnte. Dann hat sie gefragt, ob sie sie untersuchen darf, aber natürlich keine vaginale Untersuchung, sondern halt den Bauch abgetastet. Also so ganz. Ja, so ganz ja. Noch nicht so eine richtige Untersuchung also, dass man die jungen Frauen auch so ganz, ganz langsam heranzuführt. Und sie hat immer geguckt, wie weit sie gehen darf und hat die junge Frau auch mitgenommen. Immer. Also sie hat sich immer vergewissert, also hat sie das verstanden? Konnte sie das aufnehmen? Genau. Und dann gab es halt ein Ergebnis. Also sie hat die Pille verschrieben bekommen. Das wollte die junge Frau auch ganz gerne. Ja, dann hat man das Rezept bekommen, hat sich verabschiedet und ja, noch mal einen Kontrolltermin im halben Jahr haben wir mitbekommen und dann sind wir zur Apotheke gegangen und haben halt das Medikament geholt.“ (I02)

Solche Beispiele können die Vielschichtigkeit der hier detailliert beschriebenen guten Erfahrungen einer gynäkologischen Versorgung aus Sicht der Fachkraft verdeutlichen: Sie verweisen auf eine angemessene Aufklärung, Zeit, Kommunikation auf Augenhöhe und eine für das konkrete Anliegen adäquate Behandlung.

Fachkräfte wünschen sich vor diesem Hintergrund außerdem den Aufbau von regionalen Netzwerken, für den Austausch der Fachkräfte untereinander ebenso wie mit Ärzt*innen und ihren Praxisteamen sowie weiteren Akteur*innen bspw. Interessenvertretungen von Menschen mit Behinderung. In solchen Netzwerken könnte sich auch über mehrsprachige und inklusive Gesundheitsinformationen und weitere Literatur zur Unterstützung von Fachkräften ausgetauscht werden.

4.5 Perspektiven der Fachkräfte auf die barrierefreie gynäkologische Sprechstunde

Die barrierefreie gynäkologische Sprechstunde (BGS) am Klinikum Bremen-Mitte ist 2011 auf Initiative verschiedener Akteur*innen, vor allem Interessenvertretungen von Menschen mit Behinderungen in Bremen initiiert worden (s. Unterkapitel 1.5). 77,5 % der befragten Fachkräfte aus den Einrichtungen geben im Fragebogen an, dass sie dieses Angebot nicht kennen. Von jenen, denen die Sprechstunde bekannt ist, wird das Angebot als „ok“, „grundsätzlich okay“ und „gut“ bewertet. In einem der sieben qualitativen Interviews wird erwähnt, dass die Einrichtung ausschließlich die BGS nutze:

„Auf jeden Fall gibt es eine einzige barrierefreie Praxis, wo verschiedene niedergelassene Ärzte da mal einmal die Woche oder alle zwei Wochen Dienst haben. Diese Praxis fahren wir nur hin. Alle anderen Praxen kommen nicht in Frage, weil sie nicht barrierefrei sind. Die haben keine Lifte [...]. Oder sie sind nicht erreichbar, weil die keine Aufzüge. [...] Mehr kann ich nicht sagen, obwohl es hier ein einziges Problem mit dieser Praxis gibt, dass man da wirklich sehr, sehr lange auf einen Termin warten muss.“ (I03)

Aus den langen Wartezeiten resultieren für die Fachkräfte organisatorische Konsequenzen: Beispielsweise müssen mindestens zwei Fachkräfte die Bewohner*innen begleiten, um den Transfer zu gewährleisten, so die Interviewpartner*in. Deshalb wird darauf Wert gelegt, dass mindestens zwei Bewohner*innen je einen Sprechstundentermin am selben Nachmittag erhalten.

„So gesehen hat sie [die gynäkologische Versorgung in der BGS] bis jetzt funktioniert, dass wir unsere Klientinnen da vorstellen können. Natürlich wäre eine Praxis hier in der Nähe um die Ecke einfacher und wir müssen immer zu zweit hinfahren. Das heißt, wir versuchen dann schon, zwei Termine zusammenzulegen, dass bei zwei Kollegen mit zwei Klientinnen da hinfahren, weil wenn wir auch mit einer Klientin fahren würden, müssen trotzdem zwei Mitarbeiter mitkommen, weil die das Personal von der barrierefreien Praxis nicht mit anpackt.“ (I03)

Aus den besonderen Spezifikationen des Spezialangebots der BGS resultiert allerdings nicht nur eine organisatorische Belastung durch die lange Wartezeit und den personellen Aufwand, sondern die Fachkräfte merken auch das Problem an, dass sie ihren Bewohner*innen eine freie Wahl der Ärzt*innen wünschen würden, ihnen das in der BGS jedoch nicht ermöglichen können. Dies stelle ein Manko gerade dann dar, wenn der Beziehungsaufbau die Angst und Scham der Bewohner*in lindern könnte.

5 EMPFEHLUNGEN

Insgesamt zeigt sich, dass die gynäkologische Versorgungssituation im Land Bremen vielfältige Barrieren bereithält – für alle Beteiligten. In etlichen Aspekten konvergieren die Problemdiagnosen, auch wenn diese aus drei unterschiedlichen Perspektiven beschrieben werden: die der Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen, der Gynäkolog*innen und die der Fachkräfte. Zentrales Ergebnis ist, analog zu anderen Forschungsergebnissen zur Lage in Deutschland, wie denen von Hornberg et al. (2019), dass im Land Bremen von einem unzureichenden Angebot für Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen ausgegangen werden muss, da es weder flächendeckend barrierefrei nutzbar noch gleichwertig mit der von Personen ohne Behinderungen ist. Dies widerspricht dem Ziel einer gleichwertigen gesundheitlichen Versorgung, zu der Deutschland sich mit Ratifizierung der UN-BRK verpflichtet hat: Das Angebot ist dringend verbesserungsbedürftig.

Diese Erhebung leistet einen wichtigen Beitrag zum Verständnis der konkreten Barrieren für Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen in der gynäkologischen Versorgung im Land Bremen. Diese Empfehlungen befinden sich bereits in den Diskussionen der drei Teilerhebungen, in denen auf die konkreten Ergebnisse der jeweiligen Teilerhebung referiert wird. Indem die drei Perspektiven aufeinander bezogen werden, werden im Folgenden Handlungsfelder identifiziert, wie diese Barrieren beseitigt werden können.

Bisher fehlt es in diesem Feld an evidenzbasierten Interventionen (LVG 2017). Für insgesamt elf Handlungsfelder werden politische Strategien sowie konkrete Maßnahmen im Bereich Public Health zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung vorgestellt. Dabei wird versucht, die Machbarkeiten im Land Bremen zu reflektieren. Ein Netzwerk für die Bewertung der Machbarkeit und die Koordination der Umsetzung ist mit einschlägigen Vertreter*innen aus Verwaltung, der Selbstverwaltung, den Fachdisziplinen, Einrichtungen und Interessenvertretungen zu besetzen.

Die hier identifizierten Handlungsfelder finden sich auch in der Fachliteratur wieder, wie in den jeweiligen Diskussionen explizit wurde. Die Übereinstimmungen zwischen diesen Studienergebnissen und den Handlungsempfehlungen der Literatur verdeutlichen den dringenden Bedarf –

landes- ebenso wie bundesweit. Die Empfehlungen sind jeweils mit Verweisen auf die Bremer Erhebung sowie auf die Fachliteratur versehen und mögen über das Land hinaus ähnliche Vorhaben befruchten. Auch wenn als Disclaimer zu benennen ist, dass sich nicht alle Hürden durch Public Health-Maßnahmen auf Landesebene bewältigen lassen. Manche Stellschrauben für strukturelle Veränderungen im Versorgungssystem müssen auf anderen Ebenen gedreht werden.

5.1 Barrieren bei der Zugänglichkeit zu den niedergelassenen Praxen beseitigen

Zusammenfassend lässt sich aus den drei Teilerhebungen ableiten, dass die Barrieren in Hinblick auf die Praxiszugänglichkeit für Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen einerseits weit verbreitet und andererseits vielschichtig sind. Damit zeigen die Ergebnisse dieser Studie deutliche Parallelen zur bereits publizierten Fachliteratur.

Die Literatur hebt hervor, dass Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen oft auf Zugangsbarrieren zu den Praxen stoßen (Debus 2023: 439, Hornberg et al. 2019: 39 ff.). Dies wird durch die vorliegenden Studienergebnisse bestätigt, in denen nur 27,86 % der Teilnehmenden angeben, dass eine barrierefreie Zugänglichkeit gegeben ist. Um diese zu erhöhen, sind vor allem Anbindungen an den ÖPNV und behindertengerechte Parkplätze erwünscht. Interessenvertretungen von Menschen mit Behinderungen regen daher an, dass vor jeder Praxis mindestens ein Behindertenparkplatz vorhanden sein sollte (Bündnis inklusives Gesundheitswesen 2023: 8). Zusätzlich sollte die Praxis gut an den öffentlichen Personennahverkehr angebunden sein (Debus 2023: 441).

Zudem lassen sich bauliche Barrieren beim Aufsuchen der gynäkologischen Praxen aufweisen: Fehlende Aufzüge im Praxisgebäude sind eine häufige Barriere, die Hornberg et al. (2019: 39 ff.) beschreiben. Von dieser Problematik

berichten auch die Interviewten dieser Studie: Fünf von 13 interviewten Leistungsberechtigten geben an, dass die von ihnen besuchte Praxis einen Aufzug hat, während sieben von Praxen berichten, die nur über Treppen zugänglich sind oder über einen zu kleinen Aufzug für Rollstühle verfügen. Diese Ergebnisse zeigen, dass auch in Bremen Aufzüge mit genügend Platz nicht flächendeckend vorhanden sind. Interessenvertretungen schreiben u. a. vor diesem Hintergrund, dass Treppen beidseitig über Handläufe verfügen sollten, die 30 cm über die letzte Stufe hinausragen (Bündnis inklusives Gesundheitswesen 2023: 8).

In Deutschland gibt es keine spezifischen, gesetzlich bindenden Vorgaben für die Barrierefreiheit in ambulanten gynäkologischen Praxen (vgl. Trösken & Geraedts 2005). Hornberg et al. empfehlen vor diesem Hintergrund eine Monitoringstelle der KBV, die die Umsetzung der baulichen Barrierefreiheit bei Neugründungen von gynäkologischen Praxen überprüft. Diese Stelle soll entsprechende Maßnahmen bei Nichteinhaltung ergreifen, wie beispielsweise Straf- oder Bonuszahlungen. Auch die Barrierefreiheit bestehender Praxen sollte umfassend und valide erhoben werden (Hornberg et al. 2019: 67).

Bisher listet die KBV unverbindlich auf, wie eine barrierefreie Praxis, und damit auch konkret die Zugänglichkeit, aussehen sollte und welche Ausstattung sinnvoll ist (KBV 2015: 7). Zu den Empfehlungen gehören eine Rampe oder ein stufenloser Zugang, gegebenenfalls ein Personenaufzug nach DIN EN 81-70 (ebd.). Die KBV möchte zudem Praxisinhaber*innen dafür sensibilisieren, dass bereits kleinere Maßnahmen eine Verbesserung darstellen können, etwa durch kontrastreiche Türbeschriftungen und Markierungen von Treppenstufen (ebd.: 6 ff.). Die Hausnummer, das Praxis Schild und die Klingel sollten vom Rollstuhl aus gut sichtbar bzw. erreichbar sein (ebd.: 4). Türen sollten mindestens 90 cm breit und automatisch oder per Taste zu öffnen sein (ebd.: 7). Vor und nach einer Tür sollten großzügige Manövrierflächen freigehalten werden, damit Rollstuhlfahrer*innen die Tür gut öffnen und schließen können (KBV 2022: 7).

Da die Barrierefreiheit in gynäkologischen Praxen entscheidend für die gleichberechtigte medizinische Versorgung von Frauen* mit Behinderungen ist, sind spezielle Anforderungen an Barrierefreiheit in Praxen in Deutschland bereits gesetzlich kodifiziert. Laut Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) gelten Gebäude als barrierefrei, 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“ (BGG § 4). Öffentliche Gebäude, darunter auch Einrichtungen des Gesundheitswesens wie ärztliche Praxen, müssen gemäß der Musterbauordnung (MBO) bei Neugründungen barrierefrei sein (MBO § 50 Abs. 2), umgesetzt ist dies in den jeweiligen Landesbauordnungen.

Es gibt jedoch keine Pflicht zum Umbau bestehender Praxen (KBV 2015: 7).

Die spezifischen Anforderungen an die bauliche Barrierefreiheit bei Praxisneugründungen werden in den jeweiligen Landesbauordnungen festgelegt und orientieren sich an den Vorgaben der DIN 18040-1. Diese Norm legt Anforderungen an die Barrierefreiheit von öffentlich zugänglichen Gebäuden, einschließlich ärztlichen Praxen, fest. Sie umfasst unter anderem Anforderungen an Zugänge, Bewegungsflächen, Türen und Aufzüge. Ausnahmen sind möglich, wenn ein „unverhältnismäßiger Mehraufwand“ vorliegt, wie in den Landesbauordnungen geregelt, z. B. in § 50, Abs. 5 der Bremischen Landesbauordnung.

Die Studienergebnisse legen nahe, dass es nicht ausreichend Neubauten sowie barrierefrei umgebaute Altbauten im Land Bremen gibt. Damit entspricht das Angebot in Bremen dem, was bundesweite Fachliteratur konstatiert. Um diesen Zustand zu verändern und die bestehenden Hindernisse abzubauen, wurden bereits Handlungsempfehlungen in der Fachliteratur formuliert. Diese beinhalten nicht nur die Verbesserung der Transparenz über die Barrierefreiheit in der Zugänglichkeit sowie innerhalb gynäkologischer Praxen und den Abbau baulicher Barrieren, sondern auch eine finanzielle Unterstützung für Umbauten (vgl. Bündnis inklusives Gesundheitswesen 2023, Hornberg et al. 2019).

Zugleich wird in der Fachliteratur auch gefragt, inwiefern die KVen vor diesem Hintergrund ihren Sicherstellungsauftrag nach SGB V erfüllen. Es wird deshalb von Interessensvertretungen angedacht, ob Vorgaben der Barrierefreiheit für Ärzt*innen bei neuer Zulassung von Rechtswegen bei finanzieller Zumutbarkeit möglich, beziehungsweise gegebenenfalls sogar erforderlich sind (s. auch Bad Nauheimer Erklärung 2024).

Außerdem wird in der hiesigen quantitativen sowie der qualitativen Datenerhebung mit einem Bedarf an Förderprogrammen für die Ausweitung der Barrierefreiheit in Arztpraxen argumentiert. Ein solches Programm hat jüngst das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung zum Zweck der „Förderung der vertragsärztlichen Versorgung (Schwerpunkt Hausärzte) bis zu einem Gesamtbetrag in Höhe von 912.000 €“ für die Förderung von Maßnahmen zur Barrierefreiheit in hausärztlichen Bestandspraxen aufgelegt (MNSAGG 2023). Es wurden hierdurch Maßnahmen zur Umsetzung von Barrierefreiheit in hausärztlichen Bestandspraxen mit bis zu 30.000 € pro antragstellende Praxis gefördert, wobei 90 % der Kosten der Maßnahme aus den Mitteln gezahlt werden konnten und ein Eigenanteil bei 10 % liegen musste. 64 Bescheide konnten im Jahr 2024 erstellt werden und die Maßnahmen reichten von Schallschutztüren über automatische Türen, Personenlifter, einem Umbau zu einem

barrierefreien WC, der Einrichtung von Behindertenparkplätzen bis hin zu visuellen Maßnahmen.

Die Befragten und Interviewten der vorliegenden Studie, insbesondere jene der Teilerhebungen der Leistungsanbieter der Eingliederungshilfe und der Leistungsberechtigten, äußern Bedarfe an wohnraumnaher Versorgung. Auch in der Teilstudie zur Erhebung der Gynäkolog*innen wird das Thema aufgegriffen, jedoch als Hürde, eben nicht jede Praxis den Anforderungen der Barrierefreiheit entsprechend umbauen zu können. In den Interviews wird daher vorgeschlagen, in den Stadtteilen jeweils ein barrierefreies Angebot zur Verfügung zu stellen, bzw. neben den bereits bestehenden barrierefreien Angeboten beispielsweise fünf weitere im Land Bremen zu schaffen, in dem diese explizit gefördert werden. Hierfür wäre eine kleinräumige Betrachtung der aktuellen barrierefreien Angebote hilfreich, beispielsweise erhoben durch Expert*innen für Barrierefreiheit für die KVHB. Erwähnt wird auch der Wunsch nach kommunal betriebenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in besonders vulnerablen Stadtteilen, die im Idealfall als Neubauten barrierefrei konzipiert und ausgestattet werden (s. auch LVG 2017) und in die barrierefreie gynäkologische Angebote integriert werden könnten.

Insgesamt unterstreichen die Studienergebnisse die Notwendigkeit der genannten Handlungsempfehlungen. Diese Übereinstimmungen zwischen Studie und Literatur validieren Relevanz und Dringlichkeit. Lediglich zu den Themen Sichtbarkeit und Erreichbarkeit der Hausnummer, des Praxisschildes und der Klingel sowie der beidseitigen Handläufe an Treppen gibt es in der vorliegenden Studie keine spezifischen Aussagen. Diese Verknüpfung von Literatur und Studienergebnissen zeigt, dass die Umsetzung der genannten Maßnahmen einen wichtigen Schritt zur Verbesserung der Zugänglichkeit gynäkologischer Praxen für Menschen mit Behinderungen darstellen würde.

5.2 Verbesserung der Ausstattung der niedergelassenen Praxen

Das Leistungsspektrum der ambulanten Gynäkologie für Frauen* mit Behinderungen ist grundsätzlich identisch mit dem für Frauen* ohne Behinderungen (Debus 2023: 441). Damit Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen diese Leistungen in Anspruch nehmen können, sind neben barrierefreier Zugänglichkeit auch barrierefreie Räumlichkeiten, passende Umkleieräume und spezielle Hilfsmittel, wie ein höhenverstellbarer Untersuchungsstuhl und ggf. ein Personenlifter nötig bzw. in manchen Fällen unverzichtbar, besonders für Frauen* mit starken Mobilitätsbehinderungen

(Hornberg et al. 2019: 67). Diese Hilfsmittel sind oftmals nicht vorhanden oder entsprechen nicht dem Bedarf. Die hiesigen Ergebnisse zeigen, dass gerade diese Personengruppe eher einer Versorgung fern bleibt und/oder enorme Strapazen auf sich nehmen muss, um eine Versorgung zu erhalten (vgl. auch Hornberg et al. 2019: 49).

Die Befunde dieser Erhebung weisen darauf hin, dass barrierefreie Sanitärräume oft nicht direkt in den Praxen verfügbar sind, was für Menschen mit Mobilitätsbehinderungen eine zusätzliche Herausforderung bedeutet. Im Land Bremen zeigt sich mit 16,97% zwar ein etwas höherer Anteil an Praxen, die an der Erhebung teilgenommen haben, die als baulich barrierefrei sowie mit barrierefreiem WC gemeldet werden als in Vergleichsdaten (Maetzel et al. 2021: 435 f.), dennoch verweist die Erhebung dafür, dass ein Umbau oft aus Kostengründen nicht erfolgt und dies deckt sich mit der Literatur (Jacobi et al. 2021: 173).

Die Mehrheit der hier schriftlich befragten Gynäkolog*innen sowie alle ärztlichen Interviewpartner*innen geben an, Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen grundsätzlich versorgen zu können. Allerdings geschieht dies oft unter bestimmten Voraussetzungen, z.B. wenn Patient*innen sich selbstständig oder mit Hilfe des Personals oder einer Begleitung auf den Untersuchungsstuhl umsetzen können und insofern keinen Personenlifter benötigen. Dies deutet darauf hin, dass die tatsächliche Barrierefreiheit in den Praxen möglicherweise überbewertet wird und dass viele Gynäkolog*innen eine Versorgung nur eingeschränkt – beziehungsweise für einen bestimmten Personenkreis – erbringen können. Insbesondere Frauen*, die sich kaum ohne Hilfsmittel bewegen können und bei denen der Transfer auf den Untersuchungsstuhl ohne technische Unterstützung nicht möglich ist, können in den Praxen nicht versorgt werden.²⁰

Wie die Ergebnisse der zweiten Teilerhebung zeigen, weist die Ausstattung in den untersuchten gynäkologischen Praxen eine deutliche Lücke auf, da keine teilnehmende Praxis über einen Personenlifter verfügt – also keine technische Unterstützung für den Transfer anbieten kann. Allerdings verfügt das Spezialangebot am Klinikum Bremen-Mitte über einen Personenlifter. Obwohl ein Großteil der teilnehmenden Gynäkolog*innen im Fragebogen angibt, Patient*innen beim Transfer zu unterstützen, bleibt unklar, ob dies ohne die entsprechende technische Ausstattung tatsächlich ausreicht. Zugleich berichten Gynäkolog*innen von körperlicher Belastung durch ihre Unterstützung bei

²⁰ Während fast alle teilnehmenden Praxen mit einem Rollator und drei Viertel mit einem Rollstuhl nutzbar sind, gibt lediglich die Hälfte der an der schriftlichen Befragung teilnehmenden Gynäkolog*innen an, Patient*innen nutzen einen elektrischen Rollstuhl. Dies deutet darauf hin, dass Praxen vor allem für Personen mit elektrischem Rollstuhl weniger gut zugänglich sind und sie bauliche Barrieren oder fehlende Ausstattung aufweisen (s. ausführlich 3.1.).

den Transfers, was die Grenzen dieser Hilfestellung aufzeigt und die Notwendigkeit von Personenliftern verdeutlicht (vgl. auch Hornberg et al. 2019: 29). Dies bestätigt, dass Menschen mit schweren Mobilitätsbehinderungen nach wie vor erhebliche Barrieren in ihrer Versorgung erfahren, was einer gleichwertigen Versorgung gemäß UN-BRK (2006: 22) nicht entspricht.

Vor allem bauliche Barrieren und fehlende Ausstattung mit einem Personenlifter sind also Faktoren, die die gynäkologische Versorgung von Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen behindern, wie die Angaben der befragten Gynäkolog*innen zeigen. Sie stehen damit im Einklang mit bisherigen Einschätzungen aus der Forschung (Debus 2023: 439, Hornberg et al. 2019: 39 ff., 75 f., König-Bachmann et al. 2019: 7, Mitra et al. 2017: 447 ff., Sonalkar et al. 2020: 138 ff., Walsh-Gallagher et al. 2013: 297 ff., Nguyen et al. 2023: 3).

Leistungsberechtigte spezifizierten in den Interviews einzelne Aspekte, u. a. dass für ihre gynäkologischen Untersuchungen ein höhenverstellbarer Untersuchungsstuhl unabdingbar ist, um einen Transfer zu bewerkstelligen. Nur in Ausnahmen kann die Untersuchung auf einer Liege durchgeführt werden, beziehungsweise wird dies explizit von den Leistungsberechtigten gewünscht. Diese Liege wünschen sich einige Interviewpartner*innen als ebenfalls höhenverstellbar, damit der Transfer vom Rollstuhl erleichtert ist. Auch in der Fachliteratur wird die Notwendigkeit eines höhenverstellbaren gynäkologischen Untersuchungsstuhls betont (Hornberg 2019: 67). Das Land Bremen schneidet im bundesweiten Vergleich positiv ab, da fast ein Viertel aller Praxen, die als baulich barrierefrei gemeldet werden, zusätzlich höhenverstellbare Untersuchungsmöbel bereitstellt. Allerdings ist anzumerken, dass in der Bremer Erhebung der Prozentsatz der teilnehmenden Praxen kein vollständiges Bild erlaubt (s. Unterkapitel 1.7).

Seit 2015 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) unverbindliche Vorschläge für die Barrierefreiheit in ambulanten Praxen frei zugänglich auf ihrer Webseite veröffentlicht (vgl. KBV 2015). Der Anmeldetresen sollte teilweise abgesenkt sein, um die Kommunikation zwischen Personen im Rollstuhl und dem Personal zu erleichtern (ebd.: 7). Untersuchungsliegen müssen höhenverstellbar und arretierbar sein (ebd.). Speziell in den Umkleieräumen sollte es Haltegriffe geben (ebd.).

Die Forschungsliteratur führt weiter aus, dass die gesamten Räumlichkeiten und damit auch die Praxis- sowie Umkleieräume rollstuhlgerecht und mit ausreichend Rangierfläche ausgestattet sein sollten (Hornberg et al. 2019: 67). Zu einer barrierefreien Praxis gehören Umsetzhilfen wie Personenlifter, Liegen und entsprechende gynäkologische Untersuchungsstühle (Bündnis inklusives Gesundheitswesen 2023: 8). Untersuchungsstühle sollten höhenverstellbar

sein und über abnehmbare sowie leicht verstellbare Beinstützen verfügen (Hornberg et al. 2019: 30 f.). Der gynäkologische Untersuchungsstuhl sollte standardmäßig in barrierefreier Variante produziert werden, um die Produktions- und Anschaffungskosten zu senken (ebd.: 66). Für Mammografien sollte ein höhenverstellbares und für Rollstuhlfahrende nutzbares Gerät vorhanden sein (ebd.: 72). Außerdem sollte ein behindertengerechtes WC gemäß DIN 18040-1 zur Verfügung stehen (ebd.: 67).

Dass diese Maßnahmen – zumindest theoretisch – bekannt sind, ändert nichts daran, dass Gynäkolog*innen sowohl in den Interviews als auch im Fragebogen berichten, dass hohe Investitionskosten für bauliche Umbaumaßnahmen für sie problematisch sind bzw. Umbaupläne hieran von vornherein scheitern. Dies gilt für Gynäkolog*innen bundesweit (vgl. Hornberg et al. 2019: 47 ff., Jacobi 2021: 173): Finanzielle Hürden und fehlende Anreize führen dazu, dass der Umbau von Praxen oft unterbleibt (Hornberg et al. 2019: 47 ff., Architektur- und Ingenieurbüro Opper 2015: 12 ff.). Die Ergebnisse verdeutlichen den Bedarf, finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten für Praxisinhaber*innen zu schaffen, um Umbauvorhaben bzw. Anschaffung von inklusiver Ausstattung zu fördern. Dadurch könnte die Anzahl geeigneter Praxen erhöht werden, was die freie Ärzt*innenwahl fördern und letztlich zu einer gleichwertigen, flächendeckenden Versorgung beitragen würde (vgl. UN-BRK 2006: 22).

Die Kosten für den Umbau bestehender Praxen werden nämlich beispielsweise im Auftrag der KBV auf einen sechsstelligen Betrag geschätzt, ohne spezielle Hilfsmittel und barrierefreie Möblierung einzubeziehen, was zusätzliche Kosten verursacht (Architektur- und Ingenieurbüro Opper 2015: 12 ff.). Fördermöglichkeiten für Umbaumaßnahmen bestehen hauptsächlich in Form von zinsgünstigen Darlehen, die Kosten müssen somit von den Praxisinhaber*innen getragen werden (Hornberg et al. 2019: 35 f.). Insbesondere in Altbauten scheitern daher Umbaumaßnahmen oftmals an finanziellen Hürden (Jacobi 2021: 173). Die Einhaltung der Barrierefreiheitspflicht bei Praxisneugründungen wird selten überprüft und Nicht-Erfüllung meist nicht sanktioniert, sodass selbst viele erstbezogene Praxisräume nicht barrierefrei gestaltet und ausgestattet sind (Hornberg et al. 2019: 35 f.).

Um die Barrierefreiheit dennoch auszuweiten, wird in der Literatur ein System von Ausgleichszahlungen vorgeschlagen, bei dem Praxen, die der Barrierefreiheitspflicht bei ihrer Neugründung nicht nachkommen, einzahlen und so diejenigen Praxen unterstützt werden, die Umbauten anstreben (Hornberg et al. 2019: 66). Um Praxen, die barrierefrei werden möchten, zu unterstützen, sollten Möglichkeiten zur finanziellen Förderung geschaffen werden. Hierzu sollten Förderprogramme auf Bundes- und Länderebene etabliert werden (Bündnis inklusives Gesundheitswesen 2023: 9). Hornberg et al. schlagen finanzielle Zuschüsse für den

barrierefreien Umbau bestehender gynäkologischer Praxen vor sowie einmalige Unterstützung für notwendige Umbau- und Anschaffungskosten bei der Gründung neuer Angebote (Hornberg et al. 2019: 74).

Während der Durchführung dieser Erhebung hat dieses Anliegen auch das BMG (2024) im „Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen“ aufgegriffen. Als eine der langfristigen Änderungen sollen Arztpraxen dazu verpflichtet werden, innerhalb einer gesetzlichen Pflicht bestimmte Maßnahmen zur Verbesserung der Barrierefreiheit (Mindeststandards Barrierefreiheit in Arztpraxen) zu ergreifen, bei denen es sich jedoch nicht um bauliche Maßnahmen handeln soll. Die Festlegung der „Mindeststandards Barrierefreiheit“ wird durch die Vertragspartner der Bundesmanteltarifvertrags-Ärzt*innen vorgenommen und ihnen soll die KBV-Richtlinie zur Barrierefreiheit zu Grunde gelegt werden.

Die Finanzierung der Maßnahmen soll aus Mitteln des Strukturfonds erfolgen (BMG 2024: 16). Damit diese Mittel zur Verfügung stehen, setzt sich, so sieht es ebenfalls der Aktionsplan vor, das BMG dafür ein, „dass die von den KVen zu finanzierenden Maßnahmen aus dem gebildeten Strukturfond nach § 105 Absatz 1a SGB V explizit um Maßnahmen zur Förderung der Herstellung der Barrierefreiheit ergänzt werden“ (BMG 2024: 16). Ein Anteil der Strukturfondmittel soll dafür zweckgebunden werden.

5.3 Angaben zur Barrierefreiheit zuverlässiger gestalten

Werden die Teilerhebungen zueinander ins Verhältnis gesetzt, wird eine Diskrepanz zwischen den Bedarfen der Leistungsberechtigten an Informationen und den Praktiken der Gynäkolog*innen bezüglich der Einschätzung der Barrieren in ihren Praxen deutlich. Einerseits schätzen Gynäkolog*innen Aspekte der Barrierefreiheit, wie die Zugänglichkeit und Praxisausstattung, weniger häufig als wichtig für Patient*innen ein, als diese es selbst tun. Am seltensten geben Gynäkolog*innen Behindertenparkplätze, eine gute ÖPNV-Anbindung, bauliche Barrierefreiheit sowie Wohnortnähe als wichtige Faktoren an. Dies deutet darauf hin, dass Gynäkolog*innen oftmals dem persönlichen Kontakt und der medizinischen Versorgung einen höheren Stellenwert einräumen und andere Aspekte der Barrierefreiheit möglicherweise als nachrangig einstufen.

Außerdem zeigen sich Schwierigkeiten seitens der Gynäkolog*innen und ihres Praxispersonals, die Barrierefreiheit einzuschätzen und dies stützt die Kritik von Hornberg et al. bezüglich mangelnder Qualitätssicherung von Informatio-

nen für Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen (Hornberg et al. 2019: 40). In der vorliegenden Studie berichten Leistungsberechtigte, dass ihnen Informationen zur Barrierefreiheit nicht zuverlässig gegeben werden konnten und diese auch nicht über die KVen oder die Webseite der Praxen zu erschließen sind. Passend dazu beschreiben Degener und Decker (2019: 45), dass Frauen* mit Behinderungen bundesweit Schwierigkeiten haben, geeignete medizinische Praxen und Einrichtungen zu finden.

Andererseits spielt in manchen Fällen sicherlich auch die Interessenlage der Praxisinhaber*innen eine Rolle, denn die Erhebung zeigt, dass einige Gynäkolog*innen aufgrund befürchteter finanzieller Einbußen vermeiden, Angaben zur Barrierefreiheit zu veröffentlichen (siehe Unterkapitel 3.2). Damit bestätigen die Ergebnisse eine bereits bekannte strukturelle Barriere in der gynäkologischen Versorgung (Hornberg et al. 2019: 36): Das ohnehin geringe Angebot geeigneter Praxen für Frauen* mit Behinderungen ist schwer zu identifizieren, wodurch der Zugang zu gynäkologischer Versorgung erschwert ist.

Im Mai 2019 wurde das Terminservice- und Versorgungsgesetz der § 75 Abs. 1a ins SGB V eingeführt. Damit werden die KVen verpflichtet, „die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über [...] die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit)“ zu informieren. Daraufhin wurden Ende Oktober 2019 die gesetzlich geforderten bundeseinheitlichen Kriterien für die Barrierefreiheit der KVen veröffentlicht. An diesen wird seitens der Fachliteratur bemängelt, dass darin keine Verpflichtung der Vertragsärzt*innen rechtlich verankert ist. Bleibt die Bereitschaft der Ärzt*innen aus, haben die KVen keine Option die Ärzt*innen über Bonus- oder Strafzahlungen zur Übermittlung der notwendigen Daten zu bewegen.

Um für Patient*innen barrierefreie Praxen leichter auffindbar zu machen, hat die KBV im Jahr 2022 eine Richtlinie erlassen, die die Barrierefreiheit aller vertragsärztlichen Praxen bundesweit einheitlich erfassen und auf den Internetseiten der KVen der Länder zugänglich machen will (KBV 2022: 4 ff.). Dadurch können gynäkologische Praxen nach Kriterien²¹ der Barrierefreiheit gesucht werden, so auch in Bremen (KBV o. J.). Diese Suchfunktion liefert jedoch aktuell nur geringe Informationen über die Versorgungslage in Bremen (s. Unterkapitel 1.5), da nur sechs niedergelassene Praxen überhaupt Angaben zu ihrer Barrierefreiheit machen.

²¹ Parallel zur Verfassung dieser Studie hatte die Bundesebene der KV jüngst den Katalog der Indikatoren zur Einschätzung der Barrierefreiheit verfeinert. Eine Umsetzung auf Landesebene muss noch erfolgen.

Um die Hindernisse abzubauen, wurden bereits Handlungsempfehlungen in der Fachliteratur formuliert. Diese beinhalten die Verbesserung der Transparenz über die Barrierefreiheit in gynäkologischen Praxen (vgl. Bündnis inklusives Gesundheitswesen 2023, Hornberg et al. 2019). Nicht zuletzt wird dort von Interessenverbänden von Menschen mit Behinderungen gefordert, dass Gynäkolog*innen dazu verpflichtet werden sollten, Daten bezüglich der Barrierefreiheit zu erheben, zu aktualisieren und zu veröffentlichen (Bündnis inklusives Gesundheitswesen 2023: 8).

Um die Transparenz der Informationen zur Barrierefreiheit von gynäkologischen Praxen zu erhöhen, sollte laut Hornberg et al. (2019: 67) eine systematische Überprüfung anhand einer standardisierten Checkliste und/oder Begehungen der Praxen stattfinden. Diese Forderung passt zu dem Wunsch der Studienteilnehmenden nach standardisierten Kriterien zur Bewertung von gynäkologischen Praxen. Zudem wird vom Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. (2021) eine Erweiterung des Suchdienstes der KVen gefordert, um zusätzliche Merkmale der Barrierefreiheit, beispielsweise für Menschen mit Lernschwierigkeiten, einzubeziehen. Dieser Wunsch wird im Rahmen der vorliegenden Studie nicht geäußert. Da ein Suchdienst nur auf standardisierten Kriterien fußen kann, entspricht diese Forderung aber durchaus den Wünschen der Befragten. Auch laut dem Bündnis inklusives Gesundheitswesen (2023: 8) ist es wichtig, eine verlässliche Datenbank zu erstellen, in der alle barrierefreien Einrichtungen erfasst werden. Zusammenfassend unterstreichen diese Übereinstimmungen zwischen der aktuellen Literatur und den Ergebnissen der vorliegenden Studie die Relevanz und Dringlichkeit, die Transparenz und Verfügbarkeit von Informationen zur Barrierefreiheit zu verbessern. Die Implementierung solcher Maßnahmen würde einen wichtigen Schritt zur Verbesserung der Zugänglichkeit und Inklusion im Gesundheitswesen darstellen.

Gleichzeitig sollte eine Qualitätssicherung erfolgen, um die Validität der Informationen zu sichern und alle barrierefreien Einrichtungen zu verzeichnen (Bündnis inklusives Gesundheitswesen 2023: 8). Bei Praxisneugründungen sollte eine Überprüfung der Barrierefreiheit durchgeführt werden, beispielsweise durch eine Monitoringstelle der KBV, wie Hornberg et al. (2019: 66) empfehlen. Praxen, die dieser Verpflichtung nicht nachkommen, könnten eine Ausgleichszahlung leisten müssen. Diese Ausgleichszahlungen könnten dann genutzt werden, um Praxen finanziell zu unterstützen, deren Inhaber*innen bereit sind, notwendige Umbauten vorzunehmen. Anstelle solcher Sanktionierungen wird in der Literatur die Schaffung eines Anreizsystems durch Bonuszahlungen bevorzugt (s. Hornberg et al. 2019: 66).

Zudem könnten Beratungsangebote hilfreich sein, die eine Begehung des Rohbaus oder eine Überprüfung vorhandener barrierefreier Merkmale anbieten (Hornberg et al. 2019: 66). Aktuell besteht ein entsprechendes Angebot für eine Begehung und Beratung zur Erweiterung der Barrierefreiheit für Beratungseinrichtungen zu Gewalt im Land Bremen durch ein spezialisiertes Architekt*innenbüro. Dieses Projekt wird durch Mittel aus dem Landesaktionsplan zur Umsetzung der Istanbul-Konvention finanziert und ist zeitlich befristet.

Auch das fachlich geschulte Team im Rahmen des Projektes der Freien Hansestadt Bremen „Stadtführer barrierefreies Bremen – Informationen für Alle“ (o. J.) überprüft, vermisst und fotografiert die barrierefreie Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von Einrichtungen. Die gesammelten Daten dürfen ausschließlich im Projektzusammenhang in allgemein zugänglicher Form wie in Broschüren und im Internet veröffentlicht werden. Da das gleichnamige Portal im Land Bremen einen hohen Bekanntheitsgrad besitzt, werden hier Informationen gezielt von Nutzer*innen abgerufen. Allerdings zeigen die bisherigen Daten, hier findet sich zum Zeitpunkt der Verfassung der Studie nur Angaben zu einer gynäkologischen Praxis, dass Gynäkolog*innen das Projekt noch nicht für sich nutzen.

Darüber hinaus sollten Ärzt*innenauskunftsdienste unter Frauen* mit Behinderungen bekannter gemacht werden, zum Beispiel durch Ärzt*innen, Interessenvertretungen aber auch geschulte Multiplikator*innen (Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. 2021). Dies könnte entsprechend auch Bestandteil der sexualpädagogischen Arbeit in den Einrichtungen sein (s. Unterkapitel 5.10).

Nicht zuletzt hat jüngst das BMG (2024: 16) mit dem „Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen“ das Problem der fehlenden Transparenz über die bestehende Barrierefreiheit der Praxen aufgegriffen. Als eine der Maßnahmen will dieser die Vertragsärzteschaft verpflichten, Angaben zur Barrierefreiheit der Praxen gemäß der Richtlinie nach § 75 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3a SGB V in den Daten des Arztregisters zu melden. Nach Zusammenführung dieser Angaben im Bundesärzteregeister sind diese barrierefrei und bundesweit einheitlich auf den Webseiten der KBV zu veröffentlichen. Es handelt sich hierbei um eine langfristig angelegte gesetzliche Änderung, die durch das BMG und den Gesetzgeber umgesetzt werden soll und die KVen der Länder und einzelnen Praxen der Vertragsärzt*innen betrifft. Zudem soll die KBV jährlich beauftragt werden, den Status quo der Barrierefreiheit in Vertragsärzt*innenpraxen regional zu evaluieren. Dieser Bericht sei dann dem BMG vorzulegen und auf den Seiten der KVen zu veröffentlichen (BMG 2024: Punkt 16 f.).

5.4 Attraktivität für Gynäkolog*innen erhöhen, Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen zu behandeln

Die in der Teilerhebung befragten Gynäkolog*innen äußerten am häufigsten, es fehle an einer angemessenen Vergütung, die den zeitlichen Mehraufwand berücksichtigt. Termine benötigen oft das Drei- bis Vierfache an Zeit (Debus 2023: 440, vgl. auch Hornberg et al. 2019: 36, sowie in internationaler Literatur: Sonalkar et al. 2019: 138 ff, Mitra et al. 2017: 447 ff., König-Bachmann et al. 2019: 3 ff., Walsh-Gallagher et al. 2013: 297 ff.), was insbesondere in Zusammenhang mit nicht ausreichender Vergütung eine strukturelle Barriere darstellt (Debus 2023: 440, Hornberg et al. 2019: 36). Dass die aktuelle Vergütung durch die Krankenkassen nicht den zeitaufwändigeren Untersuchungen entspricht, bzw. die Gynäkolog*innen nicht auskömmlich finanziert werden, bestätigt auch das Robert Koch-Institut (2020: 335).

Eine auskömmliche Finanzierung könnte eine nachhaltige und gleichwertige Versorgung für Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen fördern, da Gynäkolog*innen damit ihre Leistungen rentabel anbieten können. Um der unzureichenden Vergütung des zeitlichen Mehrbedarfs zu begegnen, sollte eine gesonderte EBM-Ziffer zur Abrechnung eingeführt werden (Hornberg et al. 2019: 74, Pösl et al. 2018: 13). Dem folgen auch die Interessenvertretungen von Menschen mit Behinderungen (vgl. Bündnis inklusives Gesundheitswesen 2023). Denkbar sei zudem eine größere Differenzierung oder Ergänzung der im EBM verzeichneten Leistungen mit optionalen spezifischen Komplexziffern für behinderungsbezogene Leistungen (Hornberg et al. 2019: 74).

Im bereits oben erwähnten „Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen“ (BMG 2024: 17) ist eine entsprechende Forderung aufgenommen worden: Das BMG will sich zeitnah für eine gesetzliche Regelung einsetzen, mit der die Bewertungsausschüsse verpflichtet werden, den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zu überprüfen und ggf. anzupassen, um den besonderen Erfordernissen von Menschen mit Behinderungen Rechnung zu tragen. Diese Anpassungen des EBM sollen punktsummen- und finanzneutral umgesetzt werden. Dies erfordert eine gesetzliche Änderung von § 87 SGB V. Vorübergehend wäre auch möglich, analog zu einer Behandlungspauschale für Spezialangebote (s. Punkt 5.5.) für einige ausgewählte Praxen, die einen hohen Grad an Barrierefreiheit gewähren können und über das Land verteilt liegen, seitens der KVen Behandlungspauschalen zu implementieren, um die Bereitschaft von Gynäkolog*innen zu erhöhen, entsprechende aufwändigere Versorgung durchzuführen.

Um dieses Vorhaben zu forcieren, könnte das Land Bremen einen inhaltlich ähnlichen, unterstützenden Antrag für die nächste Gleichstellungs- und Frauenminister Konferenz (GFMK) im Frühjahr 2025 einbringen, um zu befördern, dass zukünftig die Abrechnungstatbestände auch den entsprechenden Mehrbedarf abbilden können.

Es ist auf der Grundlage der in dieser Erhebung eingefangenen Positionen von Gynäkolog*innen davon auszugehen, dass erst der Schritt erfolgen muss, eine auskömmliche Finanzierung zu gewährleisten, damit Gynäkolog*innen für entsprechende Leistungen gewonnen werden können. Probleme, wie die Meldung der tatsächlichen Barrierefreiheit, eine Ausweitung wohnraumnaher Versorgungsangebote und eine angemessene Ansprache und Versorgung könnten sich im Anschluss lösen lassen.

5.5 Das Angebot der barrierefreien gynäkologischen Sprechstunde sichern

Übereinstimmend ergibt sich aus allen drei Teilerhebungen (s. Unterkapitel 2.9, 3.7, 4.5), dass die BGS als Spezialangebot aktuell noch erhalten bleiben sollte. Die Erhebung veranschaulicht, dass gerade Frauen* die den Transfer auf den Untersuchungsstuhl nur mit Hilfe eines Personenlifters realisieren können, einzig hier gut versorgt werden können. Gleichwohl verweisen die jeweiligen Diskussionen der Ergebnisse darauf, dass es einer Neuorganisation bedarf, um sowohl den Bedarfen der Frauen* mit Behinderungen als auch der sich dort engagierenden Gynäkolog*innen zu entsprechen und den langfristigen Bestand zu gewährleisten.

Die Ergebnisse der Studie bezeugen damit dasselbe, was die Literatur für die Bundesländer allgemein feststellt: Spezialangebote sind derzeit noch notwendig, da die niedergelassenen Ärzt*innen kein ausreichendes und angemessenes barrierefreies Angebot unterbreiten können (u. a. UN-BRK und Berichte aus anderen Bundesländern).

Die Studie zeigt auf Veränderungsbedarfe in der Infrastruktur beziehungsweise der Anbindung des Spezialangebots. Durch die jetzige Nutzung eines Raumes, der nur mittwochs alle drei Wochen zur Verfügung gestellt wird und der an keine Einrichtung angebunden ist, entstehen Hürden, wie zum Beispiel langfristige und nicht serviceorientierte Terminbuchung, keine festen Ansprechpartner*innen und keine freie Ärzt*innenwahl. Für eine Weiterentwicklung ist daher eine Anbindung bspw. an das Medizinische Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistigen und/oder

schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) am Klinikum Bremen-Mitte anzudenken. Da für dieses aktuell ein Umzug ansteht, könnte diese Idee in die Gesamtkonzeption einfließen. Das MZEB bietet sich an, da u. a. die Zuwege und die Einrichtung barrierefrei sein werden, es wird qualifiziertes Personal dort arbeiten, das bei Terminbuchungen und mit Informationen aller Art adressatengerecht unterstützen kann. Terminbuchungen könnten über das MZEB erfolgen und auch kurzfristige Absagen könnten besser in die Praxisabläufe integriert werden. Die Sicherstellung eines barrierefreien gynäkologischen Angebots am Klinikum Bremen-Mitte könnte in den Landesaktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK aufgenommen werden. Vergleichbare Maßnahmen in den Landesaktionsplänen anderer Bundesländern führen zu positiven Erfahrungen.

Für Nutzer*innen aus Bremerhaven besteht eine Anfahrt von mehr als 60 km zum Klinikum Bremen-Mitte, was nach Aussagen sowohl der Fachkräfte der Eingliederungshilfe als auch potentieller Nutzer*innen eine Barriere darstellt. In der Studie werden daher Wünsche nach einem entsprechenden Angebot für Bremerhaven geäußert.

Zugleich sollte eine Lösung für die kostendeckende Finanzierung der Versorgungsleistungen und die langfristige Begleitung der Patient*innen gefunden werden. Anstellungen bspw. einer oder zwei qualifizierter Ärzt*innen im Rahmen von Minijobs sollten als Möglichkeit geprüft werden. Bei Verbesserungen bzw. neuen Angeboten sollte darauf geachtet werden, den Patient*innenkreis zwar klar einzugrenzen, das Angebot gleichzeitig jedoch möglichst flexibel und für viele Menschen offen zu gestalten.

Es bedürfte hierfür mehr finanzieller Unterstützung. Für das vergleichbare Spezialangebot in München, das jüngst eine Auszeichnung erhielt (Bundesteilhabepreis 2023), hat die dortige KV Bayern eine „Versorgungspauschale“ für die aufwändigere Behandlung beschieden, durch die dort kostendeckend gearbeitet werden kann. Dies geschieht auf der Grundlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 456. Sitzung, nach der die Möglichkeit besteht, Zuschläge auf den Orientierungswert nach § 87 Abs. 2e SGB V für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern zu bezahlen. Diese Leistungen werden jährlich zwischen den dortigen Vertragspartnern (ARGE + KVB) im Rahmen der Honorarverhandlungen bewertet und bei Bedarf angepasst (reduziert, ausgeweitet, gestrichen). Die KV Bayern verhandelt jedes Jahr mit den Krankenkassen über den Behandlungszuschlag und setzt diesen bisher in Höhe von ca. 100 Euro pro Behandlungsfenster von 60 Minuten pro Patientin fest (Landeshauptstadt München Gesundheitsreferat 2024). Voraussetzung für die Abrechnung des Zuschlags ist das Vorliegen der Genehmigung der KVB zur Behandlung mobilitätseingeschränkter Frauen im Spezialangebot. Als Begründung dient, dass ein barriere-

freier Zugang zur ambulanten gynäkologischen Versorgung nicht regelhaft vorhanden ist, deshalb sehen sie Frauen und Mädchen mit schwerer körperlicher Behinderung oftmals mit unzureichenden Vorsorge- und Behandlungsmöglichkeiten konfrontiert. Mit der Förderung soll diesem Versorgungsmangel entgegengewirkt werden. Insbesondere soll die kontinuierliche Betreuung durch den behandelnden Frauenarzt gewährleistet, die Patientencompliance erhöht und stationäre Aufenthalte vermieden werden. Ähnliches wäre auch für Bremen zu prüfen.

Für die Prüfung dieses Ansatzes wäre ein Austausch mit dem Ziel einzuberufen, das Spezialangebot im KBM im Hinblick auf Infrastruktur sowie Umfang deutlich zu verbessern. Hierfür wäre es sinnvoll, Vertreter*innen des MZEBs, SGFV, LBB, ZGF, Interessenvertretungen behinderter Menschen, SPI, SK, Leistungsanbieter der Eingliederungshilfe, KBM, KV HB sowie die Koordinatorin der Sprechstunde und die Sprecherin des Landesverbands der Frauenärzte und Frauenärztinnen einzuladen.

Sobald diese Punkte – und damit der Bestand des Angebots – geklärt sind, sollte das Angebot zudem beworben werden, z. B. auf den Seiten der KV HB, im Stadtführer barrierefreies Bremen sowie in den Einrichtungen Besonderer Wohnformen. Wie die Erhebung ergeben hat, ist nämlich das Spezialangebot vor allem bei den Leistungsberechtigten wenig bekannt.

5.6 Medizinisches Personal fortbilden

Niedergelassene Gynäkolog*innen berichten, dass sie ihre Kompetenzen für die Versorgung von Frauen* mit Behinderungen hauptsächlich im Arbeitsalltag erlangen und einige Interviewpartner*innen und Teilnehmende an der Online-Befragung bemängeln fehlende Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Dies berichten Ärzt*innen bundesweit (Hornberg et al. 2019: 27).

Daraus lässt sich schließen, dass es eher eines persönlichen Engagements bedarf, sich einzuarbeiten, als das die Versorgung von Frauen* mit Behinderungen als selbstverständliches Element im Arbeitsalltag platziert ist. Fort- und Weiterbildungen sowie fachlicher Austausch könnten vor diesem Hintergrund unterstützend wirken und ggf. dazu beitragen, dass quantitativ mehr Gynäkolog*innen diesen Schritt gehen und auch eine qualitativ hochwertige Versorgung sichergestellt werden kann.

U. a. Pösl et al. (2018: 13) fordern Fort- und Weiterbildungen konkret zu Themen wie Sexualität, Kinderwunsch und Elternassistenz. Dem schließen sich die Forderungen des Robert Koch-Instituts (2020: 340) nach mehr Akzeptanz

von selbstbestimmter Sexualität und Reproduktion von Menschen mit Mobilitätsbehinderungen seitens der Gynäkolog*innen an. In den Interviews dieser Studie äußerten sich Teilnehmende ähnlich. Diese Übereinstimmungen betonen die Notwendigkeit, die Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für Gynäkolog*innen zu intensivieren, um Vorurteile und mangelndes Verständnis abzubauen und ärztliches Personal von möglichen Unsicherheiten zu entlasten.

Fortbildungen mit qualifizierten Fachärzt*innen und mit Fortbildungspunkten für die Teilnehmenden über die Ärztekammer könnten hier ggf. die Bereitschaft für entsprechende Qualifizierungen erhöhen. Solche Angebote wurden in Bremen bereits vor 10 bis 15 Jahren angeboten. Sie setzten sich jedoch nicht durch, da die Finanzierung des Mehraufwands bei entsprechenden Behandlungen nicht gewährleistet war und Gynäkolog*innen aufgrund der finanziellen Hürden kaum Interesse zeigten. Es ist daher vermutlich erst eine auskömmliche Finanzierung zu implementieren, bevor entsprechende Fortbildungen auf rege Nachfrage treffen können.

Außerdem könnten Informationsmaterialien zu spezifischen Fragen in der Versorgung von Frauen* mit Behinderungen besonders jenen Gynäkolog*innen helfen, die seltener mit dieser Patient*innengruppe arbeiten. Erste Informationsmöglichkeiten bieten beispielsweise die von pro familia e.V. veröffentlichten „Qualitätsstandards für die ambulante gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderung“ (pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung 2009) und der Leitfaden „Respektvoller Umgang mit Patientinnen in Praxis und Klinik in der Gynäkologie und Geburtshilfe“ der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (Abou-Dakn et al. 2023: 3). Es ist wünschenswert, diese Informationsangebote unter Gynäkolog*innen bekannter zu machen, was die vorliegende Studie bestätigt.

Vor dem Hintergrund der erhobenen Bedarfe könnte auch die Weiterentwicklung von Leitlinien anzudenken sein. Bisher existieren Leitlinien nur im Kontext von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei Frauen mit Querschnittslähmung (vgl. Kurze 2024). Ob und welche weiteren Leitlinien für die gynäkologische Versorgung von Frauen* mit Behinderungen notwendig sind, wäre seitens der Fachgesellschaften zu prüfen.

Das Bündnis inklusives Gesundheitswesen fordert die inhaltliche Anpassung der Curricula und medizinischen Studiengänge an die Bedarfe von Menschen mit Behinderungen. Zudem schlägt es vor, dass die Approbationsordnung ein menschenrechtliches Verständnis von Behinderung beinhalten sollte (Bündnis inklusives Gesundheitswesen 2023: 11 f.). Im Entwurf der neuen ärztlichen Approbationsordnung von Dezember 2023 wird Behinderung separat von (d.h. nicht als) Erkrankung/Krankheit adressiert,

was dem menschenrechtlichen Ansatz entspricht. Darin steht, dass die ärztliche Ausbildung den besonderen Belangen von Menschen mit Behinderungen gerecht werden soll. „Kommunikation mit Menschen mit Behinderungen“ ist als übergeordnete Kompetenz ärztlicher Gesprächsführung zu prüfen. Zu den „anderen geeigneten Einrichtungen“, die neben Unikliniken in die Ausbildung einbezogen werden sollen, um den Studierenden bereits während der Ausbildung vertiefte Einblicke in das öffentliche Gesundheitswesen zu ermöglichen, gehören u.a. Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 119a SGB V und Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen nach § 119c SGB V. Begründet wird der Ansatz u.a. mit dem Zweiten Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes, das am 14. Dezember 2022 in Kraft getreten ist und Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts aus der Entscheidung vom 16. Dezember 2021 – 1 BvR 1541/20 – (Triage) in Rechnung trägt, das in der Begründung die Aussage enthält, dass die Approbationsordnung für Ärzt*innen zeitnah um Inhalte zu behinderungsspezifischen Besonderheiten ergänzt werden soll. Bei der Organisation und der Durchführung des Studiums haben Universitäten zudem die Belange von Studierenden mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen angemessen zu berücksichtigen.

Bund und Länder haben seit Dezember 2023 an dem Entwurf weiterverhandelt, zum Zeitpunkt der Verfassung dieser Studie liegt dieser jedoch noch nicht vor. Um den in dieser Studie genannten Handlungsbedarfen zu entsprechen ist die Einbindung dieser Vorhaben in die Ausbildung der künftigen Ärzt*innen ein wichtiger Schritt dazu, frühzeitig ein Bewusstsein für entsprechende Unterschiede in der Versorgung zu schaffen. Dies ist entscheidend für die Entwicklung von Kompetenzen, die in der späteren Versorgungspraxis benötigt werden, um personalisiert diagnostizieren und behandeln zu können. Dies sollte daher in der Reform der neuen Ärztlichen Approbationsordnung (AO), die zum 1. Oktober 2027 in Kraft treten soll, reflektiert werden.

Außerdem ergänzt der Forschungsstand die Handlungsempfehlung, dass Daten für die Forschung zu generieren seien und zu diesem Zweck Universitätskliniken ihr Angebot explizit für Menschen mit Behinderungen öffnen sollten. Dies würde sowohl Gynäkolog*innen als auch Patient*innen zugutekommen (Hornberg et al. 2019: 75). Zusätzlich sollte eine Evaluation der MZEBs gewährleistet werden (Bündnis inklusives Gesundheitswesen 2023: 13).

5.7 Fachkräfte sensibilisieren

Neben der Erweiterung des fachlichen Wissens kommt dem Wunsch nach einer Sensibilisierung für die Bedarfe und Perspektiven von Frauen* mit Behinderungen in der Erhebung große Bedeutung zu. Wie oben beschrieben, erleben manche Interviewte der vorliegenden Studie die Untersuchungssituation als demütigend oder verspüren dabei ein Schamgefühl. Auch andere Forschungsergebnisse zeigen, dass Frauen* mit Behinderungen oft von abwertendem und respektlosem Umgang bei der gynäkologischen Versorgung berichten (z. B. Debus 2023: 440). So raten etwa Gynäkolog*innen Frauen* mit Behinderungen teilweise ohne medizinische Begründungen von einer Schwangerschaft ab (Pösl et al.: 2018). Dies wird durch die vorliegende Studie bestätigt.

Daher verweisen die Erkenntnisse vor allem der ersten Teilerhebung auf die Notwendigkeit von Fortbildungs- und Sensibilisierungsangeboten, um eine inklusive und respektvolle medizinische Betreuung zu gewährleisten. Auch die Fachliteratur wünscht eine verstärkte Sensibilisierung und Schulung von medizinischen Fachkräften, damit diese die spezifischen Bedürfnisse von Frauen* mit Behinderungen besser verstehen und adressieren können (Pösl et al. 2018: 13, Robert Koch-Institut 2020: 335) und einen empathischen und geduldigen (Debus 2023: 441) sowie respektvollen Umgang mit den Patient*innen pflegen können (Hornberg et al. 2019: 7 ff., Pösl et al. 2018: 11).

Die Forschung von Pösl et al. (2018: 7) zeigt außerdem auf, dass Frauen* mit Behinderungen Entmündigung und Bevormundung erleben, wenn Gynäkolog*innen nicht mit ihnen, sondern mit ihren Assistenzpersonen sprechen. Auch in dieser Erhebung berichtet lediglich etwa ein Viertel (24,29 %) aller teilnehmenden Leitungsberechtigten von einer guten Beziehung zu den behandelnden Gynäkolog*innen. Aus den Interviews sowohl der Leistungsberechtigten sowie der Leistungsanbieter der Eingliederungshilfe geht hervor, dass multi-professionelle Fortbildungen gewünscht werden, die den Praxiskräften die Bedeutung und die Kompetenz vermitteln, Patient*innen mit Mobilitätsbehinderungen das Gefühl zu vermitteln, willkommen zu sein, richtig angesprochen zu werden und somit als Person Wertschätzung und Anerkennung zu erfahren (s. auch Gleichstellungsbeauftragte Thüringen 2024: 71). Auch eine Handlungsempfehlungen der KBV (2015: 11) legt nahe, dass mit den Patient*innen, statt mit Assistenzpersonen, Augenkontakt gehalten werden soll und dass sich das Praxispersonal namentlich vorstellen sollte.

Des Weiteren berichten Leistungsberechtigte sowie Fachkräfte der Besonderen Wohnformen in dieser Studie, dass die Kommunikation über die bestehenden Barrieren von Praxen nicht unbedingt zielführend verlaufe, weil die Vorstellungen von dem, was Barrierefreiheit bedeutet, variieren. Degener und Decker (2019: 46) legen nahe, dass das Praxispersonal von medizinischen Einrichtungen Schulungen zur Einordnung und Kommunikation von Barrierefreiheit erhalten sollte, damit Patient*innen zuverlässige Informationen erlangen können. In den Interviews wurde zudem sowohl seitens der Gynäkolog*innen als auch der Leistungsberechtigten angeregt, dass eine proaktive Absprache der (eingeschränkten) Barrierefreiheit im Abgleich zu den Bedarfen der Patient*innen erfolgen sollte. Auch später vor Ort sei dann wichtig, dass das Praxispersonal Kommunikationsbarrieren berücksichtigt, sich namentlich vorstellt und klare Raum- oder Wegbeschreibungen gibt (KBV 2015: 9).

Für Menschen mit Behinderungen können verständliche Sprache, eine ruhige Atmosphäre und ausreichend Zeit für den Untersuchungstermin essentiell sein (Hornberg et al. 2019: 40). Außerdem profitieren Frauen* mit Lernschwierigkeiten von visuellen Hilfen und befürworteten Hausbesuche, da Praxisbesuche oft mit negativen Erfahrungen verbunden sind (ebd.). Neben der Vermittlung solcher Lerninhalte fordern Interessenverbände außerdem Schulungen zu Leichter Sprache und Gebärdensprache für medizinisches Personal (Bündnis inklusives Gesundheitswesen 2023: 11 f.). Den Wünschen, die in der Erhebung formuliert werden, und die dem Forschungsstand entsprechen, könnten multi-professionelle Fortbildungen mit den diversen oben aufgeführten Schwerpunkten dazu beitragen, Fachkräfte zu sensibilisieren.

5.8 Mikroprozesse verbessern

In Bezug auf die Verbesserung der gynäkologischen Versorgung können selbst kleine Veränderungen im Praxisablauf wirkungsvoll sein. So ist es hilfreich, wenn die Praxis telefonisch gut erreichbar ist (Bündnis inklusives Gesundheitswesen 2023: 10). Die Webseiten und mobilen Anwendungen öffentlicher Stellen sollten den Anforderungen der Barrierefreien Informationstechnik-Verordnung (BITV 2.0) entsprechen und angemessene Gesundheitsinformationen ermöglichen (BITV 2.0 § 2). Praktische Maßnahmen wie die Online-Terminbuchung, der postalische Versand von Rezepten und die Möglichkeit, Rechnungen beim nächsten Besuch zu bezahlen, können einen erheblichen positiven Einfluss auf den Alltag von Menschen mit Mobilitätsbehinderungen haben, wie den in dieser Erhebung geäußerten Wünschen der Leistungsberechtigten zu entnehmen ist. Um Behandlungszeiten und Unterstützungsbedarfe abschätzen zu können, sollten bereits bei der

Terminvereinbarung möglichst viele Informationen zur Art der Behinderungen und dem Hilfebedarf eingeholt werden, so weist die Forschungsliteratur aus (Hornberg et al. 2019: 71).

Außerdem zeigen individuelle Strategien der Patient*innen und der Praxiskräfte, dass strukturelle Barrieren durch die Veränderung von Mikroprozessen reduziert werden können. Hierzu zählen die Vereinbarung von Terminen am Ende der Sprechstundenzeiten für mehr Zeit zum Umziehen und für eine entspannte Untersuchungssituation. So könnten Praxen vorrangige Terminoptionen für Menschen mit Behinderungen bereithalten (Bündnis inklusives Gesundheitswesen 2023: 6). Auch kann die Termindauer verkürzt werden, indem mehrere Umkleide- und Behandlungsräume bereitgestellt werden (Hornberg et al. 2019: 71).

Welche best-practice-Erfahrungen es im Hinblick auf die Verbesserung der Versorgung durch die Modifikation von Mikroprozessen gibt, könnten neu zu schaffende multi-professionelle Netzwerke zusammentragen (s. Kapitel 5.11).

5.9 Alternative Versorgungskonzepte andenken

Ein weiterer Wunsch von Befragten rekurriert auf die Einführung flexibler und alternativer Versorgungskonzepte. In der vorliegenden Studie wird beispielsweise der Wunsch nach einer örtlich ausgelagerten Sprechstunde der eigenen behandelnden Gynäkologin in eine barrierefreie Praxis formuliert. Für den ländlichen Bereich empfehlen Hornberg et al. (2019: 47) die Entwicklung einer mobilen gynäkologischen Versorgung als alternativem Versorgungskonzept.

Auch Hausbesuche könnten, um die gynäkologische Versorgung für Personen mit schweren Einschränkungen zu verbessern, in jenen Fällen angeboten werden, in denen ein Besuch in der Praxis eine zu große Herausforderung für die Leistungsberechtigten darstellt. Der Wunsch nach Hausbesuchen als Alternative zur Versorgung in der gynäkologischen Praxis wird auch in der vorliegenden Studie mehrfach von Leistungsberechtigten angegeben. Hornberg et al. (2019: 40) zeigen, dass insbesondere Frauen* mit Lernschwierigkeiten Hausbesuche präferieren, da Besuche einer Praxis für diesen Personenkreis häufig mit negativen Erfahrungen verbunden seien. Hausbesuche könnten daher eine wichtige und notwendige Alternative sein, um eine barrierefreie und bedarfsgerechte gynäkologische Versorgung für mehr Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen und/oder Lernschwierigkeiten zu gewährleisten.

Generell sollten alternative Konzepte durch partizipative Forschung weiterentwickelt werden (Hornberg et al. 2019: 47). Die Suche nach solchen Konzepten unterstreicht die bestehende Lücke in der Versorgung und den Bedarf nach innovativen Ansätzen.

5.10 Sexualpädagogische Arbeit in den Einrichtungen forcieren

Die Studie macht darauf aufmerksam, dass Frauen* mit Mobilitätsbehinderungen überdurchschnittlich häufig keine gynäkologische Versorgung in Anspruch nehmen. Frauen* machten in den Interviews und den Fragebögen deutlich, dass sie viele schlechte Erfahrungen gemacht hatten, beschämt wurden, Angst empfinden und mitunter auch deshalb keine Untersuchungen in Anspruch nehmen.

Bei einer Diskussion der Ergebnisse dieser Erhebung mit den Frauenbeauftragten der Werkstätten und Einrichtungen der Lebenshilfe durch die Studienverantwortliche wurde überdies evident, dass beispielsweise Informationsveranstaltungen in den Einrichtungen helfen würden, damit dort lebende Frauen* – oft mit Mehrfachdiagnosen – erfahren könnten, was sie in der gynäkologischen Versorgung erwarten, welche Rechte sie haben, weshalb gynäkologische Behandlungen sinnvoll sind, welche Verhütungsmittel ggf. für sie passen könnten und wie sie selbst Grenzen setzen können (s. auch Gleichstellungsbeauftragte Thüringen 2024: 74).

Außerdem sollten solche Informationsveranstaltungen Inhalte sexueller Pädagogik vermitteln, um generell die sexuelle Bildung zu fördern und Gynäkolog*innen so zu entlasten, sämtliche Inhalte bei einem Termin in der Praxis thematisieren zu müssen. Für Bewohner*innen ist die Aufklärung in den Einrichtungen und/oder im Sozialraum eine Möglichkeit, die gynäkologische Untersuchung zukünftig informierter und angstfreier zu gestalten und auch das Sprechen über Scham zu ermöglichen. Das Reduzieren von Ängsten und Schamgefühlen bietet gute Chancen, die Nutzung der gynäkologischen Versorgung zu verbessern. Die Behandlung könnte hierauf aufbauend von allen Seiten informierter und konsensueller gestaltet werden. Zusammen mit dem Netzwerk „Sexualität und Behinderung“ und den Frauenbeauftragten könnten in den Einrichtungen entsprechende Info-Talks in verständlicher Sprache über einen Honorarvertrag mit einer qualifizierten Fachärzt*in entwickelt und veranstaltet werden.

Während der Etablierung des Spezialangebots im Jahr 2011 hatte sich Ingelore Rosenkötter als Schirmherrin bereit- erklärt, in die einzelnen Einrichtungen und Angebote zu

gehen und dort über das Spezialangebot zu berichten. Die Rückmeldungen waren damals sehr positiv. Vielleicht ließe sich etwas Vergleichbares auch nach einer Neuetablierung des hiesigen Spezialangebots am Klinikum Bremen-Mitte durchführen, um bei diesen auch explizit auf das Spezialangebot hinzuweisen.

Eine Erweiterung des Netzwerks „Sexualität und Behinderung“ um Vertreter*innen von SGFV, ZGF und LBB könnte erfolgen und dann an den bestehenden Strukturen ansetzen und Maßnahmen wie die Info-Talks entwickeln und umsetzen.

5.11 Schaffung und Förderung multi-professioneller Netzwerke

Wie die Erhebung ergeben hat, wünschen sich sowohl Gynäkolog*innen als auch Fachkräfte die Förderung von multiprofessionellen Versorgungsnetzwerken, in denen kurze Wege gynäkologische Interventionen und Beratungen erleichtern und einen interprofessionellen fachlichen Austausch eröffnen. In solchen multi-professionellen Netzwerken sind neben Fachkräften und Ärzt*innen weiteres medizinisches Personal wie auch die Interessenvertretungen von Menschen mit Behinderungen und weiteren Initiativen willkommen zu heißen. Perspektiven, Ressourcen und Kompetenzen der vertretenen Gruppen können hier in einen Abgleich gebracht werden.

Als ein wichtiger Schritt sollten diese Studie und die Empfehlungen beispielsweise in der Zentralen-Arbeitsgruppe (ZAG) – erwachsene Menschen mit körperlichen, geistigen und mehrfachen Beeinträchtigungen diskutiert werden, damit der Austausch befördert werden kann.

Bei den multiprofessionellen Netzwerken sind Menschen mit Behinderungen systematisch zu beteiligen (s. allgemein auch LVG 2017: 88). Eine systematische Beteiligung von Menschen mit Behinderungen ist grundsätzlich bei allen folgenden Schritten in Richtung einer gleichberechtigten gesellschaftlichen Teilhabe und einer Versorgung, die in Umfang, Qualität und Standard gleichwertig zu der Versorgung anderer Menschen sein sollte, unerlässlich und ist kontinuierlich zu prüfen.

Literaturangaben

Abou-Dakn, M., Anic, K., Doubek, K. J., Gras, C., Harlfinger, W., Hasenburg, A., Hösemann, C., Klases, C., Kuehnert, M., Luetje, W., Mangler, M., Scharl, A. J., Schlembach, D., Schleussner, E., Schmalfeldt, B., Schumann-Doermer, C., Tormann, D., Wallwiener, S. & Zander, N. (2023). Leitfaden „Respektvoller Umgang mit Patientinnen in Praxis und Klinik in der Gynäkologie und Geburtshilfe“. Verfügbar unter: <https://www.dggg.de/stellungnahmen/leitfaden-respektvoller-umgang-mit-patientinnen-in-praxis-und-klinik-in-der-gynaekologie-und-geburtshilfe-1> [Letzter Zugriff am 27.12.2024].

Architektur- und Ingenieurbüro Opper (2015). Gutachterliche Stellungnahme „Barrierefreie Arztpraxen“ im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/KBV_Gutachten_Opper_Barriereumbau.pdf [Letzter Zugriff am 27.12.2024].

Arztliche (o. J.). Kassenärztliche Vereinigung Bremen (KVHB). Verfügbar unter: <https://patienten.kvhb.de/artsuche-1> [Letzter Zugriff am 06.08.2024].

Bad Nauheimer Erklärung (2024). 65. Treffen der Konferenz der Beauftragten von Bund und Ländern für Menschen mit Behinderungen: Bad Nauheimer Erklärung Inklusive Gesundheit und Pflege. Verfügbar unter: https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/PublikationenErklaerungen/20230516_Erklaerung_Bad_Nauheim.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [Letzter Zugriff am 13.01.2025].

Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung (BITV) vom 12. September 2011 (BGBl. I S. 1843), zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 24. Oktober 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 286) geändert. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/bitv_2_0/BJNR184300011.html [Letzter Zugriff am 10.01.2025].

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (2024). Schwerbehinderung laut SGB IX. Verfügbar unter: <https://www.behindertenbeauftragter.de/DE/AS/rechtliches/schwerbehinderung/schwerbehinderung-node.html> [Letzter Zugriff am 27.12.2024].

Begriffe über Behinderung von A bis Z. (o. J.). <https://leidmedien.de/begriffe-ueber-behinderung-von-a-bis-z/> [Letzter Zugriff am 15.07.2024].

Behindertengleichstellungsgesetz – Gesetz zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (BGG). (2002). Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/bgg/BJNR146800002.html> [Letzter Zugriff am 10.01.2025].

Bremen Barrierefrei (o. J.). Fach- und Hausarztpraxen mit Infos zur Barrierefreiheit. Verfügbar unter: <https://barrierefrei.bremen.de/leben-arbeit/gesundheits/fach-und-hausarztpraxen/> [Letzter Zugriff am 10.01.2025].

Bundesärztekammer (BÄK) (2022). BÄK-Curriculum: Medizin für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung oder mehrfacher Behinderung. Berlin: Bundesärztekammer. Verfügbar unter: https://www.bundes-aerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Fortbildung/BAEK-Curricula/BAEK-Curriculum_Medizin_fuer_Menschen_mit_intellektueller_Beeintraechtigung_oder_mehrfacher_Behinderung.pdf [Letzter Zugriff am 10.01.2025].

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016). Nationaler Aktionsplan 2.0 der Bundesregierung zur UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Verfügbar unter: <https://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/Broschueren/a750-nationaler-aktionsplan-2-0.html> [Letzter Zugriff am 10.01.2025].

Bundesministerium für Gesundheit (2024). Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/aktionsplan-barrierefreies-gesundheitswesen-pm-02-12-24.html> [Letzter Zugriff am 10.01.2025].

Bundesteilhabepreis (2023). Gesundheitsreferat mit Bundesteilhabepreis ausgezeichnet. Rathaus Umschau 104/2024. Verfügbar unter: <https://ru.muenchen.de/2024/104/Gesundheitsreferat-mit-Bundesteilhabepreis-ausgezeichnet-113036> [Letzter Zugriff am 10.01.2025].

Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. (2021). [Deutscher Behindertenrat] DBR begrüßt neue Richtlinie zur Barrierefreiheit von Arztpraxen. Verfügbar unter: <https://www.bsk-ev.org/service/aktuelles/detail/dbr-begruesst-neue-richtlinie-zur-barrierefreiheit-von-arztpraxen> [Letzter Zugriff am 30.09.2024].

Bundesverfassungsgericht (2021). Leitsätze zum Beschluss des Ersten Senats vom 16. Dezember 2021 – 1 BvR 1541/20 – Benachteiligungsrisiken von Menschen mit Behinderung in der Triage. Verfügbar unter: https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2021/12/rs20211216_1bvr154120.html [Letzter Zugriff am 10.01.2025].

Bündnis inklusives Gesundheitswesen (2023). Gesundheit für alle! Aktionsplan für ein diskriminierungsfreies Gesundheitswesen -divers, inklusiv, barrierefrei. Verfügbar unter: http://liga-selbstvertretung.de/wp-content/uploads/2023/12/231215_Gesundheit_f%C3%BCr_alle_Aktionsplan_final.pdf [Letzter Zugriff am 10.01.2025].

Bremische Landesbauverordnung (2024). Verfügbar unter: https://www.transparenz.bremen.de/metainformationen/bremische-landesbauverordnung-vom-29-mai-2024-232736?ast=bremen203_tpgesetz.c.55340.de-&template=20_gp_ifg_meta_detail_d [Letzter Zugriff am 10.01.2025].

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. University of Chicago Legal Forum (1), S. 139–167. Verfügbar unter: <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf> [Letzter Zugriff am 10.01.2025].

Debus, G. (2023). Gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderungen in der Praxis. Die Gynäkologie, 56(6), S. 436–441. <https://doi.org/10.1007/s00129-023-05098-6>

Degener, T. & Decker, M. (2019). Das Recht auf Gesundheit: Gesundheit im Licht der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung. In K. Walther & K. Römisch (Hrsg.), Gesundheit inklusive: Gesundheitsförderung in der Behindertenarbeit (S. 35–50). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21248-3_3

Deutsche Gesellschaft für Psychologie (2022). Berufsethische Richtlinien des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e.V. (zugleich Berufsordnung des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.). Verfügbar unter: <https://www.dgps.de/die-dgps/aufgaben-und-ziele/berufsethische-richtlinien> [Letzter Zugriff am 10.01.2025].

Deutsches Institut für Menschenrechte (DIMR) (2023). Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention. Parallelbericht an den UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen zum 2./3. Staatenprüfverfahren Deutschlands. Verfügbar unter: <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/publikationen/detail/parallelbericht-an-den-un-ausschuss-fuer-die-rechte-von-menschen-mit-behinderungen-zum-23-staatenpruefverfahren-deutschlands> [Letzter Zugriff am 10.01.2025].

Deutsches Institut für Normung e.V. (DIN) (2010). DIN 18040-1 Barrierefreies Bauen – Planungsgrundlagen – Teil 1: Öffentlich zugängliche Gebäude.

Die Förderbank für Bremen und Bremerhaven (BAB) (o. J.). ERP-Bremer Förderkredit KMU (ERP-BFK KMU). Verfügbar unter: <https://www.bab-bremen.de/de/page/programm/bfk> [Letzter Zugriff am 28.09.2024].

Döring, N. (2023). Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. (6. Aufl.). Heidelberg: Springer Berlin.

Dresing, T. & Pehl, T. (2018). Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende, 8. Auflage. Marburg.

Gleichstellungsbeauftragte Thüringen (2024): Frauen und Mädchen mit Behinderungen in Thüringen. Gutachten. Im Auftrag durch die Beauftragte für die Gleichstellung von Frau und Mann des Freistaats Thüringen beim Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie; herausgegeben durch Organisationsberatung Thüringen ORBIT e.V.

Greene, J.C., Caracelli, V.J. & Graham, W.F. (1989). Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. Educational evaluation and policy analysis, 11(3), S. 255–274. <https://doi.org/10.1007/01623737011003255>

Helfferrich, C. (2011). Die Qualität qualitativer Daten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-91858-7>

Helfferrich, C. (2014). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung (S. 559–574). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_44

Helfferrich, C. (2019). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung (S. 669–686). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_44

Helferich, C. (2022).

Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 875–892). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

https://doi.org/10.1007/978-3-658-37985-8_55

Hirschberg, M. (2022).

Modelle von Behinderung in den Disability Studies. In A. Waldschmidt (Hrsg.), *Handbuch Disability Studies* (S. 93–108). Springer Fachmedien Wiesbaden.

https://doi.org/10.1007/978-3-531-18925-3_6

Hornberg, C., Hagemann, A., Peters, M., Gillitzer, S., Lätzsch, R., Wattenberg, I., Duda, A., Liedtke, T. & Niggemann, R. (2019).

Abschlussbericht zum Vorhaben „Evaluation von Spezialambulanzen und gynäkologischen Sprechstundenangeboten zur gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung von Frauen mit Behinderung“. Bielefeld: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe 7 – Umwelt und Gesundheit. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/Abschlussbericht_E-GYN-FMB.pdf

[Letzter Zugriff am 10.01.2025].

Jacobi, P. (2021).

Barrierefreiheit in der gesundheitlichen Praxis. In P. Jacobi (Hrsg.), *Barrierefreie Kommunikation im Gesundheitswesen: Leichte Sprache und andere Methoden für mehr Gesundheitskompetenz* (S. 171–184). Berlin, Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61478-5_8

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV o. J.).

Barrierefreiheit. Verfügbar unter:

<https://www.kbv.de/html/barrierefreiheit.php>

[Letzter Zugriff am 27.12.2024].

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2015).

Barrieren abbauen. Ideen und Vorschläge für Ihre Praxis. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Barrieren_Abbauen_barrierefrei.pdf

[Letzter Zugriff am 27.12.2024].

Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) (2022).

Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach §75 Absatz 7 SGB V zur Information über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit). Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) (2024).

[Überarbeitete] Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach §75 Absatz 7 SGB V zur Information über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit). Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/2024-07-15_KBV_Richtlinie_Sprechstundenzeiten_Barrierefreiheit.pdf

[Letzter Zugriff am 10.01.2025].

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2024).

Praxisnachrichten: Barrieren erkennen und abbauen – Neue Fortbildung der KBV für Praxen. Verfügbar unter:

https://www.kbv.de/html/1150_67828.php

[Letzter Zugriff am 10.01.2025].

Kassenärztliche Vereinigung Bremen (KV HB) (o. J.).

Arztsuche. Verfügbar unter: <https://patienten.kvhb.de/artsuche-1>

[Letzter Zugriff am 27.12.2024].

Kassenärztliche Vereinigung Bremen (KV HB) (o. J.).

Barrierefreie Gynäkologische Praxis. Verfügbar unter: <https://patienten.kvhb.de/artsuche/barrierefreie-gynaekologische-praxis>

[Letzter Zugriff am 30.09.2024].

Kassenärztliche Vereinigung Bremen (KV HB) (2024).

Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Bremen. Verfügbar unter:

https://www.kvhb.de/fileadmin/kvhb/pdf/Arztlisten/gesamt_bremen.pdf

[Letzter Zugriff am 10.01.2025].

Köbsell, S. (2013).

Sex – (K)ein Thema? Über die Schwierigkeiten politisch engagierter behinderter Frauen und Männer, das Begehren zu thematisieren. In Clausen, J. & Herrath, F. (Hrsg.), *Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag (S. 124–134).

<https://doi.org/10.17433/978-3-17-023527-4>

Köbsell, S. (2019).

Kurzvorstellung barrierefreie gynäkologische Ambulanz Bremen. Arbeitspapier für einen Workshop an der Universität Bielefeld, Arbeitsgrundlage s. Hornberg et al. 2019.

Köbsell, S. (2020).

Intersektionalität für Anfänger*innen – erklärt am Beispiel Behinderung und Geschlecht. In C. Nolte (Hrsg.), *Dis/ability History Goes Public – Praktiken und Perspektiven der Wissensvermittlung* (pp. 115–152). Bielefeld: transcript Verlag.

<https://doi.org/doi:10.1515/9783839448045-007>

Köbsell, S. (2023).

Behinderung – was ist das eigentlich? Bundeszentrale für politische Bildung. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/themen/inklusion-teilhabe/behinderungen/521026/behinderung-was-ist-das-eigentlich/>

[Letzter Zugriff am 27.12.2024].

König-Bachmann, M., Zenzmaier, C. & Schildberger, B. (2019).

Health professionals' views on maternity care for women with physical disabilities: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 19(1), 551.

<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4380-y>

Kuckartz, U. (2014).

Designs für die Mixed-Methods-Forschung. In U. Kuckartz (Hrsg.), *Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren* (S. 57–98). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

https://doi.org/10.1007/978-3-531-93267-5_3

Kuckartz, U. (2018b).

Qualitative Inhaltsanalyse: Am Beispiel einer Studie zu Klimabewusstsein und individuellem Verhalten. In L. Akremi, N. Baur, H. Knoblauch & B. Traue (Hrsg.), *Handbuch Interpretativ forschen* (S. 601–613). Weinheim: Beltz.

Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2022).

Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung (5. Aufl.). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Kurze, I. (2024).

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei Frauen mit Querschnittlähmung. 2.0. Online verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/179-002l_S2k_Schwangerschaft-Geburt-Wochenbett-Querschnittlaehmung_2024-08.pdf

[Letzter Zugriff am 27.12.2024].

Landesbauordnung Bremen (BremLBO) (2024).

Landesbauordnung. Verfügbar unter:

<https://bau.bremen.de/bau/planen-bauen/rechtsgrundlagen-3559>

[Letzter Zugriff am 13.01.2025].

Landeshauptstadt München Gesundheitsreferat – Gesundheitsplanung – Strategie und Grundsatz – Fachstellen (GSR-GP-SuG1) (2024).

Gynäkologische Versorgung von Frauen und Mädchen mit Behinderungen Evaluation der gynäkologischen Sprechstunde für mobilitätseingeschränkte Frauen und Mädchen in München – Produkt 33414300 Gesundheitsplanung Beschluss über die Finanzierung für das Jahr 2024 – Sitzungsvorlage Nr. 20-26 /V 10742.

Landeshauptstadt München Gesundheitsreferat.

Gynäkologische Sprechstunde für mobilitätseingeschränkte Frauen und Mädchen – Ergebnisbericht Evaluation.

Verfügbar unter: <https://risi.muenchen.de/risi/dokument/v/8110372>

[Letzter Zugriff am 10.01.2025].

Landesvereinigung für Gesundheit (LVG) (2017).

Durchführung einer Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Menschen mit Behinderung. Durchgeführt durch die LVG und die Akademie für Sozialmedizin (AFS) e.V. sowie gefördert durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Langfeldt, B. & Kelle, U. (2021). Mixed-Methods-Research im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention.

In M. Niederberger & E. Finne (Hrsg.), *Forschungsmethoden in der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 573–597). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

http://dx.doi.org/10.1007/978-3-658-31434-7_21

Maetzel, J., Heimer, A., Braukmann, J.,

Frankenbach, P., Ludwig, L. & Schmutz, S. (2021).

Dritter Teilhaberbericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen – Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Verfügbar unter:

<https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-21-teilhabebericht.html>

[Letzter Zugriff am 10.01.2025].

Mey, G. & Ruppel, P.S. (2018).

Qualitative Forschung. In O. Decker (Hrsg.), *Sozialpsychologie und Sozialtheorie: Band 1: Zugänge* (S. 205–244). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

https://doi.org/10.1007/978-3-531-19564-3_14

Mitra, M., Akobirshoev, I., Moring, N. S., Long-Bellil, L.,

Smeltzer, S. C., Smith, L. D. & Iezzoni, L. I. (2017).

Access to and Satisfaction with Prenatal Care Among Pregnant Women with Physical Disabilities: Findings from a National Survey. *Journal of Women's Health*, 26(12), S. 1356–1363.

<https://doi.org/10.1089/jwh.2016.6297>

Musterbauordnung (MBO) (2002).

Fassung November 2002 – zuletzt geändert durch Beschluss der Bauministerkonferenz vom 23./24.11.2023. Verfügbar unter: <https://www.dibt.de/de/aktuelles/meldungen/nachricht-detail/meldung/geaenderte-musterbauordnung-jetzt-verfuegbar>

[Letzter Zugriff am 10.01.2025].

München wird inklusiv: Koordinierungsbüro zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in München (2021). Neu: Gynäkologische Sprechstunde für Frauen mit Mobilitätseinschränkung. Verfügbar unter: <https://www.muenchen-wird-inklusiv.de/neu-gynaekologische-sprechstunde-fuer-frauen-mit-mobilitaetseinschraenkung/> [Letzter Zugriff am 30.09.2024].

Nguyen, T. V., Edwards, N. & King, J. (2023). Maternal healthcare for women with physical disabilities in Northern Vietnam: perspectives of healthcare providers. *Disability and Health Journal*, 16(2), 101439. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2023.101439>

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung (MSAGG) (2023). Förderung der vertragsärztlichen Versorgung – Maßnahmen zur Umsetzung von Barrierefreiheit in hausärztlichen Bestandspraxen.

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (2008). Fact Sheet No. 31: The Right to Health. Verfügbar unter: <https://www.ohchr.org/en/publications/fact-sheets/fact-sheet-no-31-right-health> [Letzter Zugriff am 10.01.2025].

Ohlbrecht, H. (2021). Qualitative Forschungsmethoden in der Gesundheitsförderung und Prävention. Ein Überblick. In M. Niederberger & E. Finne (Hrsg.), *Forschungsmethoden in der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 381–404). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-31434-7_14

Plano Clark, V., Anderson, N., Wertz, J., Zhou, Y., Schumacher, K. & Miaskowski, C. (2015). Conceptualizing longitudinal mixed methods designs: A methodological review of health sciences research. *Journal of Mixed Methods Research*, 9(4), S. 297–319. <https://doi.org/10.1177/1558689814543563>

Pösl, N., Wattenberg, I. & Hornberg, C. (2018). Behandlungsdefizite, Barrieren, Bedarf. Die gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderungen in Deutschland mit besonderem Fokus auf Nordrhein-Westfalen. Bochum: Kompetenzzentrum Frauen & Gesundheit NRW.

pro familia – Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V., Bundesverband (2008). Qualitätsstandards für die ambulante gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderung und rechtliche Grundlagen für ihre Durchsetzung. Verfügbar unter: https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/Fachgespraech_gyn_versorgung_behinderung.pdf [Letzter Zugriff am 27.12.2024].

Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten (RatSWD) (2017). Forschungsethische Grundsätze und Prüfverfahren in den Sozial- und Wirtschaftswissenschaften. RatSWD Output 9 (5). <https://doi.org/10.17620/02671.1>

Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten (RatSWD) (2020). Handreichung Datenschutz. 2. vollständig überarbeitete Auflage. RatSWD Output 8(6). <https://doi.org/10.17620/02671.50>

Reinders, H. (2012). Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen: Ein Leitfaden. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag. <https://doi.org/10.1524/9783486717600>

Robert Koch-Institut (2020). Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: RKI. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Gesundheitliche_Lage_der_Frauen_2020.html [Letzter Zugriff am 27.12.2024]

Sales, B. & Folkman, S. (2000). Ethics in research with human participants. Washington, DC, US: American Psychological Association.

Schildberger, B., Zenzmaier, C. & König-Bachmann, M. (2017). Experiences of Austrian mothers with mobility or sensory impairments during pregnancy, childbirth and the puerperium: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 201. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1388-3>

Schrötte, M., Hornberg, C., Glammeier, S., Sellach, B., Kavemann, B. & Zinsmeister, J. (2013). Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland. Ergebnisse der quantitativen Befragung – Endbericht. Bielefeld, Frankfurt, Köln, München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Verfügbar unter: https://pub.uni-bielefeld.de/download/2614341/2644857/Lebenssituation-und-Belastungen-von-Frauen-mit-Behinderungen-Langfassung_Ergebnisse_der_quantitativen_Befragung.pdf [Letzter Zugriff am 10.01.2025].

Sonalkar, S., Chavez, V., McClusky, J., Hunter, T. A. & Mollen, C. J. (2020). Gynecologic Care for Women With Physical Disabilities: A Qualitative Study of Patients and Providers. *Women's Health Issues*, 30(2), 136–141. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2019.10.002>

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Art. 6 G v. 23.10.2024, Nr. 324. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/BJNR024820988.html [Letzter Zugriff am 10.01.2025].

Stadtführer barrierefreies Bremen – Informationen für Alle (o. J.). <https://barrierefrei.bremen.de/stadtfuehrer/wie-laeuft-eine-erhebung-ab> [Letzter Zugriff am 10.01.2025].

Tezcan-Güntekin, H. & Özer-Erdoğan, I. (2021). Das qualitative Interview in der Gesundheitsförderung und Prävention. In M. Niederberger & E. Finne (Hrsg.), *Forschungsmethoden in der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 405–430). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-31434-7_15

Thierbach, C. & Petschick, G. (2014). Beobachtung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 855–866). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0_66

Trösken, T. & Geraedts, M. (2005). Barrierefreiheit von Arztpraxen am Beispiel Essen. *Gesundheitswesen*, 67(08/09), S. 613–619. <https://doi.org/10.1055/S-2005-858600>

Vereinte Nationen (UN) (2006). Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention – UN-BRK). <https://www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Politik-fuer-Menschen-mit-Behinderungen/Behinderten-rechtskonvention-der-Vereinten-Nationen/un-behinderten-rechtskonvention-rechte-von-menschen-mit-behinderungen-langtext.html> [Letzter Zugriff am 08.01.2025].

von Unger, H. (2014). Forschungsethik in der qualitativen Forschung: Grundsätze, Debatten und offene Fragen. In H. von Unger, P. Narimani & R. M'Bayo (Hrsg.), *Forschungsethik in der qualitativen Forschung: Reflexivität, Perspektiven, Positionen* (S. 15–39). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-04289-9_2

Waldschmidt, A. & Karim, S. (2022). Was sind Disability Studies? Profil, Stand und Vokabular eines neuen Forschungsfeldes. In A. Waldschmidt (Hrsg.), *Handbuch Disability Studies* (S. 1–15). Wiesbaden: Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-531-18925-3_1

Walsh-Gallagher, D., Mc Conkey, R., Sinclair, M. & Clarke, R. (2013). Normalising birth for women with a disability: the challenges facing practitioners. *Midwifery*, 29(4), S. 294–299. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.10.007>

Weibernetz e. V. – Politische Interessenvertretung behinderte Frauen (2024). Handlungsempfehlungen. Verfügbar unter: <https://www.weibernetz.de/gynv/handlungsempfehlungen.html> [Letzter Zugriff am 10.01.2025].

Wiebe, A. & Hallaschka, F. (2021). Handreichung „Wissenschaftliche Studien“. Göttingen: Universität Göttingen.

Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(1). http://dx.doi.org/10.1007/978-3-8349-9441-7_29th

World Health Organization (WHO) (2011). World report on disability. Verfügbar unter: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/world-report-on-disability> [Letzter Zugriff am 10.01.2025].

ANHÄNGE

Anhang 1: Fragebogen mit Anschreiben und Informationsschreiben / Leistungsberechtigte

Barrierefreie gynäkologische Angebote im Land Bremen

Wie geht das? Wo geht das?

Umfrage zum Bedarf nach barrierefreier gynäkologischer Versorgung

Um eine Verbesserung des Angebots für Frauen*²² im Land Bremen zu erreichen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, führen die Landesfrauenbeauftragte und der Landesbehindertenbeauftragte eine Umfrage durch. Ziel der Umfrage ist es,

- die Nachfrage an barrierefreier gynäkologischer Versorgung zu erheben,
- die Zufriedenheit mit der Angebotsseite zu erfragen und
- Verbesserungswünsche in Erfahrung zu bringen.

Die Umfrage richtet sich ausschließlich an Frauen* und Mädchen* ab 12 Jahren, die ein Merkzeichen aG in ihrem Schwerbehindertenausweis haben und auf barrierefreie Angebote angewiesen sind. Ihre Teilnahme ist freiwillig. Ihnen entstehen keine Nachteile, sollten Sie nicht an der Umfrage teilnehmen wollen.

Ihre Mitwirkung ermöglicht die Bedarfsermittlung, sie ist jedoch nicht mit einem Versprechen zur kurzfristigen Realisierung des gewünschten Angebots verbunden. Ihre Teilnahme an dieser Umfrage stellt aber eine wichtige Unterstützung dar, um in Zukunft die Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe.

.....
²² Hier werden, neben Frauen und Mädchen, auch alle Personen im Land Bremen adressiert, die eine gynäkologische Versorgung in Anspruch nehmen möchten.

So können Sie sich bis zum 30. November 2023 an der Umfrage beteiligen:

- Lesen Sie den Fragebogen aufmerksam durch und markieren Sie jeweils die für Sie zutreffende Antwort.
- Der Hinweis „Mehrfachnennungen möglich“ kennzeichnet Fragen, bei denen mehrere Antworten erlaubt sind.
- Sollten Sie eine Antwort nachträglich ändern wollen, machen Sie Ihre erste Antwort unkenntlich und markieren Sie Ihre neue, korrigierte Antwort.
- Die Umfrage wird anonymisiert durchgeführt, d.h. wir löschen alle Personen-, Orts- und Straßennamen und die Auswertungen lässt keine Schlüsse auf Personen zu.
- Die Verarbeitung Ihrer Daten geschieht auf der Grundlage des § 6 Absatz 1 Satz 1 lit. e) DSGVO iVm §3 BremDSGVOAG, siehe auch www.LBB.bremen.de/gyn_versorgung
- Wenn Sie uns den Fragebogen zusenden, gehen wir davon aus, dass Sie einverstanden sind, dass wir mit Ihren Angaben arbeiten dürfen.
- Die Umfrage nimmt etwa 5-10 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch. Bitte nehmen Sie an der Umfrage nur einmal teil.
- Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und versenden diesen mit dem beiliegenden Rückumschlag an die ZGF. Sie können den Fragebogen auch im Internet ausfüllen unter: www.LBB.bremen.de/gyn_versorgung

Teil I

Welche Angebote an gynäkologischer Versorgung nutzen Sie?

1. Besuchen Sie regelmäßig eine Frauenärztin / einen Frauenarzt?

- Ich besuche sie / ihn regelmäßig, wie es durch meine*n Ärzt*in vorgeschlagen wird.
- Ich besuche sie / ihn, wenn ich Beschwerden habe.
- Ich besuche sie/ihn unregelmäßig, wenn ich Beschwerden habe.
- Ich war in den letzten Jahren bei keiner Gynäkologin / keinem Gynäkologen.

2. Kennen Sie die barrierefreie gynäkologische Sprechstunde am Klinikum Bremen Mitte?

- Nein
- Ja

Falls ja, meine Erfahrungen sind:

.....

.....

3. Suchen Sie eine Gynäkologin / einen Gynäkologen in einer Praxis auf?

- Nein
- Ja

Falls ja, meine Erfahrungen sind folgende (Mehrfachnennungen möglich.):

- eine gute Beziehung zur Ärztin / zum Arzt
- räumliche Nähe zum Wohnort
- barrierefreie Zugänglichkeit
- ausreichend Zeit
- kompetente Beratung eine verständliche Sprache
- gute Anbindung an ÖPNV
- Bewegungsradius in der Praxis
- barrierefreie Ausstattung
- Behindertenparkplätze

4. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer derzeitigen Versorgung?

- sehr zufrieden
- zufrieden
- unzufrieden

5. Was ist Ihnen bei der Versorgung wichtig?

Mehrfachnennungen möglich.

- eine gute Beziehung zur Ärztin / zum Arzt
- räumliche Nähe zum Wohnort
- barrierefreie Zugänglichkeit
- ausreichend Zeit
- kompetente Beratung, verständliche Sprache
- gute Anbindung an ÖPNV
- Bewegungsradius in der Praxis
- barrierefreie Ausstattung
- Behindertenparkplätze

Mir ist außerdem wichtig:

.....

6. Sind Sie gerade auf der Suche nach einer neuen Frauenärztin / einem neuen Frauenarzt?

- Ja
- Nein

7. Was müsste eine Praxis bieten, damit Sie zu dieser wechseln würden?

.....

.....

8. In welchem Stadtteil sollte sich das Angebot befinden?

Mehrfachnennungen möglich.

Für Bremen:

- | | | |
|-----------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Blockland | <input type="radio"/> Horn-Lehe | <input type="radio"/> Schwachhausen |
| <input type="radio"/> Blumenthal | <input type="radio"/> Huchting | <input type="radio"/> Seehausen |
| <input type="radio"/> Borgfeld | <input type="radio"/> Mitte | <input type="radio"/> Strom |
| <input type="radio"/> Burglesum | <input type="radio"/> Neustadt | <input type="radio"/> Vahr |
| <input type="radio"/> Findorff | <input type="radio"/> Oberneuland | <input type="radio"/> Vegesack |
| <input type="radio"/> Gröpelingen | <input type="radio"/> Obervieland | <input type="radio"/> Walle |
| <input type="radio"/> Häfen | <input type="radio"/> Osterholz | <input type="radio"/> Woltmershausen |
| <input type="radio"/> Hemelingen | <input type="radio"/> Östliche Vorstadt | |

Für Bremerhaven:

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> Fischereihafen | <input type="radio"/> Leherheide | <input type="radio"/> Surheide |
| <input type="radio"/> Geestemünde | <input type="radio"/> Mitte | <input type="radio"/> Überseehafengebiet |
| <input type="radio"/> Lehe | <input type="radio"/> Schiffdorferdamm | <input type="radio"/> Weddewarden |

9. Haben Sie weitere Anforderungen und / oder Wünsche an Ihre gynäkologische Versorgung?

.....

.....

10. Könnten Sie sich vorstellen, ein Interview über Ihre Erfahrungen mit gynäkologischer Versorgung zu führen (ca. 15–25 Minuten)?

- Nein
- Ja

Falls ja, unter folgenden Bedingungen²³:

.....

.....

Teil II Fragen zur eigenen Person

11. Bitte geben Sie Ihr Geburtsjahr an.

.....

12. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

- weiblich
- divers

13. Nutzen Sie Hilfsmittel, um Angebote der Gesundheitsversorgung wahrnehmen zu können?

- Ich nutze einen Rollstuhl.
 - Ich nutze einen elektronischen Rollstuhl.
 - Ich nutze einen Rollator.
 - Ich nutze eine andere Gehhilfe, nämlich
-
-

²³ Wenn ja: Telefon / zoom Hinweis: Gebärden- oder Schriftdolmetscher werden bei Bedarf hinzugezogen. Ihre Telefonnummer wird nicht gespeichert und ihre Angaben werden anonymisiert verwendet

14. Haben Sie das Merkzeichen aG in Ihrem Schwerbehindertenausweis?

- Nein
- Ja

15. In welchem Stadtteil leben Sie derzeit?

Für Bremen:

- | | | |
|-----------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Blockland | <input type="radio"/> Horn-Lehe | <input type="radio"/> Schwachhausen |
| <input type="radio"/> Blumenthal | <input type="radio"/> Huchting | <input type="radio"/> Seehausen |
| <input type="radio"/> Borgfeld | <input type="radio"/> Mitte | <input type="radio"/> Strom |
| <input type="radio"/> Burglesum | <input type="radio"/> Neustadt | <input type="radio"/> Vahr |
| <input type="radio"/> Findorff | <input type="radio"/> Oberneuland | <input type="radio"/> Vegesack |
| <input type="radio"/> Gröpelingen | <input type="radio"/> Obervieland | <input type="radio"/> Walle |
| <input type="radio"/> Häfen | <input type="radio"/> Osterholz | <input type="radio"/> Woltmershausen |
| <input type="radio"/> Hemelingen | <input type="radio"/> Östliche Vorstadt | |

Für Bremerhaven:

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> Fischereihafen | <input type="radio"/> Leherheide | <input type="radio"/> Surheide |
| <input type="radio"/> Geestemünde | <input type="radio"/> Mitte | <input type="radio"/> Überseehafengebiet |
| <input type="radio"/> Lehe | <input type="radio"/> Schiffdorferdamm | <input type="radio"/> Weddewarden |

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Wenn Sie weitere Informationen zum Thema barrierefreie gynäkologische Versorgung wünschen, Fragen haben oder für ein Interview zur Verfügung stehen wollen, wenden Sie sich bitte an:

ZGF Bremen, Dr. Mo Urban, Faulenstraße 14–18, 28195 Bremen
Kontakt: monika.urban@frauen.bremen.de 0421 361 31 83

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Die ZGF nimmt den Schutz persönlicher Daten sehr ernst. Ihre Angaben werden anonymisiert ausgewertet und in der Auswertung können keine Rückschlüsse auf einzelne Personen gezogen werden. In den Bericht gehen möglicherweise einzelne Zitate ein, selbstverständlich ohne dass erkennbar ist, von welcher Person sie stammen. Die Auswertung findet ausschließlich zum Zwecke der Umfrage statt. Persönliche Daten werden von uns weder veröffentlicht noch an Dritte weitergegeben. Die Verarbeitung Ihrer Daten geschieht auf der Grundlage des § 6 Absatz 1 Satz 1 lit. e) DSGVO. Die Unterlagen werden nach der Auswertung einem sicheren Aktenvernichtungsverfahren zugeführt.

Anhang 2: Anschreiben und Fragebogen für Leistungserbringende

FRAGEBOGEN

Barrierefreie gynäkologische Angebote im Land Bremen

Wie geht das? Wo geht das?

Umfrage zum Bedarf nach barrierefreier gynäkologischer Versorgung

Um eine Verbesserung des Angebots für mobilitätseingeschränkte Frauen im Land Bremen zu erreichen, wurde von der Landesfrauenbeauftragten und dem Landesbehindertenbeauftragten eine Bedarfsermittlung initiiert. Ziel ist es, mithilfe dieser Umfrage die Nachfrage an barrierefreier gynäkologischer Versorgung zu erheben, die Zufriedenheit mit der Angebotsseite zu erfragen und Verbesserungswünsche in Erfahrung zu bringen.

Die Umfrage richtet sich ausschließlich an **gynäkologische Praxen** und deren Versorgung von Frauen*²⁴ und Mädchen* ab 12 Jahren, die ein Merkzeichen aG in ihrem Schwerbehindertenausweis haben und auf barrierefreie Angebote angewiesen sind.

So können Sie sich bis zum 31.12.2023 an der Umfrage beteiligen:

- Lesen Sie den Fragebogen aufmerksam durch und markieren Sie jeweils die für Sie zutreffende Antwort.
- Der Hinweis „Mehrfachnennungen möglich“ kennzeichnet Fragen, bei denen mehrere Antworten erlaubt sind.
- Sollten Sie eine Antwort nachträglich ändern wollen, können Sie diese bis zum Abschließen des Vorgangs einfach durch Anklicken wieder ändern.
- Die Umfrage wird anonymisiert durchgeführt und nimmt etwa 5 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch.
- Bitte nehmen Sie an der Umfrage nur einmal teil.
- Sie finden am Ende des Fragebogens einen Link zu der Datenschutzerklärung.
- Außerdem befindet sich dort der Link zur Einwilligungserklärung. Nur wenn Sie hier ein Häkchen setzen, können wir Ihre Angaben für die Erhebung nutzen.

Den Fragebogen finden Sie im Folgenden.

Wir bedanken uns für Ihre Teilnahme!

²⁴ Hier werden, neben Frauen und Mädchen, auch die Versorgung von allen Personen im Land Bremen adressiert, die eine gynäkologische Versorgung in Anspruch nehmen möchten.

Teil I Fragen zur Einrichtung

1. Bitte geben Sie an, ob Sie Patientinnen behandeln können, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind.

- Ja
- Nein
- nur folgendes:

2. Bitte geben Sie an, ob Sie mobilitätseingeschränkte Patientinnen zur gynäkologischen Versorgung an eine andere Praxis verweisen.

- Ja
- Nein
- in folgenden Fällen:

3. Nutzen Patientinnen einen Rollstuhl oder andere Gehhilfen, um Ihr Angebote wahrnehmen zu können?

Mehrfachnennungen möglich.

- Manche nutzen einen Rollstuhl.
- Manche nutzen einen elektronischen Rollstuhl.
- Manche nutzen einen Rollator.
- Manche nutzen eine andere Gehhilfe, nämlich

4. In welchem Stadtteil befindet sich Ihre Praxis?

Für Bremen:

- | | | |
|-----------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Blockland | <input type="radio"/> Horn-Lehe | <input type="radio"/> Schwachhausen |
| <input type="radio"/> Blumenthal | <input type="radio"/> Huchting | <input type="radio"/> Seehausen |
| <input type="radio"/> Borgfeld | <input type="radio"/> Mitte | <input type="radio"/> Strom |
| <input type="radio"/> Burglesum | <input type="radio"/> Neustadt | <input type="radio"/> Vahr |
| <input type="radio"/> Findorff | <input type="radio"/> Oberneuland | <input type="radio"/> Vegesack |
| <input type="radio"/> Gröpelingen | <input type="radio"/> Obervieland | <input type="radio"/> Walle |
| <input type="radio"/> Häfen | <input type="radio"/> Osterholz | <input type="radio"/> Woltmershausen |
| <input type="radio"/> Hemelingen | <input type="radio"/> Östliche Vorstadt | |

Für Bremerhaven:

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> Fischereihafen | <input type="radio"/> Leherheide | <input type="radio"/> Surheide |
| <input type="radio"/> Geestemünde | <input type="radio"/> Mitte | <input type="radio"/> Überseehafengebiet |
| <input type="radio"/> Lehe | <input type="radio"/> Schiffdorferdamm | <input type="radio"/> Weddewarden |

Teil II

Welche Angebote an barrierefreier gynäkologischer Versorgung bieten Sie an?

5. Nutzen die mobilitätseingeschränkten Patientinnen Hilfsmittel?

Mehrfachnennungen möglich.

- Wir bieten einen höhenverstellbaren gynäkologischen Stuhl an.
- Wir bieten einen speziellen Lifter an.
- Wir helfen Patientinnen auf unseren Behandlungsstuhl.
- Wir haben eine Liege, auf der sich mobilitätseingeschränkte Patientinnen umziehen können
- Wir haben eine barrierefreie Praxis.
- Wir haben barrierefreie Toiletten.
- Wir bieten folgendes Hilfsmittel an:

6. Kennen Sie die barrierefreie gynäkologische Sprechstunde am Klinikum Bremen Mitte?

- Nein
- Ja

Falls ja, meine Kenntnisse sind folgende:

7. Welche Erfahrungen sind Ihren mobilitätseingeschränkten Patientinnen wichtig?

Mehrfachnennungen möglich.

- eine gute Beziehung zur Ärztin / zum Arzt
- räumliche Nähe zum Wohnort
- barrierefreie Zugänglichkeit
- ausreichend Zeit
- kompetente Beratung
- Anbindung an ÖPNV
- ausreichender Bewegungsradius in der Praxis
- barrierefreie Ausstattung und gute Ansprache
- Behindertenparkplätze

8. Wie zufrieden sind Ihre mobilitätseingeschränkten Patientinnen mit der derzeitigen Versorgung?

- sehr zufrieden
- zufrieden
- unzufrieden

Falls es Schwierigkeiten bei Ihrem Angebot gibt, welche sind dies:

9. Sind Sie gerade auf der Suche nach Möglichkeiten, Ihre Praxis für mobilitätseingeschränkte Patientinnen weiter zu öffnen?

- Ja
- Nein

10. Was müsste Ihre Praxis bieten, damit Sie der Nachfrage gerecht würden?

11. Können Sie weitere Anforderungen benennen, durch deren Umsetzung mobilitätseingeschränkte Patientinnen Ihre gynäkologische Versorgung besser nutzen könnten?

12. Könnten Sie sich vorstellen, ein Telefoninterview über Ihre Erfahrungen mit der gynäkologischen Versorgung mobilitätseingeschränkter Patientinnen zu führen (ca. 15–25 Minuten)?

- Nein
- Ja

Falls ja, unter folgenden Bedingungen:

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Unter diesem Link befindet sich die Datenschutzerklärung. Bitte nehmen Sie diese zur Kenntnis und setzen anschließend ein Häkchen bei:
Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen.

Damit wir mit Ihren Daten arbeiten dürfen, müssen Sie eine Einverständniserklärung erteilen. Sie finden diese unter diesem Link. Wenn Sie einverstanden sind, dass wir mit Ihren Angaben arbeiten dürfen, setzen Sie bitte ein Häkchen bei:
Ich bin einverstanden, dass Sie meine Angaben für die Erhebung nutzen.

Anhang 3: Anschreiben und Fragebogen für die Leistungsanbieter Eingliederungshilfe

FRAGEBOGEN

Barrierefreie gynäkologische Angebote im Land Bremen

Wie geht das? Wo geht das?

Umfrage zum Bedarf nach barrierefreier gynäkologischer Versorgung

Um eine Verbesserung des Angebots für mobilitätseingeschränkte Frauen im Land Bremen zu erreichen, wurde von der Landesfrauenbeauftragten und dem Landesbehindertenbeauftragten eine Bedarfsermittlung initiiert. Ziel ist es, mithilfe dieser Umfrage die Nachfrage an barrierefreier gynäkologischer Versorgung zu erheben, die Zufriedenheit mit der Angebotsseite zu erfragen und Verbesserungswünsche in Erfahrung zu bringen.

Die Umfrage richtet sich ausschließlich an **Einrichtungen** und deren Versorgung von Frauen*²⁵ und Mädchen* ab 12 Jahren, die ein Merkzeichen aG in ihrem Schwerbehindertenausweis haben und auf barrierefreie Angebote angewiesen sind.

So können Sie sich bis zum 31.12.2023 an der Umfrage beteiligen:

- Lesen Sie den Fragebogen aufmerksam durch und markieren Sie jeweils die für Sie zutreffende Antwort.
- Der Hinweis „Mehrfachnennungen möglich“ kennzeichnet Fragen, bei denen mehrere Antworten erlaubt sind.
- Sollten Sie eine Antwort nachträglich ändern wollen, können Sie diese bis zum Abschließen des Vorgangs einfach durch Anklicken wieder ändern.
- Die Umfrage wird anonymisiert durchgeführt und nimmt etwa 5 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch.
- Bitte nehmen Sie an der Umfrage nur einmal teil.
- Sie finden am Ende des Fragebogens einen Link zu der Datenschutzerklärung.
- Außerdem befindet sich dort der Link zur Einwilligungserklärung. Nur wenn Sie hier ein Häkchen setzen, können wir Ihre Angaben für die Erhebung nutzen.

Den Fragebogen finden Sie im Folgenden.

Wir bedanken uns für Ihre Teilnahme!

²⁵ Hier werden, neben Frauen und Mädchen, auch alle Personen im Land Bremen adressiert, die eine gynäkologische Versorgung in Anspruch nehmen möchten.

Teil I

Fragen zur Einrichtung

1. Wie viele Frauen leben in Ihrer Einrichtung?

2. Bitte geben Sie an, ob die Bewohnerinnen zur gynäkologischen Versorgung außerhalb der Einrichtung vermittelt / gebracht werden.

- Ja
- Nein
- eine Gynäkologin/ ein Gynäkologe kommt in die Einrichtung

3. Nutzen Ihre Bewohnerinnen in der Regel eine Gehhilfe, um Angebote der Gesundheitsversorgung wahrnehmen zu können?

Mehrfachnennungen möglich.

- Manche nutzen einen Rollstuhl.
- Manche nutzen einen elektronischen Rollstuhl.
- Manche nutzen einen Rollator.
- Manche nutzen eine andere Gehhilfe, nämlich

4. In welchem Stadtteil befindet sich Ihre Einrichtung?

Für Bremen:

- | | | |
|-----------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Blockland | <input type="radio"/> Horn-Lehe | <input type="radio"/> Schwachhausen |
| <input type="radio"/> Blumenthal | <input type="radio"/> Huchting | <input type="radio"/> Seehausen |
| <input type="radio"/> Borgfeld | <input type="radio"/> Mitte | <input type="radio"/> Strom |
| <input type="radio"/> Burglesum | <input type="radio"/> Neustadt | <input type="radio"/> Vahr |
| <input type="radio"/> Findorff | <input type="radio"/> Oberneuland | <input type="radio"/> Vegesack |
| <input type="radio"/> Gröpelingen | <input type="radio"/> Obervieland | <input type="radio"/> Walle |
| <input type="radio"/> Häfen | <input type="radio"/> Osterholz | <input type="radio"/> Woltmershausen |
| <input type="radio"/> Hemelingen | <input type="radio"/> Östliche Vorstadt | |

Für Bremerhaven:

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> Fischereihafen | <input type="radio"/> Leherheide | <input type="radio"/> Surheide |
| <input type="radio"/> Geestemünde | <input type="radio"/> Mitte | <input type="radio"/> Überseehafengebiet |
| <input type="radio"/> Lehe | <input type="radio"/> Schiffdorferdamm | <input type="radio"/> Weddewarden |

Teil II

Welche Angebote an gynäkologischer Versorgung bieten Sie an?

5. Nutzen Ihre Bewohnerinnen regelmäßig den Anspruch auf gynäkologische Versorgung?

- Sie nutzen diese regelmäßig, wie es durch den Arzt / die Ärztin vorgeschlagen wird.
- Sie nutzen diese, wenn sie Beschwerden haben.
- Sie nutzen diese unregelmäßig, wenn sie Beschwerden haben und wir es einrichten können.
- Einige waren in den letzten Jahren bei keiner Gynäkologin / keinem Gynäkologen.

6. Kennen Sie die barrierefreie gynäkologische Sprechstunde am Klinikum Bremen Mitte?

- Nein
- Ja

Falls ja, die Erfahrungen sind folgende:

7. Buchen Sie Termine bei einer Gynäkologin / einem Gynäkologen in einer (anderen) Praxis?

Mehrfachnennungen möglich.

- eine gute Beziehung zur Ärztin / zum Arzt
- räumliche Nähe zum Wohnort
- barrierefreie Zugänglichkeit
- ausreichend Zeit
- kompetente Beratung
- Anbindung an ÖPNV
- ausreichender Bewegungsradius in der Praxis
- barrierefreie Ausstattung und gute Ansprache
- Behindertenparkplätze

8. Wie zufrieden sind Sie mit der derzeitigen Versorgung, die sie organisieren können?

- sehr zufrieden
- zufrieden
- unzufrieden

Falls es Schwierigkeiten bei der Gynäkologin / dem Gynäkologen gibt, welche sind dies:

9. Was ist Ihren Bewohnerinnen bei der Versorgung wichtig?

Mehrfachnennungen möglich.

- eine gute Beziehung zur Ärztin / zum Arzt
- räumliche Nähe zum Wohnort
- barrierefreie Zugänglichkeit
- ausreichend Zeit
- kompetente Beratung
- Anbindung an ÖPNV
- ausreichender Bewegungsradius in der Praxis
- barrierefreie Ausstattung und gute Ansprache
- Behindertenparkplätze

Den Bewohnerinnen ist außerdem wichtig:

.....

.....

10. Sind Sie gerade auf der Suche nach einer neuen Gynäkologin / einem neuen Gynäkologen für Ihre Einrichtung?

- Ja
- Nein

Falls es Schwierigkeiten bei der Gynäkologin / dem Gynäkologen gibt, welche sind dies:

.....

.....

11. Was müsste eine Praxis bieten, damit Sie zu dieser wechseln würden?

.....

.....

12. In welchem Stadtteil sollte sich das Angebot befinden?

Mehrfachnennungen möglich.

Für Bremen:

- | | | |
|-----------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Blockland | <input type="radio"/> Horn-Lehe | <input type="radio"/> Schwachhausen |
| <input type="radio"/> Blumenthal | <input type="radio"/> Huchting | <input type="radio"/> Seehausen |
| <input type="radio"/> Borgfeld | <input type="radio"/> Mitte | <input type="radio"/> Strom |
| <input type="radio"/> Burglesum | <input type="radio"/> Neustadt | <input type="radio"/> Vahr |
| <input type="radio"/> Findorff | <input type="radio"/> Oberneuland | <input type="radio"/> Vegesack |
| <input type="radio"/> Gröpelingen | <input type="radio"/> Obervieland | <input type="radio"/> Walle |
| <input type="radio"/> Häfen | <input type="radio"/> Osterholz | <input type="radio"/> Woltmershausen |
| <input type="radio"/> Hemelingen | <input type="radio"/> Östliche Vorstadt | |

Für Bremerhaven:

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> Fischereihafen | <input type="radio"/> Leherheide | <input type="radio"/> Surheide |
| <input type="radio"/> Geestemünde | <input type="radio"/> Mitte | <input type="radio"/> Überseehafengebiet |
| <input type="radio"/> Lehe | <input type="radio"/> Schiffdorferdamm | <input type="radio"/> Weddewarden |

13. Haben Sie weitere Anforderungen und / oder Wünsche an die gynäkologische Versorgung Ihrer Bewohnerinnen?

- Nein
- Ja Falls ja, unter folgenden Bedingungen:

.....

14. Könnten Sie sich vorstellen, ein Telefoninterview über Ihre Erfahrungen mit der gynäkologischen Versorgung Ihrer Bewohnerinnen zu führen (ca. 15–25 Minuten)?

- Nein
- Ja Falls ja, unter folgenden Bedingungen:

.....

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Unter diesem Link befindet sich die Datenschutzerklärung. Bitte nehmen Sie diese zur Kenntnis und setzen anschließend ein Häkchen bei: *X Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen.* Damit wir mit Ihren Daten arbeiten dürfen, müssen Sie eine Einverständniserklärung erteilen. Sie finden diese unter diesem Link. Wenn Sie einverstanden sind, dass wir mit Ihren Angaben arbeiten dürfen, setzen Sie bitte ein Häkchen bei: *X Ich bin einverstanden, dass Sie meine Angaben für die Erhebung nutzen.*

Anhang 4: E-Mail Anschreiben für Interviews / Leistungsberechtigte

Sehr geehrte Teilnehmer:in,

herzlichen Dank, dass Sie den Fragebogen der Studie zur barrierefreien gynäkologischen Versorgung in Bremen ausgefüllt haben. Mit Ihrer Teilnahme haben Sie einen entscheidenden Beitrag zum Gelingen der Studie geleistet.

Sie haben innerhalb der Befragung angegeben, dass Sie bereit wären ein Interview über Ihre Erfahrungen in der gynäkologischen Versorgung zu geben und uns Ihre E-Mailadresse mitgeteilt. Hiermit möchten wir, Dr. Mo Urban als Projektleitung und ich als Projektmitarbeiterin, Sie zu solch einem Interview einladen.

Anbei finden Sie eine Datenschutz- und Freiwilligkeitserklärung, die wir unterschrieben bis zum Interviewtermin benötigen. Bitte senden Sie mir 3 Terminvorschläge zu, an denen Sie Zeit für das Gespräch hätten. Wir planen die Interviews in einem Zeitraum vom 27.11.23 bis zum 05.01.2024. Das Interview wird von mir durchgeführt werden. Ich werde zeitnah antworten und sicherlich an einem Ihrer vorgeschlagenen Termine Zeit haben.

Das Interview soll zwischen 15 und 25 Minuten dauern und über das Videokonferenztool Zoom stattfinden. Zu diesem Zweck werden Sie einen Link von uns zugesendet bekommen, auf den Sie zum Zeitpunkt des Termins klicken müssen. Eine Anmeldung oder Registrierung ist nicht nötig. Alternativ können wir das Interview auch telefonisch durchführen.

Für Ihre Unterstützung bedankt sich das gesamte Team bereits im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen,

(Projektmitarbeiterin)

HINWEIS:

Sie benötigen die Unterlagen in einer anderen Form? Bitte teilen Sie uns Ihren konkreten Bedarf (einfache Sprache, etc.) mit. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme.

Anhang 5: Datenschutz- und Freiwilligkeitserklärung / Leistungsberechtigte

Information zur freiwilligen Teilnahme an Studie zu den Bedarfen an barrierefreier gynäkologischer Versorgung in Bremen

Sehr geehrte potentielle Teilnehmer:innen,

Wir freuen uns sehr, dass Sie im Fragebogen Interesse an einem Interview zu Ihren Erfahrungen mit gynäkologischer Versorgung gezeigt haben! Dieses Schreiben soll Ihnen helfen, die Studie "Umfrage zu den Bedarfen an barrierefreier gynäkologischer Versorgung in Bremen" besser zu verstehen. Außerdem soll es Ihnen die notwendigen Informationen bereitstellen, um zu entscheiden, ob Sie an dem Interview teilnehmen möchten. Daher bitten wir Sie, das Nachfolgende aufmerksam zu lesen.

Hintergrund

Die Studie „Umfrage zu den Bedarfen an barrierefreier gynäkologischer Versorgung in Bremen“ ist ein Projekt, das von der Zentralstelle der Landesfrauenbeauftragten mit Unterstützung des Landesbehindertenbeauftragten durchgeführt und von der SGFV beauftragt wurde. Unser Ziel ist es, mithilfe der gewonnenen Daten in Bremen und Bremerhaven das Angebot barrierefreier gynäkologischer Gesundheitsversorgung zu verbessern, sollte sich entsprechender Handlungsbedarf ergeben.

Ihre persönlichen Eindrücke, Erfahrungen und Ihr Wissen in diesem Bereich sind wertvoll für uns, um zu verstehen, welche Faktoren in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen. Wir möchten mit Ihnen ein Interview durchführen, das wir aufzeichnen, verschriftlichen und im Anschluss auswerten.

Konzeption und Durchführung des Interviews

Das Interview wird voraussichtlich 15 bis 25 Minuten dauern und über das Videokonferenztool Zoom stattfinden. Hierfür wird Ihnen ein Link zugesendet, auf den Sie zum angegebenen Termin klicken müssen. Eine Anmeldung oder Registrierung wird nicht nötig sein. Alternativ kann das Interview auch telefonisch durchgeführt werden. Strukturiert wird das Interview durch einen Fragebogen. Hierbei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Wir interessieren uns für Ihre Eindrücke, Perspektiven und Gedanken. Durchgeführt wird das Interview Projektmitarbeiterin Anna Lotta Löw. Ergebnisse werden auf der Webseite des Landesbehindertenbeauftragten Bremen (www.behindertenbeauftragter.bremen.de) dargeboten werden.

Mit herzlichem Dank für Ihre Bereitschaft, uns Auskunft zu geben

(Studienleitung), Bremen den 17.11.2023

Einverständnis zur Teilnahme an einem Interview

UMFRAGE ZU DEN BEDARFEN AN BARRIEREFREIER GYNÄKOLOGISCHER VERSORGUNG IN BREMEN

Datenschutzerklärung

Sämtliche im Projekt erhobenen Daten werden gemäß der aktuellen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) behandelt. Die Verarbeitung Ihrer Daten geschieht auf der Grundlage des § 6 Absatz 1 Satz 1 lit. e) DSGVO iVm. § 3 BremDSG-VOAG. Im Einzelnen bedeutet dies:

Projekt und Erhebungsinstrument

Die in der Studie erhobenen Daten dienen ausschließlich der in der Projektbeschreibung erläuterten Zielsetzung. Der Ton des Interviews wird aufgezeichnet. Daher werden Sie vorab um Ihre Einwilligung zur Teilnahme, Aufnahme des Gesprächs und zur Auswertung der Daten gebeten. Die Leitung des Projekts liegt bei Dr. Dr. Monika Urban.

Freiwilligkeit der Teilnahme und Löschung

Die Einwilligung zur Teilnahme und zur Datenauswertung ist freiwillig und stellt die Rechtsgrundlage des Interviews dar. Aus der Nichtteilnahme am Interview entstehen keine Nachteile für Sie. Sie können die Antwort auf einzelne Fragen verweigern. Auch die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise von Ihnen widerrufen und die Löschung oder Berichtigung der Angaben von Ihnen verlangt werden. Im Falle Ihres Widerrufs werden das aufgenommene Interview und die Abschrift sofort vernichtet. Sie haben jederzeit das Recht, Auskunft über Ihre bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu erhalten. Unsere Datenschutzbeauftragte können Sie unter folgender E-Mail-Adresse erreichen: datenschutz@frauen.bremen.de. Weiterhin haben Sie das Recht, bei der Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit Beschwerde einzuleiten. Die pseudonymisierten Transkripte werden für 10 Jahre von der ZGF aufbewahrt und anschließend vernichtet. Diese Aufbewahrungszeit entspricht den Empfehlungen der Deutschen Forschungsgemeinschaft DFG zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis, d. h. zur Überprüfbarkeit der Primärdaten von wissenschaftlichen Studien.

Anonymität, Trennungsgebot und Kontrolle des Zutritts und des Zugangs

Das Forschungsteam geht sorgfältig mit dem Erzählten um. Die aufgezeichneten Inhalte werden verschriftlicht. Dabei werden personenbezogene Daten pseudonymisiert. Dies bedeutet, dass die Daten nur verschlüsselt und ohne Namensnennungen verwendet werden, zum Beispiel als „Interviewpartnerin Nr. 1“. Personen-, Orts- und Straßennamen werden bei der Verschriftlichung gelöscht. Die Tonaufnahmen werden nach der Verschriftlichung gelöscht. Ihre Daten werden nach Abschluss des Verfahrens umge-

hend gelöscht. Ihr Name und Ihre Kontaktdaten werden am Ende des Projekts in unseren Unterlagen gelöscht, sodass lediglich die pseudonymisierte Auswertung existiert. Die von Ihnen unterschriebene Erklärung zur Einwilligung in das Interview wird bis dahin in einem gesonderten Ordner an einer gesicherten und nur der Projektleitung zugänglichen Stelle aufbewahrt. Sie dient lediglich dazu, bei einer Überprüfung durch die Datenschutzbeauftragte nachweisen zu können, dass Sie mit dem Interview und der Auswertung einverstanden sind. Die Daten werden ausschließlich an Computern bearbeitet, die über eine Passwortsicherung verfügen und nur den Projektmitarbeiter:innen zugänglich sind. Abgespeichert werden sie auf dem geschützten Cloudservice Nextcloud. Die pseudonymisierten Angaben werden nur von der Projektleitung und den Mitarbeiter:innen gelesen. In den Bericht gehen möglicherweise einzelne Zitate ein, selbstverständlich ohne dass erkennbar ist, von welcher Person sie stammen. Weder das aufgenommene Interview noch die Abschrift werden an Dritte außerhalb des Projekts weitergegeben.

Verpflichtung auf das Datengeheimnis

Die Abschrift des Gesprächs wird nicht veröffentlicht und ist nur für die Auswertung den Projektmitarbeiter:innen, die auf das Datengeheimnis verpflichtet sind, zugänglich. Die Projektleitung und Ihre Mitarbeiter:innen unterliegen der Schweigepflicht. Die Universität ist berechtigt, Publikationen zur Darstellung der Projektergebnisse zu veröffentlichen. Verantwortliche für die Einhaltung des Datenschutzes für das Projekt: Dr. Dr. Mo Urban (Kontakt s. u.).

Ich,.....
habe die Datenschutzerklärung zur o.g. Studie erhalten.
Ich habe den Text gelesen und vollständig verstanden.
Ich hatte die Möglichkeit, weitere Fragen zu stellen und habe die Antworten verstanden.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an einem Interview zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist. Ich weiß, dass ich jederzeit ohne Angaben von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig für mich auswirken wird. Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an dieser Studie.

.....
Ort, Datum, Unterschrift der Studienleitung (Name)
Referentin für Gesundheit bei der ZGF
Faulenstr. 14–18 28219 Bremen
Tel.: +49 421 361 31 83

.....
Ort, Datum, Unterschrift der aufzuklärenden Person
(Teilnehmer:in)

Anhang 6: Intervieweinleitung und Interviewleitfaden / Leistungsberechtigte

Interview-Einleitung

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für dieses Interview nehmen.

Wie Sie vermutlich wissen, ist die Studie *„Umfrage zu den Bedarfen an barrierefreier gynäkologischer Versorgung in Bremen“* ein Projekt von der Zentralstelle zur Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau und dem Landesbehindertenbeauftragten. Dieses Projekt wurde beauftragt von der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz. Unser Ziel ist es, mithilfe der gewonnenen Daten in Bremen und Bremerhaven das Angebot barrierefreier gynäkologischer Gesundheitsversorgung zu erweitern.

Die Informationen zum **Datenschutz** und zur Studie haben Sie gelesen, unterschrieben und zugesandt. Vielen Dank dafür. Haben Sie dazu noch **Fragen?**

Ich werde den **Ton des Interviews aufzeichnen** und den Inhalt im Anschluss verschriftlichen. Dabei werde ich die Aussagen **pseudonymisieren**. Nach der Verschriftlichung wird die Aufnahme gelöscht. Auf die Tonaufnahme habe nur ich Zugriff.

Ich würde die **Aufnahme jetzt starten**, ist das in Ordnung?

Der **Ablauf des Interviews** ist so geplant, dass ich Ihnen insgesamt 3 Leitfragen stelle, zu denen Sie gerne **frei erzählen** können. Hierbei sind Ihre persönlichen Vorstellungen und Meinungen wichtig. Diese werde ich unvoreingenommen akzeptieren. Insgesamt wird das Interview ca. 20 Minuten dauern.

Falls Sie etwas nicht beantworten möchten, sagen Sie einfach Bescheid und dann springen wir zur nächsten Frage. Sie können das Interview natürlich jederzeit pausieren oder beenden.

Die Ergebnisse der Studie können auf der Webseite des Landesbehindertenbeauftragten Bremen (www.behindertenbeauftragter.bremen.de) eingesehen werden.

Gibt es von Ihrer Seite nun noch Fragen? Dann würden wir nun mit dem Interview starten.





Die Senatorin für Gesundheit,
Frauen und Verbraucherschutz



LANDES
BEHINDERTEN
BEAUFTRAGTER
BREMEN

ZGF

Zentralstelle
Landesfrauenbeauftragte