



## Fragebogen zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen

Dieser Fragebogen wurde von Heilpädagogik-Studierenden der Katholischen Hochschule Freiburg, in Zusammenarbeit mit den kommunalen Behindertenbeauftragten der Stadt Freiburg und des Landkreises Breisgau-Hochschwarzwald (Sarah Baumgart und Anke Glenz) sowie dem Netzwerk Inklusion Region Freiburg e. V. entwickelt. Die Untersuchung erfolgt im Rahmen des Projekts „Gesundheit für alle“, welches vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg gefördert wird. Mit Hilfe Ihrer Erfahrungen und Anregungen soll auf Probleme der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen aufmerksam gemacht und dafür Lösungen gefunden werden.

Alle Angaben sind selbstverständlich freiwillig und werden vertraulich behandelt. Durch die anonymisierte Verwendung der Daten sind keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich. Sie haben die Möglichkeit, Ihre Anregungen mitzugeben.

Zur Vereinfachung wird auf geschlechterneutrale Sprache verzichtet.

Wir freuen uns sehr, mit Ihnen gemeinsam die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen positiv weiterzuentwickeln!

## Teil I: Personenbezogene Daten

### 1. Ihr Geschlecht:

- Männlich                                       Weiblich                                       Divers

### 2. Wie alt sind Sie?

- Unter 18 Jahre                                       26 bis 40 Jahre                                       51 bis 70 Jahre  
 18 bis 25 Jahre                                       41 bis 50 Jahre                                       Über 70 Jahre

### 3. In welcher Region wohnen Sie?

- Dreisamtal, Gundelfingen, Glottertal (Buchenbach, Kirchzarten, Oberried, St. Peter, Stegen, Glottertal, Gundelfingen, Heuweiler)  
 Batzenberg, Schönberg, Hexental (Au, Bollschweil, Ebringen, Ehrenkirchen, Horben, Merzhausen, Pfaffenweiler, Schallstadt, Sölden, Wittnau)  
 Hochschwarzwald (Breitnau, Eisenbach, Feldberg, Friedenweiler, Hinterzarten, Lenzkirch, Löffingen, Schluchsee, St. Märgen, Titisee-Neustadt)  
 Kaiserstuhl-Tuniberg (Bötzingen, Breisach, Eichstetten, Gottenheim, Ihringen, March, Merdingen, Umkirch, Vogtsburg)  
 Markgräflerland Süd (Auggen, Badenweiler, Ballrechten-Dottingen, Buggingen, Müllheim, Neuenburg, Sulzburg)  
 Markgräflerland Nord (Bad Krozingen, Eschbach, Hartheim, Heitersheim, Münstertal, Staufen)  
 Stadt Freiburg  
 \_\_\_\_\_

### 4. Welche Bildungsabschlüsse haben Sie absolviert? (Mehrfachauswahl möglich)

- Hochschulabschluss                                       Hauptschulabschluss  
 Förderschulabschluss                                       Mittlere Reife  
 (Fach-) Hochschulreife                                       Kein Abschluss  
 Anderer: \_\_\_\_\_

### 5. Was ist Ihre Beschäftigungsform? (Mehrfachauswahl möglich)

- Angestellt                                       Beschäftigt in einer Förderstätte  
 Ehrenamtlich                                       Schüler / Studierend  
 Arbeitend in einer Werkstatt                                       Ohne Beschäftigung  
 Selbstständig                                       Andere: \_\_\_\_\_

**6. In welchen Bereichen sind Sie beeinträchtigt? (Mehrfachauswahl möglich)**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mobilität        | <input type="checkbox"/> Sehen                       | <input type="checkbox"/> Gedächtnisleistung (Kognition) |
| <input type="checkbox"/> Körperfunktionen | <input type="checkbox"/> Hören                       |   |
| <input type="checkbox"/> Sprache          | <input type="checkbox"/> Sozial-emotionale Kompetenz |   |
| <input type="checkbox"/> Psyche           |  |   |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____    |  |   |

Hier können Sie gerne Genaueres zu Ihrer/n Diagnose/n (nach ICD10 und/oder ICF) angeben:

---

---

**7. Welchen Grad der Behinderung haben Sie? \_\_\_\_\_**

**8. Falls Sie einen Schwerbehindertenausweis besitzen, welche Merkzeichen haben Sie? \_\_\_\_\_**

**9. Haben Sie einen Pflegegrad?**

- Ja, und zwar: \_\_\_\_\_
- Nein

**10. Welche Hilfsmittel verwenden Sie im Alltag?**

---

---

---

**11. Haben Sie eine Assistenz im Alltag?**

- Ja, und zwar für: \_\_\_\_\_
- Nein

Anmerkung: \_\_\_\_\_

**12. Wie sind Sie krankenversichert?**

- Gesetzlich                       Privat                       Privat mit Beihilfe

## Teil II: Erfahrungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung

### 13. Von welchen Ärzten werden Sie behandelt? (Mehrfachauswahl möglich)

- |                                     |                                     |  |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hausarzt   | <input type="checkbox"/> Neurologe  | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |
| <input type="checkbox"/> Frauenarzt | <input type="checkbox"/> Urologe    | _____                                  |
| <input type="checkbox"/> HNO-Arzt   | <input type="checkbox"/> Orthopäde  | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |
| <input type="checkbox"/> Augenarzt  | <input type="checkbox"/> Zahnarzt   | _____                                  |
| <input type="checkbox"/> Hautarzt   | <input type="checkbox"/> Psychiater |  |

### 14. Wie oft gehen Sie jährlich zum Hausarzt?

- |                                  |                                    |                                      |
|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0-2 Mal | <input type="checkbox"/> 6-10 Mal  | <input type="checkbox"/> 16-20 Mal   |
| <input type="checkbox"/> 2-5 Mal | <input type="checkbox"/> 11-15 Mal | <input type="checkbox"/> Über 20 Mal |

Anmerkung: \_\_\_\_\_

### 15. Wie weit ist Ihre Hausarztpraxis von ihrem Wohnort entfernt?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unter 5 km            | <input type="checkbox"/> Zwischen 30 bis 50 km |
| <input type="checkbox"/> Zwischen 5 und 15 km  | <input type="checkbox"/> Mehr als 50 km        |
| <input type="checkbox"/> Zwischen 15 und 30 km |  |

Anmerkung: \_\_\_\_\_

### 16. Wie weit sind die Facharztpraxen, die von Ihnen genutzt werden, von Ihrem Wohnort entfernt? (Mehrfachauswahl möglich)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unter 5 km            | <input type="checkbox"/> Zwischen 30 bis 50 km |
| <input type="checkbox"/> Zwischen 5 und 15 km  | <input type="checkbox"/> Mehr als 50 km        |
| <input type="checkbox"/> Zwischen 15 und 30 km |  |

Für welche Fachärzte müssen Sie weitere Entfernungen auf sich nehmen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anmerkung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 17. Werden Sie von Ärzten zuhause behandelt?

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Ja, von _____ |
| <input type="checkbox"/> Nein          |

Anmerkung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**18. Wie haben Sie von einer für Sie geeigneten Arztpraxis erfahren? (Mehrfachauswahl möglich)**

- Durch Angehörige
- Durch eine Assistenz
- Durch die Krankenkasse
- Durch Internet-Recherche, auf der folgenden Internetseite: \_\_\_\_\_
- Durch andere Empfehlungen (z.B. Selbsthilfegruppe)
- Keine der angegebenen Punkte

**19. Wobei werden Sie von anderen Personen unterstützt? (Mehrfachauswahl möglich)**

- Beim Arztbesuch
- Bei der Terminvereinbarung
- Bei Angelegenheiten mit der Krankenkasse
- Bei der Anfahrt zu Arztterminen
- Bei keinen der genannten Punkte
- Andere: \_\_\_\_\_

**20. Bei welchen Ärzten meiden Sie akute Untersuchungen aufgrund von Barrieren? (Mehrfachauswahl möglich)**

- |                                     |                                     |  |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hausarzt   | <input type="checkbox"/> Neurologe  | <input type="checkbox"/> Bei keinem    |
| <input type="checkbox"/> Frauenarzt | <input type="checkbox"/> Urologe    | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |
| <input type="checkbox"/> HNO-Arzt   | <input type="checkbox"/> Orthopäde  | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |
| <input type="checkbox"/> Augenarzt  | <input type="checkbox"/> Zahnarzt   | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hautarzt   | <input type="checkbox"/> Psychiater | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |

**21. Bei welchen Ärzten meiden Sie Vorsorgeuntersuchungen aufgrund von Barrieren? (Mehrfachauswahl möglich)**

- |                                     |                                     |  |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hausarzt   | <input type="checkbox"/> Neurologe  | <input type="checkbox"/> Bei keinem    |
| <input type="checkbox"/> Frauenarzt | <input type="checkbox"/> Urologe    | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |
| <input type="checkbox"/> HNO-Arzt   | <input type="checkbox"/> Orthopäde  | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |
| <input type="checkbox"/> Augenarzt  | <input type="checkbox"/> Zahnarzt   | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hautarzt   | <input type="checkbox"/> Psychiater | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |

**22. Welche Barrieren begegnen Ihnen bei Arztbesuchen (z.B. Sprache, Treppen, fehlende Ausstattung, Vorurteile...)?**

---

---

---

---

---

**23. Meine Ärzte haben das notwendige Fachwissen zu meiner/n Diagnose/n.**

- Stimme voll und ganz zu
- Stimme eher zu
- Weder noch
- Stimme eher nicht zu
- Stimme überhaupt nicht zu

Anmerkung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**24. Ich fühle mich von meinen Ärzten respektiert und in meinen Anliegen ernstgenommen.**

- Stimme voll und ganz zu
- Stimme eher zu
- Weder noch
- Stimme eher nicht zu
- Stimme überhaupt nicht zu

Anmerkung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**25. Ich bin mit meiner ambulanten, ärztlichen Versorgung zufrieden.**

- Stimme voll und ganz zu
- Stimme eher zu
- Weder noch
- Stimme eher nicht zu
- Stimme überhaupt nicht zu

Anmerkung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**26. Meine Krankenversicherung wird meinen Bedürfnissen gerecht (z. B. Beratung, Finanzierung, Genehmigung von Anträgen...).**

- Stimme voll und ganz zu
- Stimme eher zu
- Weder noch
- Stimme eher nicht zu
- Stimme überhaupt nicht zu

Anmerkung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Teil III: Lösungsvorschläge, Wünsche und Anregungen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen**

**27. Was wünschen Sie sich zur Verbesserung von Arztbesuchen und Angelegenheiten mit Ihrer Krankenkasse?**

---

---

---

---

---

---

---

**28. Würde ein facharztübergreifendes, barrierefreies Behandlungszentrum speziell für Menschen mit Behinderungen in der Region Ihre gesundheitliche Versorgung vereinfachen?**

- Ja
- Nein

Anmerkung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**29. Was macht für Sie ein gelungener Arztbesuch aus?**

---

---

---

**Bei welchen Arztpraxen haben Sie diese positiven Erfahrungen gemacht?** Wenn Sie möchten, können Sie den Namen der Praxis angeben:

---

(Dies kann helfen, Kriterien für geeignete, barrierefreie Arztpraxen zu sammeln.)

**30. Möchten Sie uns abschließend noch etwas mitteilen?**

---

---

---

---

---

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

Bei Rückfragen melden Sie sich gerne an:

Netzwerk Inklusion Region Freiburg e. V. ([gesundheit@inklusives-netzwerk-freiburg.de](mailto:gesundheit@inklusives-netzwerk-freiburg.de))

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen bis **15.08.2020** an folgende Adresse zurück:

*Stadt Freiburg im Breisgau  
Amt für Soziales und Senioren  
Kommunale Behindertenbeauftragte  
Projekt: Gesundheit für alle  
Fehrenbachallee 12  
79106 Freiburg*

*Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verfassers/ der Verfasserin unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.*