

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

**Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen
von Menschen mit Beeinträchtigungen 2021**

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Inhaltsverzeichnis

Das Wichtigste in Kürze	- 2 -
1 Einleitung	- 7 -
1.1 Wie geht es voran mit der Inklusion? Auftrag und Zielsetzung dieses Berichts	- 7 -
1.2 Um wen geht es? Zielgruppen und ihre Definitionen	- 9 -
1.3 Was wird im Bericht beschrieben? Lebenslagen und Teilhabe	- 16 -
1.4 Welche Daten werden genutzt?	- 18 -
1.5 Wie geht es weiter mit der Berichterstattung? Ausblick auf den nächsten Teilhabebericht	- 19 -
1.6 Begleitung der Berichterstellung durch einen wissenschaftlichen Beirat	- 20 -
1.7 Aufbau des Berichts	- 22 -
2 Grunddaten zu den Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen	- 24 -
2.1 Anzahl der Menschen mit Beeinträchtigungen	- 24 -
2.2 Demografische Merkmale der Menschen mit Beeinträchtigungen	- 26 -
2.3 Formen und Schwere der Beeinträchtigungen	- 32 -
2.4 Menschen mit Beeinträchtigungen in besonderen Wohnformen	- 38 -
2.5 Erster Einblick in die Teilhabebefragung: Grunddaten	- 39 -
2.6 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Grunddaten	- 48 -
3 Familie und soziales Netz	- 53 -
3.1 Haushaltsformen	- 61 -
3.2 Familienleben	- 68 -

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

3.2.1	Familiengründung und Familien mit Eltern mit Beeinträchtigungen	- 68 -
3.2.2	Familien mit Kindern mit Beeinträchtigungen	- 74 -
3.3	Soziale Beziehungen und soziale Unterstützung	- 78 -
3.3.1	Unterstützung durch das soziale Umfeld	- 78 -
3.3.2	Freundschaften, Geselligkeit und Einsamkeit	- 80 -
3.3.3	Erster Einblick in die Teilhabebefragung: Freundschaften von Menschen mit Beeinträchtigungen	- 88 -
3.4	Entwicklung der Teilhabe im Bereich Familie und soziales Netz	- 92 -
3.5	Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Familie und soziales Netz	- 95 -
4	Bildung und Ausbildung	- 106 -
4.1	Bildung, Betreuung und Erziehung während der frühen Kindheit	- 114 -
4.1.1	Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege	- 114 -
4.1.2	Heilpädagogische Leistungen und Frühförderung	- 119 -
4.2	Bildung im Schulalter	- 120 -
4.2.1	Sonderpädagogische Förderung an Schulen	- 121 -
4.2.2	Verteilung von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischer Förderung auf die Schularten	- 126 -
4.2.3	Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung an Regelschulen	- 130 -
4.2.4	Schülerinnen und Schüler an Förderschulen	- 133 -
4.2.5	Einschätzungen und Bewertungen der schulischen Inklusion	- 137 -
4.3	Berufliche Bildung	- 138 -
4.3.1	Formen der beruflichen Ausbildung	- 139 -

4.3.2	Auszubildende	- 142 -
4.3.3	Übergang von der Ausbildung in den Beruf	- 147 -
4.4	Schulische und berufsqualifizierende Abschlüsse	- 148 -
4.4.1	Schulabschlüsse	- 148 -
4.4.2	Berufsqualifizierende Abschlüsse	- 156 -
4.5	Hochschulbildung	- 164 -
4.5.1	Studierende mit Beeinträchtigungen	- 164 -
4.5.2	Barrierefreie Hochschule	- 168 -
4.5.3	Studienwunsch und tatsächliche Aufnahme eines Studiums	- 170 -
4.5.4	Promotionsstudium	- 171 -
4.5.5	Übergang vom Hochschulstudium in den Beruf	- 172 -
4.6	Lebenslanges Lernen und Erwachsenenbildung	- 175 -
4.7	Leistungen zur Ermöglichung der Teilhabe im Bereich Bildung und Ausbildung	- 178 -
4.7.1	Hilfen zu einer angemessenen Schulausbildung	- 178 -
4.7.2	Hilfen zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf	- 180 -
4.8	Entwicklung der Teilhabe im Bereich Bildung und Ausbildung	- 182 -
4.9	Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Bildung und Ausbildung	- 185 -
5	Erwerbstätigkeit und materielle Lebenssituation	- 200 -
5.1	Erwerbsbeteiligung und Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt	- 208 -
5.1.1	Erwerbsbeteiligung und Erwerbstätigkeit	- 208 -
5.1.2	Qualität und Umfang der Erwerbstätigkeit	- 218 -

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

5.1.3	Einkommen aus Erwerbstätigkeit	- 223 -
5.1.4	Atypische Beschäftigung	- 224 -
5.1.5	Beschäftigung im Rahmen des Anzeigeverfahrens des SGB IX-	226
	-	
5.2	Nichterwerbstätigkeit, Erwerbslosigkeit und Arbeitsuche	- 230 -
5.2.1	Nichterwerbspersonen	- 230 -
5.2.2	Erwerbslosigkeit und Arbeitslosigkeit	- 231 -
5.2.3	Erster Einblick in die Teilhabebefragung: Besonderheiten der Nichterwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit von Menschen mit Beeinträchtigungen	- 237 -
5.2.4	Arbeitsuche	- 244 -
5.3	Teilhabe am Arbeitsleben mit Unterstützung	- 245 -
5.3.1	Unterstützung einer regulären Beschäftigung	- 245 -
5.3.2	Inklusionsbetriebe	- 247 -
5.3.3	Werkstätten für behinderte Menschen	- 248 -
5.3.4	Gestaltung von Übergängen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt	-
	250 -	
5.4	Materielle Lebenssituation	- 252 -
5.4.1	Einkommensart	- 253 -
5.4.2	Einkommenshöhe	- 256 -
5.4.3	Leistungen der Grundsicherung	- 259 -
5.4.4	Armutsrisikoquote	- 263 -
5.4.5	Vermögen	- 266 -
5.4.6	Zufriedenheit mit der materiellen Lebenslage und wirtschaftliche Sorgen	- 271 -

5.5	Leistungen zur Teilhabe	- 274 -
5.5.1	Förderung von Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt	- 274 -
5.5.2	Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	- 285 -
5.6	Entwicklung der Teilhabe im Bereich der Erwerbstätigkeit und der materiellen Lebenssituation	- 288 -
5.7	Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Erwerbstätigkeit und materielle Lebenssituation	- 292 -
6	Alltägliche Lebensführung	- 309 -
6.1	Wohnen	- 318 -
6.1.1	Barrierefreies Wohnen – Definition, Bestand und Bedarf	- 318 -
6.1.2	Unterstützte Formen des Wohnens	- 322 -
6.1.3	Wohnsituation von Menschen mit Pflegebedarf	- 329 -
6.2	Barrierefreiheit im öffentlichen Raum	- 332 -
6.2.1	Bauliche Barrierefreiheit	- 332 -
6.2.2	Erster Einblick in die Teilhabebefragung: Barrieren im öffentlichen Raum aus Sicht von Menschen mit Beeinträchtigungen	- 335 -
6.2.3	Mobilität	- 343 -
6.2.4	Information und Kommunikation	- 348 -
6.3	Selbstbestimmte Lebensführung	- 351 -
6.3.1	Erfahrungen der Fremdbestimmung	- 351 -
6.3.2	Selbsthilfeorganisationen und Behindertenverbände	- 353 -
6.3.3	Unterstützung einer selbstbestimmten Lebensführung	- 354 -
6.4	Leistungen zur Ermöglichung der Teilhabe am alltäglichen Leben	- 359 -

6.4.1	Wohnen	- 359 -
6.4.2	Leistungen für Pflegebedürftige	- 365 -
6.4.3	Mobilitätsbezogene Hilfen	- 370 -
6.4.4	Hilfen zur Kommunikation	- 371 -
6.4.5	Hilfsmittel für Gesundheit und Pflege	- 373 -
6.4.6	Förderung der Selbsthilfe	- 376 -
6.4.7	Persönliches Budget	- 377 -
6.5	Entwicklung der Teilhabe im Bereich Alltägliche Lebensführung	- 378 -
6.6	Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Alltägliche Lebensführung	- 381 -
7	Gesundheit	- 392 -
7.1	Gesundheitliche Verfassung	- 399 -
7.1.1	Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands	- 399 -
7.1.2	Krankheitstage	- 403 -
7.1.3	Psychische Gesundheit	- 404 -
7.2	Zugang zu gesundheitlichen Dienstleistungen und Produkten	- 409 -
7.2.1	Arztbesuche	- 409 -
7.2.2	Zugang zu Gesundheitsleistungen	- 411 -
7.3	Gesundheitsverhalten	- 419 -
7.3.1	Rauchen	- 420 -
7.3.2	Alkoholkonsum	- 421 -
7.3.3	Gesundheitsbewusste Ernährung	- 423 -
7.4	Prävention und Rehabilitation	- 425 -

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

7.4.1	Gesundheitsförderung und Prävention	- 426 -
7.4.2	Rehabilitation	- 428 -
7.4.3	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	- 428 -
7.5	Entwicklung der Teilhabe im Bereich Gesundheit	- 438 -
7.6	Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Gesundheit	- 440 -
8	Vertiefungsthema und Kommentar des wissenschaftlichen Beirats: Gesundheit – Teilhabechancen – Diskriminierungsrisiken	- 441 -
8.1	Wegweisung zur Gesundheit: Gesundheit als Gemeingut	- 442 -
8.1.1	Für bessere Gesundheit weltweit	- 443 -
8.1.2	Gesundheitsförderung im Alltag aller	- 444 -
8.1.3	Gesundheit für alle Menschen jeden Alters	- 445 -
8.1.4	Gute Gesundheit und Wohlergehen	- 447 -
8.1.5	Gesundheit und Beeinträchtigung	- 448 -
8.1.6	Von der Ursachen- zur Wirkungsorientierung	- 449 -
8.2	Teilhabe als Gesundheitsfaktor	- 450 -
8.2.1	Behinderungsklassifikation als Gesundheitsmaß	- 455 -
8.2.2	Das Bundesteilhabegesetz und die Gesundheitssorge	- 458 -
8.2.3	Demografischer Wandel und Gesundheitsbegriff in Zusammenhängen	- 469 -
8.2.4	Was Menschen gesund hält – im Lebens(ver)lauf	- 471 -
8.2.5	Gesundheitspolitik und (betriebliche) Gesundheitsförderung	- 475 -
8.2.6	Gesundheitsverhältnisse und Versorgungsqualität	- 481 -
8.2.7	Gesundheit und Teilhabe – erste Ergebnisse aus der Teilhabebefragung	- 483 -

8.3	Spezifische Teilhaberisiken und -chancen	- 494 -
8.3.1	Vulnerabilität: Einsamkeit und Isolation	- 495 -
8.3.2	Spezifische Teilhaberisiken unter Corona-Bedingungen	- 501 -
8.3.3	Teilhabechancen über digitale Gesundheitsangebote: Digitale Inklusion	- 534 -
8.4	Inklusive Gesundheitssorge: Zehn Merkposten zu Aufgaben und Wegen	- 540 -
8.5	Literatur zu diesem Vertiefungsthema	- 552 -
9	Freizeit, Kultur und Sport	- 581 -
9.1	Erholung und Reisen	- 587 -
9.1.1	Ausflüge oder kurze Reisen	- 587 -
9.1.2	Urlaubsreisen	- 590 -
9.2	Kultur	- 593 -
9.2.1	Eigene kulturelle Aktivitäten	- 593 -
9.2.2	Besuch von kulturellen Veranstaltungen	- 596 -
9.3	Sport	- 602 -
9.4	Zufriedenheit mit der Freizeit	- 605 -
9.5	Unterstützung der Teilnahme an Freizeitaktivitäten	- 608 -
9.6	Entwicklung der Teilhabe im Bereich Freizeit, Kultur und Sport	- 609 -
9.7	Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Freizeit, Kultur und Sport	- 611 -
10	Sicherheit und Schutz der Person	- 619 -
10.1	Rechtliche Betreuung und Vorsorgevollmacht	- 627 -
10.1.1	Betreuungsverfahren in Deutschland	- 628 -

10.1.2	Strukturdaten und Qualität in der rechtlichen Betreuung	- 630 -
10.1.3	Vorsorgevollmachten	- 631 -
10.2	Rechtliche Zwangsmaßnahmen oder Eingriffe in die persönliche Integrität	- 632 -
10.2.1	Freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen in Einrichtungen	- 635 -
10.2.2	Strafrechtliche Unterbringung	- 642 -
10.2.3	Ärztliche Zwangsbehandlung	- 643 -
10.2.4	Sterilisation nach Betreuungsrecht	- 644 -
10.3	Geschlechtsangleichende Operationen bei intergeschlechtlichen Kindern	- 645 -
10.4	Gewalterfahrungen	- 646 -
10.4.1	Körperliche Gewalt	- 648 -
10.4.2	Sexualisierte Gewalt	- 652 -
10.4.3	Psychische Gewalt	- 655 -
10.5	Sicherheitsempfinden und Sorgen	- 658 -
10.5.1	Individuelles Sicherheitsempfinden	- 658 -
10.5.2	Sorge über Kriminalität	- 659 -
10.6	Schutz und Hilfen	- 662 -
10.6.1	Hilfen bei Gewalterfahrung	- 663 -
10.6.2	Gewaltprävention	- 666 -
10.7	Entwicklung im Bereich Sicherheit und Schutz der Person	- 669 -
10.8	Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Sicherheit und Schutz der Person	- 675 -
11	Politische und gesellschaftliche Teilhabe	- 690 -

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

11.1	Politische Beteiligung	- 696 -
11.1.1	Wahlrecht und Wahlbeteiligung	- 696 -
11.1.2	Interesse an Politik und eigene politische Aktivitäten	- 703 -
11.2	Zivilgesellschaftliches Engagement	- 709 -
11.3	Interessenvertretung	- 715 -
11.4	Entwicklungen im Bereich politische und gesellschaftliche Beteiligung-	721 -
11.5	Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Politische und gesellschaftliche Teilhabe	- 724 -
12	Daten und Methoden	- 730 -
12.1	Auswertungen von Befragungsdaten	- 731 -
12.2	Daten aus Verwaltungsprozessen	- 741 -
12.3	Methodische Erläuterungen: Repräsentativität, Gewichtung und Signifikanz	- 742 -
13	Literatur und Quellen	- 744 -
13.1	Literatur	- 744 -
13.2	Datenquellen	- 772 -
14	Abkürzungsverzeichnis	- 774 -
15	Abbildungsverzeichnis	- 779 -
16	Tabellenverzeichnis	- 787 -

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Bearbeitung:

Jakob Maetzel
Andreas Heimer
Jan Braukmann
Patrick Frankenbach
Lätizia Ludwig
Sabrina Schmutz

Prognos AG

im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Das Wichtigste in Kürze

Der dritte Teilhabebericht liefert der Politik eine breite Informations- und Entscheidungsgrundlage. Anhand des Teilhabeberichts wird Politik in die Lage versetzt, Fortschritte bei der Umsetzung der UN-BRK zu beurteilen und auf dieser Grundlage geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen ergreifen zu können. Ähnlich wie der allgemeinere Sozialbericht beschreibt der Teilhabebericht die Lebenslage von Menschen mit Beeinträchtigungen und zeigt auf, wie sich Teilhabe zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen unterscheidet und welche Entwicklungen im Zeitverlauf zu beobachten sind.

Der dritte Teilhabebericht zeigt an einigen wichtigen Stellen positive Entwicklungen in den Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Beeinträchtigungen auf: Dies betrifft zum Beispiel den Rückgang der Arbeitslosenquote bei Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung, die steigende Zahl der Leistungsbeziehenden des ambulant betreuten Wohnens, viele Verbesserungen im öffentlichen Personenverkehr sowie die steigende Wahlbeteiligung der Menschen mit Beeinträchtigungen. Es gibt aber auch Bereiche, in denen die Entwicklung stagnierte oder sogar leicht rückläufige Tendenzen festzustellen sind. Dies betrifft zum Beispiel die soziale Teilhabe am familiären und außerfamiliären Leben, die Ausbildung und berufliche Bildung sowie die Selbsteinschätzung von Menschen mit Beeinträchtigungen hinsichtlich ihres Gesundheitszustands.¹

- **Anzahl der Menschen mit Beeinträchtigungen gestiegen**

Im Jahr 2017 zählten 13,04 Millionen Personen zur Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen. Für den Zeitraum 2009 bis 2017 ergibt sich ein Zuwachs um 9 Prozent. Die Anzahl der Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung stieg dabei stark an (+ 9 %), bei Frauen stärker als bei Männern. Ursächlich hierfür ist neben der demographischen Entwicklung insbesondere ein Anstieg bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Besonders stark hat die Anzahl der Menschen mit Beeinträchtigungen und einem Migrationshintergrund zugenommen, und zwar um 30 Prozent zwischen 2009 und 2017.

- **Rückgang der Arbeitslosigkeit bei Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung**

Die Erwerbsbeteiligung von Menschen mit Beeinträchtigungen ist erheblich geringer als diejenige von Menschen ohne Beeinträchtigungen. Obwohl die Erwerbstätigenquote gegenüber dem Jahr 2009 gestiegen ist, waren im Jahr

¹ Die im Bericht aufgeführten finanziellen Belastungen werden innerhalb der jeweiligen Haushaltsansätze der betroffenen Einzelpläne gegenfinanziert. Die Aufführung von Maßnahmen mit finanzieller Belastung präjudiziert weder laufende noch künftige Haushaltsverhandlungen.

2017 von den Menschen mit Beeinträchtigungen 53 Prozent erwerbstätig, während es von den Menschen ohne Beeinträchtigungen 81 Prozent waren. Die Arbeitslosenquote von Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung ist kontinuierlich von 13,4 Prozent im Jahr 2015 auf 11,2 Prozent im Jahr 2019 gesunken. Damit lag sie jedoch nach wie vor deutlich über der allgemeinen Arbeitslosenquote von 6,5 Prozent im Jahr 2019.

- **Mehr Menschen im ambulant betreuten Wohnen**

Die Zahl der Leistungsbeziehenden des ambulant betreuten Wohnens stieg zwischen 2014 und 2018 deutlich um 22 Prozent auf 197.612 Personen an. Das ist ein Anteil von 50,4 Prozent an allen Hilfebeziehenden im ambulant betreuten oder stationären Wohnen. Statistiken zu den betreuten Wohnformen zeigen allerdings, dass Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung besonders häufig zu den Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Einrichtungen gehören. Der gewünschte Trend zu möglichst selbstständigen Wohnformen setzte sich demnach bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen nicht in gleichem Maße durch wie bei Menschen mit anderen Beeinträchtigungsformen. Auch im Alter und bei altersbedingter Pflegebedürftigkeit wohnen Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen oft in stationären Wohneinrichtungen.

- **Verbesserungen im öffentlichen Personennahverkehr**

Im Bereich des öffentlichen Personenverkehrs sind viele Verbesserungen sowohl bei den Bussen und Bahnen als auch bei den Haltestellen erreicht worden. Beispielsweise sind rund 78 Prozent der Bahnhöfe stufenlos erreichbar, rund 53 Prozent aller Bahnsteige sind mit taktilen Leitsystemen ausgestattet, 61 Prozent der Linienbusse sind als Niederflerbusse im Einsatz. Barrieren bestehen dennoch fort. Insbesondere ist nur die Minderheit der Fernzüge der Deutschen Bahn weitgehend oder vollständig barrierefrei. Bei den Bussen gibt es ein ausgeprägtes Stadt-Land-Gefälle. Das weist darauf hin, dass Menschen mit Beeinträchtigungen in ländlichen Gegenden schlechtere Bedingungen für ihre Mobilität vorfinden.

- **Steigende Wahlbeteiligung von Menschen mit Behinderungen**

Der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die sich an der Bundestagswahl 2017 beteiligten, ist deutlich von 78,2 Prozent im Jahr 2013 auf 84,6 Prozent gestiegen. Damit ist die Beteiligungsquote zwar immer noch etwas geringer als bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen (87,1 % im Jahr 2017, 83,3 % im Jahr 2013). Im Vergleich zur Bundestagswahl 2013 näherte sich die Wahlbeteiligung der Menschen mit Beeinträchtigungen jedoch an die der Menschen ohne Beeinträchtigungen an. Darüber hinaus gaben im Jahr 2018 44,6 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen an, sich stark oder

sehr stark für Politik zu interessieren. Damit war der Anteil höher als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen (40,7 %).

- **Soziale Teilhabe von Menschen mit Behinderung ist eingeschränkt**

Statistische Daten zeigen, dass die selbstbestimmte Gestaltung des sozialen Lebens von Menschen mit im Vergleich zu Menschen ohne Beeinträchtigung eingeschränkt ist. Zum Beispiel leben 33 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen allein, der Anteil der alleinlebenden Menschen ohne Beeinträchtigungen beträgt 18 Prozent. Unterschiede werden auch in der Intensität sozialer Beziehungen deutlich: 25 Prozent der Personen mit Beeinträchtigungen und 17 Prozent der Personen ohne Beeinträchtigungen geben an, eine geringe soziale Unterstützung zu erfahren. Auch haben Menschen mit Beeinträchtigungen doppelt so häufig (16 %) das Gefühl fehlender Gesellschaft als Menschen ohne Beeinträchtigungen (8 %). 33 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen fühlen sich oft einsam; bei Menschen ohne Beeinträchtigungen sind dies 16 Prozent.

Zusammenfassend ergibt sich das Bild, dass die unmittelbare soziale Teilhabe am familiären und außerfamiliären Leben für Menschen mit Beeinträchtigungen deutlich erschwert ist. Entwicklungen im Zeitverlauf zeigen darüber hinaus, dass sich daran wenig ändert.

- **Licht und Schatten bei Bildung und Ausbildung von Menschen mit Behinderung**

Bildung und Ausbildung sollen die Chancen von Menschen mit Beeinträchtigungen auf Teilhabe und Selbstbestimmung erhöhen. Folgende Entwicklungen sind in den vorgestellten Statistiken erkennbar: Immer mehr Kinder mit Beeinträchtigungen werden aufgrund einer festgestellten Beeinträchtigung in allgemeinen Bildungseinrichtungen speziell gefördert. Das zeigt sich bei Angeboten in der frühen Kindheit ebenso wie in den Schulen, in denen die Zahl der Kinder mit sonderpädagogischer Förderung kontinuierlich ansteigt. Einem starken Anstieg der Inklusionsquote in den letzten Jahren steht jedoch nur eine geringfügige Abnahme der Sonderschulbesuchsquote gegenüber. Die hohe Inklusionsquote ist daher weiterhin vor allem als eine Folge der gestiegenen Förderquote an Regelschulen zu verstehen.

In der beruflichen Bildung stagniert die Zahl der Auszubildenden mit Beeinträchtigungen weitgehend. Die Anzahl der Auszubildenden mit anerkannter Schwerbehinderung ist seit 2014 um 7,7 Prozent gestiegen – ihr Anteil an allen Auszubildenden blieb jedoch unverändert und lag im Jahr 2017 bei 0,7 Prozent.

- **Menschen mit Beeinträchtigungen beurteilen ihren Gesundheitszustand negativer als Menschen ohne Beeinträchtigungen**

Die Selbsteinschätzung von Menschen mit Beeinträchtigungen bezüglich ihres Gesundheitszustands ist deutlich negativer als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen. 13 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen schätzen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein, während dies bei 60 Prozent der Menschen ohne Beeinträchtigungen der Fall ist. Objektive Indikatoren wie zum Beispiel krankheitsbedingte Fehltage bei der Arbeit, die Häufigkeit depressiver Symptome, emotionale Störungen, die Häufigkeit von Arztbesuchen etc. stützen diesen großen Unterschied in der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes zwischen beiden Gruppen.

Das individuelle Gesundheitsverhalten von Menschen mit Beeinträchtigungen ist in der Regel risikobehafteter als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen. Das zeigt sich vor allem beim Rauchen und der gesundheitsbewussten Ernährung. Dabei ist die Grundannahme, dass diese Verhaltensunterschiede sozialstrukturelle Ursachen haben und auch Symptome einer benachteiligten Lebenssituation sind. Hinzu kommen nach wie vor gravierende Einschränkungen beim Zugang zu Arztpraxen. Die meisten Arztpraxen sind für mobilitätsbeeinträchtigte Menschen nicht uneingeschränkt zugänglich. Werden weitere Anforderungen aufgrund von Beeinträchtigungen wie höhenverstellbare Untersuchungsmöbel oder barrierefreie Sanitäranlagen gestellt, verringert sich der Anteil der Arztpraxen weiter, die diese Anforderungen erfüllen.

Fortschritte in der Teilhabeforschung und -berichterstattung

Der dritte Teilhabebericht der Bundesregierung entwickelt die bisherige Teilhabeforschung weiter: Er schreibt zum einen die beiden Vorgängerberichte fort, indem er fundierte Informationen zur Lebenslage von Menschen mit Beeinträchtigungen zur Verfügung stellt. Der Bericht schafft eine Gesamtschau und verbindet verschiedenste Daten miteinander. Er zeigt auf, wie sich Teilhabe zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen unterscheidet und welche Entwicklungen im Zeitverlauf zu beobachten sind. Zum anderen betritt der dritte Teilhabebericht Neuland: Er bezieht exemplarisch erste Daten aus der noch bis 2021 laufenden Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (kurz: Teilhabebefragung) ein. Dies hat mehrere Vorteile:

■ Breitere Datenbasis

Im Zentrum stehen erste Analysen zu Fragestellungen, auf die die bisherigen Teilhabeberichte wegen fehlender Daten noch keine Antworten liefern konnten. Mit den hier vorgestellten exemplarischen Auswertungen der Teilhabebefragung in den Kapiteln Grunddaten, Familie und Soziales Netz, Erwerbsarbeit und materielle Lebenssituation sowie Alltägliche Lebensführung entwickelt der aktuelle Bericht die bisherige Teilhabe-Berichterstattung fort. Deutlich wird dabei, welches Potenzial die Teilhabebefragung für eine differenzierte Lebenslagenberichterstattung von Menschen mit Beeinträchtigungen hat.

■ Präzisere Definitionen und Abgrenzungen

Darüber hinaus liefert die Teilhabebefragung präzisere Definitionen und Abgrenzung der betrachteten Personengruppen. Durch die konsequente Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells der Internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) entstehen drei Gruppen, die in ihrer Teilhabe miteinander verglichen werden: Menschen ohne Beeinträchtigungen, Menschen mit Beeinträchtigungen und solche mit selbst eingeschätzter Behinderung. Mit dieser Differenzierung operationalisiert die Teilhabebefragung das soziale Verständnis von Behinderung und stellt dabei die Sicht der Menschen, um die es geht, in den Vordergrund der Analyse.

■ ICF-basierte Datenbasis

Damit erhalten zukünftige Teilhabeberichte eine Datenbasis, die über die Lebenssituationen von Menschen mit Beeinträchtigungen und mit Behinderungen Auskunft gibt und diese Personengruppen auf der Grundlage des Konzepts der ICF beschreibt. Datenquellen, die dem Verständnis der ICF von Beeinträchtigungen und Behinderungen in geringerem Maße entsprechen, werden weiterhin herangezogen, um zeitliche Entwicklungen darzustellen und über Bereiche zu informieren, die von der Teilhabebefragung nicht abgedeckt werden.

1 Einleitung

1.1 Wie geht es voran mit der Inklusion? Auftrag und Zielsetzung dieses Berichts

Im Jahr 1982 hat der Deutsche Bundestag beschlossen, dass die Bundesregierung in jeder Wahlperiode über die Lage der Menschen mit Behinderungen und die Entwicklung ihrer Teilhabe berichtet. Mit dem ersten Teilhabebericht über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen (2013) nimmt die Berichterstattung nicht mehr nur das Leistungssystem für die Gruppe der Menschen mit anerkannter Behinderung in den Blick. Vielmehr stellt sie im Sinne eines Sozialberichtes empirisch fundierte Informationen zur Lebenslage von Menschen mit Beeinträchtigungen zur Verfügung und bietet der Bundesregierung so eine neue Grundlage für ihre Politik.

Die Anforderungen an die Politik für Menschen mit Behinderungen haben sich seit Beginn der Berichterstattung stark verändert. Besonders große Veränderungen wurden angestoßen, nachdem die Bundesrepublik Deutschland 2009 die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) unterzeichnet hat. Damit hat sie sich verpflichtet, die in der UN-BRK beschriebenen Rechte von Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten beziehungsweise auf ihre Gewährleistung hinzuwirken. Auch die Berichte über die Lage von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen haben seitdem eine andere Funktion. Sie sollen nun aufzeigen, wie gut Deutschland auf dem Weg zu einer inklusiven Gesellschaft, gemessen am Maßstab einer gleichberechtigten Teilhabe, vorankommt und an welchen Stellen die Rechte von Menschen mit Behinderungen noch nicht ausreichend umgesetzt sind.

Nach Artikel 35 Absatz 2 UN-BRK ist Deutschland verpflichtet, alle vier Jahre einen Bericht zum Umsetzungsstand der Konvention vorzulegen. Im zweiten und dritten Berichtszyklus hat Deutschland am 1. Oktober 2019 den Staatenbericht auf Grundlage der Frageliste (list of issues) des Ausschusses der Vereinten Nationen für die Rechte von Menschen mit Behinderungen über den Stand der Verwirklichung der Rechte aus der Behindertenrechtskonvention vorgelegt. Ziel der Bundesregierung ist es, den Weg zu einer inklusiven Gesellschaft in Deutschland entsprechend der Zielsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention aktiv weiter zu gehen.

Diese politische Querschnittsaufgabe spiegelt auch der Bericht wider. Der Bericht informiert über die wichtigsten Entwicklungen im Bereich der Inklusion seit der letzten Staatenprüfung 2015.

Sowohl die Reform der Eingliederungshilfe als auch die Änderungen des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG), die Weiterentwicklung des Behindertengleichstellungsrechts sowie der Diskussionsprozess zum Betreuungsrecht sind für diesen Ansatz beispielhafte Vorhaben, welche gerade auch im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention erfolgten.

Mit dem aktuellen Nationalen Aktionsplan 2.0 aus dem Jahr 2016 hat sich die Bundesregierung wie auch schon im vorherigen Aktionsplan zum Ziel gesetzt, das Leitbild der Inklusion umzusetzen. Im Nationalen Aktionsplan 2.0 heißt es dazu: „Inklusion im Sinne der UN-BRK bedeutet für die Bundesregierung, dass Menschen mit und ohne Behinderungen von Anfang an gemeinsam in allen Lebensbereichen selbstbestimmt leben und zusammenleben. Inklusion ist fortwährend und andauernd zu leben und zu verwirklichen. Sie muss von der Gesellschaft gemeinsam geleistet und gelebt werden. Dabei ist es Anspruch und Ziel der Bundesregierung, die volle Verwirklichung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten für alle Menschen mit Behinderungen ohne jede Diskriminierung aufgrund von Behinderung gemäß der Verpflichtung aus Artikel 4 Absatz 1 UN-BRK zu gewährleisten und zu fördern“ (BMAS 2016d: 13). Der Nationale Aktionsplan wird derzeit fortgeschrieben.

In Artikel 4 UN-BRK, auf den sich die Bundesregierung hier bezieht, wird wiederholt darauf hingewiesen, dass „geeignete“ Maßnahmen zu ergreifen sind. Maßnahmen können aber nur dann geeignet sein, wenn sie möglichst zielgenau dort eingreifen, wo die Rechte von Menschen mit Beeinträchtigungen nicht ausreichend gewährleistet werden, wo sie also nicht die gleichen Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe haben oder andere soziale Benachteiligungen erfahren. Genau hierzu werden Informationen benötigt, die auch dieser Bericht liefern soll.

Die UN-BRK verpflichtet die Bundesrepublik Deutschland darüber hinaus direkt, eine geeignete Informationsgrundlage zu schaffen, damit die UN-BRK möglichst gut umgesetzt und der entsprechende Fortschritt beurteilt werden kann. In Artikel 31 Absatz 1 heißt es: „Die Vertragsstaaten verpflichten sich zur Sammlung geeigneter Informationen, einschließlich statistischer Angaben und Forschungsdaten, die ihnen ermöglichen, politische Konzepte zur Durchführung dieses Übereinkommens auszuarbeiten und umzusetzen.“ In Artikel 31 Absatz 2 steht zum Verwendungszweck der so gesammelten Informationen, dass sie „verwendet (werden), die Umsetzung der Verpflichtungen aus diesem Übereinkommen durch die Vertragsstaaten zu beurteilen und die Hindernisse, denen sich Menschen mit

Behinderungen bei der Ausübung ihrer Rechte gegenübersehen, zu ermitteln und anzugehen.“

Die Bundesregierung hat die zunehmende Bedeutung einer aussagekräftigen Berichterstattung über die Teilhabechancen und Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen erkannt. Im Nationalen Aktionsplan 2.0 hat sie den „Aufbau einer validen, aussagekräftigen Datengrundlage und [das] [...] Gewinnen von Erkenntnissen aus der Teilhabeforschung als Fundament einer evidenzbasierten Politik für Menschen mit Behinderungen“ (BMAS 2016d: 17) zu einem von fünf „Instrumentalzielen“ der Bundesregierung erklärt.

Die in diesem Bericht ausgewerteten Daten und Statistiken sollen also eine Grundlage dafür schaffen, die Umsetzung der Rechte aus der UN-BRK zu bewerten, auf politischen und gesellschaftlichen Handlungsbedarf aufmerksam zu machen und ihn möglichst genau zu beschreiben. Der Bericht unterstützt die Bundesregierung, andere staatliche Akteure und nichtstaatliche Organisationen dabei, „geeignete“ wirksame Maßnahmen zu entwickeln, um auf dem Weg zu einer inklusiven Gesellschaft voranzukommen.

1.2 Um wen geht es? Zielgruppen und ihre Definitionen

In diesem Bericht sollen die Lebenslagen von *Menschen mit Beeinträchtigungen* untersucht werden. Es geht also um Menschen mit dem gemeinsamen Merkmal einer Beeinträchtigung. Der zweite Personenkreis, der in diesem Bericht angesprochen wird, sind *Menschen mit Behinderungen*. In der fachlichen und politischen Debatte werden die beiden Bezeichnungen teilweise für die gleiche Gruppe von Menschen verwendet, teilweise aber auch für unterschiedliche Gruppen.

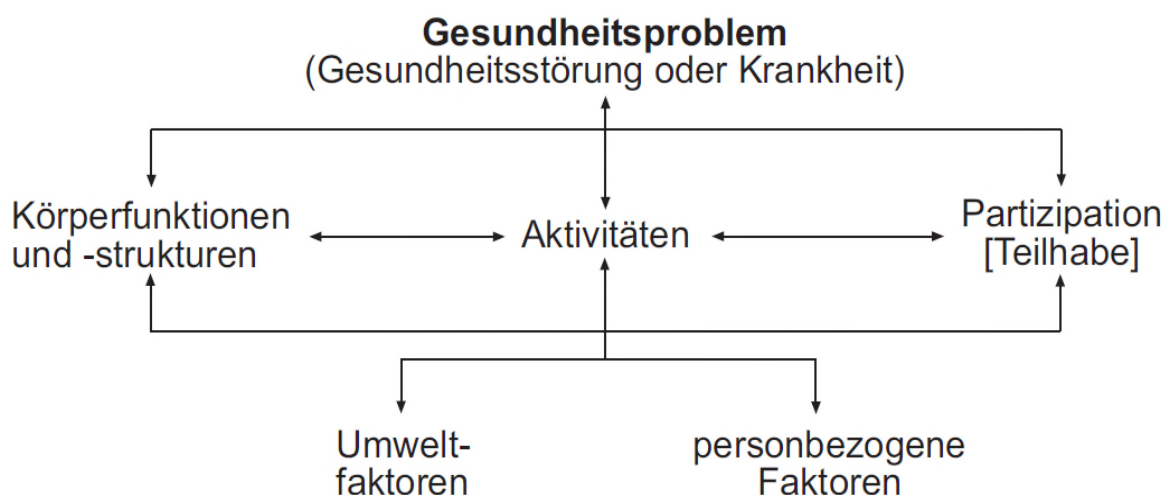
Für das Verständnis der Berichterstattung ist es wichtig, dass die Begriffe Beeinträchtigung und Behinderung in diesem Bericht Verschiedenes bezeichnen. Die Bedeutungen der Begriffe werden im Folgenden erläutert. Dabei werden zunächst Begriffsverständnisse eingeführt, die auf maßgeblichen inhaltlichen und rechtlichen Konzepten beruhen.

Der Begriff *Menschen mit Beeinträchtigungen* bezeichnet in diesem Bericht also nicht die gleiche Gruppe wie der Begriff *Menschen mit Behinderungen*. Die Definitionen von Menschen mit Beeinträchtigungen und Menschen mit Behinderungen, die diesem Bericht zugrunde liegen, orientieren sich an der Internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health, kurz: ICF). Dort werden die beiden Gruppen wie folgt definiert:

- Zu den **Menschen mit Beeinträchtigungen** werden Menschen gezählt, wenn folgende Bedingungen auf sie zutreffen:
 - Sie haben Schädigungen von Körperstrukturen oder -funktionen, wobei auch psychische Funktionsstörungen hierunter gefasst werden.
 - Ihre Leistungsfähigkeit ist bei Aktivitäten im Zusammenhang mit diesen Schädigungen dauerhaft beeinträchtigt.²
- Um zu den **Menschen mit Behinderungen** gezählt zu werden, muss Folgendes zutreffen:
 - Es handelt sich um Menschen mit Beeinträchtigungen, mit den soeben beschriebenen Merkmalen.
 - Ihre Beeinträchtigungen wirken so mit Barrieren in ihrer räumlichen und gesellschaftlichen Umwelt zusammen, dass die Menschen mit Beeinträchtigungen dadurch nicht gleichberechtigt mit Menschen ohne Beeinträchtigungen an einzelnen Lebensbereichen teilhaben können.

Abbildung 1 veranschaulicht, wie gesundheitliche Probleme, Umwelt- und personenbezogene Faktoren auf die Aktivitäten und Teilhabe einer Person einwirken.

Abbildung 1: Das „bio-psycho-soziale Modell“ der ICF



Quelle: DIMDI (2005)

² Die ICF unterscheidet neun „Domänen“ der Aktivitäten und Partizipation: Lernen und Wissensanwendung, Allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, häusliches Leben, interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, bedeutende Lebensbereiche sowie Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben.

In dieser Abbildung werden auch Umweltfaktoren aufgeführt. Der Einbezug von Umweltfaktoren markiert eine Abkehr von früheren Konzepten von Behinderungen: „Dem Verständnis der UN-BRK und der ICF zu Folge ist Behinderung also nicht länger die individuell vorhandene gesundheitliche Störung [...] oder die Normabweichung. Es ist vielmehr so, dass sich die Behinderung durch Entfaltung personaler Ressourcen sowie gelingende Interaktion zwischen dem Individuum sowie seiner materiellen und sozialen Umwelt abbauen kann“ (BMAS 2013a: 31). Eine Behinderung wird nicht mehr als Eigenschaft einer Person aufgefasst, sondern als das Ergebnis einer problematischen Wechselbeziehung zwischen individuellen Voraussetzungen und Umweltbedingungen beziehungsweise Kontextfaktoren. Die Person ist nicht behindert, sie wird behindert.

Die eben vorgestellte Definition der ICF von Behinderung steht im Einklang mit Artikel 1 Absatz 2 UN-BRK. Dort heißt es: „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“

Im deutschen Sozialrecht hat sich der Begriff *Behinderung* etabliert. Menschen mit Behinderungen sind nach dem Gesetz zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (Behindertengleichstellungsgesetz, kurz: BGG) „Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können. Als langfristig gilt ein Zeitraum, der mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate andauert“ (§ 3 BGG). Diese Definition findet sich ergänzt um zusätzliche Aspekte in § 2 Absatz 1 im SGB IX. Vor allem werden dort auch Menschen als potenziell leistungsberechtigte Personen aufgeführt, die von einer Behinderung bedroht sind.

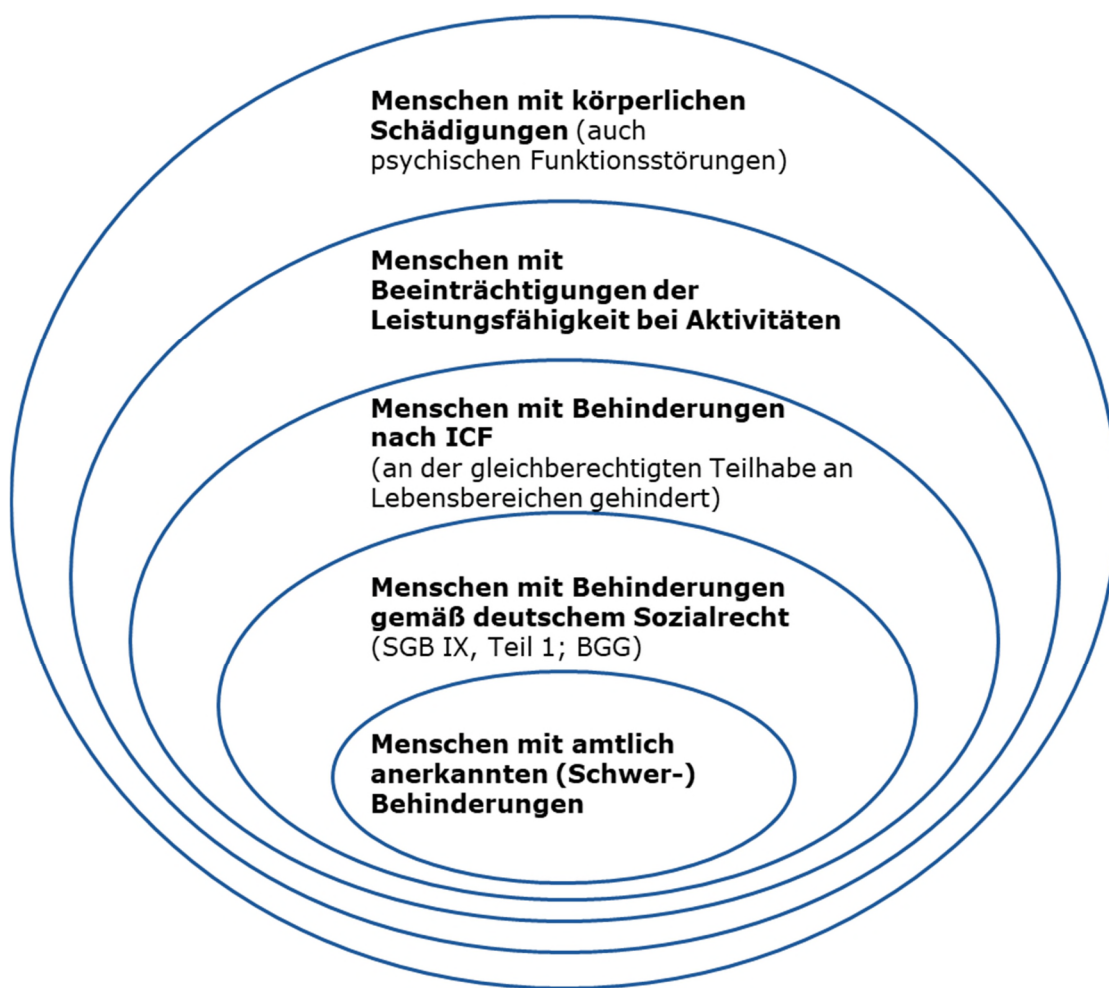
Eine weitere Definition von *Menschen mit Behinderungen* hängt mit der amtlichen Anerkennung einer Behinderung zusammen. Menschen mit Beeinträchtigungen können bei der zuständigen Stelle die amtliche Anerkennung einer Behinderung beantragen. Dabei wird je nach Schwere der Beeinträchtigung ein Grad der Behinderung (GdB) zugemessen, der in Zehnerschritten von 20 bis 100 reicht. Ab einem GdB von 50 wird von *Schwerbehinderung* gesprochen (§ 2 Absatz 2 SGB IX). Die zuständigen Behörden stellen gleichzeitig auch den Schwerbehindertenausweis aus, in dem der GdB sowie bestimmte Merkzeichen eingetragen sein können, die zur Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen berechtigen.

Nicht alle Menschen mit Beeinträchtigungen beantragen diese amtliche Anerkennung. Ein Grund dafür kann sein, dass sie diese Möglichkeit nicht kennen. Es kann aber auch sein, dass sie keinen Anspruch auf einen Nachteilsausgleich haben und die Anerkennung einer Behinderung deshalb für sie nicht sinnvoll erscheint. Außerdem verzichten manche Betroffene bewusst darauf, sich eine Beeinträchtigung amtlich anerkennen zu lassen, weil sie befürchten, dass sie damit Vorurteile im sozialen Umfeld oder bei der Arbeitsstelle hervorrufen und ihre Teilhabechancen dadurch weiter eingeschränkt werden könnten. (BMAS 2016d: 16)

In Abbildung 2 ist dargestellt, wie sich die verschiedenen definierten Gruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen und Menschen mit Behinderungen zueinander verhalten:

- *Menschen mit dauerhaften körperlichen Schädigungen (auch psychischen Funktionsstörungen)*, werden durch den größten Kreis dargestellt. Sie umfassen alle anderen dargestellten Gruppen, die in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt sind und zusätzlich noch Menschen mit körperlichen Schädigungen ohne Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit.
- Ein Teil dieser Menschen ist in der *Leistungsfähigkeit bei Aktivitäten beeinträchtigt*. Sie werden durch den zweiten Kreis dargestellt.
- Von diesen kann wiederum ein Teil aufgrund dieser Beeinträchtigungen nicht in gleichberechtigter Weise an verschiedenen Lebensbereichen teilhaben. Diese Menschen werden als *Menschen mit Behinderungen nach ICF* bezeichnet.
- Schließlich gibt es noch weitere Teilgruppen, die beispielsweise durch das deutsche Sozialrecht und die amtliche Anerkennung als schwerbehindert definiert werden.

Abbildung 2: Beeinträchtigungen und Behinderungen laut ICF und deutschem Sozialrecht



Auch *Menschen ohne Beeinträchtigungen* sind für diesen Bericht von großer Bedeutung. Denn erst im Vergleich der Lebenssituationen von Menschen mit Beeinträchtigungen und Menschen ohne Beeinträchtigungen kann ermittelt werden, ob sich Beeinträchtigungen benachteiligend auswirken und wie stark dies der Fall ist. Zur Gruppe der *Menschen ohne Beeinträchtigungen* zählen auch Menschen mit körperlichen Schädigungen, wenn mit diesen keine Beeinträchtigungen von Aktivitäten verbunden sind.

Lesehilfe

Für die Leserinnen und Leser ist es möglicherweise irritierend, dass in den Kapiteln über die Lebensbereiche immer wieder unterschiedliche Begriffe für scheinbar dieselbe Zielgruppe, über die berichtet wird, genutzt werden. Die am häufigsten verwendeten Begriffe „Menschen mit Beeinträchtigungen“, „Menschen mit Behinderungen“, „Menschen mit anerkannter Behinderung“ und „Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung“ bezeichnen jedoch unterschiedlich abgegrenzte Gruppen, die nicht miteinander gleichzusetzen sind. Im Folgenden erläutern wir kurz, was unter den im Bericht am häufigsten verwendeten Begriffen verstanden wird.

1. Menschen mit Beeinträchtigungen

Als solche werden Menschen bezeichnet, die im Zusammenhang mit Schädigungen von Körperstrukturen und -funktionen dauerhaft bei Aktivitäten beeinträchtigt sind. Menschen mit Beeinträchtigungen werden je nach Datenquelle statistisch unterschiedlich abgegrenzt. Gemeinsam ist allen so bezeichneten Gruppen jedoch, dass die zugehörigen Personen durch ihre Beeinträchtigungen nicht unbedingt bei ihren Aktivitäten im Alltagsleben eingeschränkt sein müssen, sie können es aber gleichwohl sein.

Datenquellen, die Auskunft über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen geben, sind allgemeine Bevölkerungsbefragungen, dazu gehören der Mikrozensus, das Sozioökonomische Panel (SOEP), die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) und die „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS). Auch die speziell auf Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen ausgerichtete Teilhabebefragung gibt über diese Personengruppe Auskunft.

2. Menschen mit Behinderungen

Hierbei handelt es sich um Menschen, die bei Aktivitäten im Alltagsleben und/oder bei der gleichberechtigten Teilhabe durch Wechselwirkungen von eigenen Beeinträchtigungen und Barrieren in der Umwelt behindert werden. Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich um eine amtlich anerkannte Behinderung oder Schwerbehinderung handelt.

Die einzige Datenquelle, die in diesem Bericht umfassend Auskunft über die Lebenslage und Teilhabechancen dieser Personengruppe Auskunft gibt, ist die Teilhabebefragung. Vereinzelt werden auch Studienergebnisse angeführt, die über Menschen mit Behinderungen berichten.

3. Menschen mit anerkannter Behinderung und anerkannter Schwerbehinderung

Zu den Menschen mit einer anerkannten Behinderung oder einer anerkannten Schwerbehinderung zählen alle Personen, deren Behinderung von einem zuständigen Amt festgestellt beziehungsweise anerkannt wurde. Mit der Anerkennung geht die Vergabe eines Schweregrades der Behinderung in Form eines Grades der Behinderung (GdB) einher. Wenn ein GdB von 50 oder mehr vergeben wurde, so hat diese Person eine anerkannte Schwerbehinderung. Über Menschen mit anerkannter Behinderung oder anerkannter Schwerbehinderung geben verschiedene amtliche Statistiken Auskunft, wie etwa die Arbeitsmarktstatistik der Bundesagentur für Arbeit oder die Statistik der Eingliederungshilfe. Eine wichtige Datenquelle ist hier die Schwerbehindertenstatistik, die allerdings nur Informationen über die Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung enthält. Bevölkerungsrepräsentative Befragungen wie der Mikrozensus informieren ebenfalls über die Lebenslagen von Menschen mit anerkannter Behinderung oder Schwerbehinderung in diesem Bericht.

In der folgenden Tabelle wird noch einmal übersichtlich dargestellt, welche Datenquellen für die Auswertungen zu den genannten Teilgruppen herangezogen wurden.

Bezeichnungen	Datenquellen
Menschen mit Beeinträchtigungen	<ul style="list-style-type: none"> - Mikrozensus - SOEP - GEDA - KiGGS - Teilhabebefragung - diverse Forschungsliteratur
Menschen mit Behinderungen	<ul style="list-style-type: none"> - Teilhabebefragung - diverse Forschungsliteratur

Menschen mit anerkannter (Schwer-) Behinderung	<ul style="list-style-type: none"> - Mikrozensus - SOEP - GEDA - KiGGS - Statistik der schwerbehinderten Menschen - Sozialhilfestatistik (inkl. Eingliederungshilfe) - Beschäftigten- und Arbeitslosenstatistik - diverse Forschungsliteratur
--	---

1.3 Was wird im Bericht beschrieben? Lebenslagen und Teilhabe

Mit dem Begriff **Lebenslage** wird die Gesamtheit der Ressourcen und Beschränkungen bezeichnet, die eine Person bei der Verwirklichung eigener Lebensvorstellungen beeinflussen. Ressourcen und Beschränkungen können sich beispielsweise auf die wirtschaftliche Lage, auf die Bildung oder die soziale Einbindung beziehen, die für die Entfaltungsmöglichkeiten einer Person von Bedeutung sind.

Mehrere Lebensbereiche bestimmen die Lebenslage eines Menschen. Diese Lebensbereiche können unterschiedlich abgegrenzt werden. Im vorliegenden Bericht entsprechen die Kapitel 3 *Familie und soziales Netz* bis 10 *Politische und gesellschaftliche Teilhabe* den betrachteten Lebensbereichen. Dabei werden jeweils Ressourcen, die den Menschen dort zur Verfügung stehen und Beschränkungen, mit denen sie dort konfrontiert sind, betrachtet. Dabei kann die Lebenssituation eines Menschen in Bezug auf die einzelnen Lebensbereiche nur im Vergleich zu anderen Menschen bestimmt werden.

Das Lebenslagenkonzept in der Sozialberichterstattung betrachtet dabei nicht nur die jeweilige Dimension isoliert, sondern die Wechselwirkungen zwischen den Handlungsmöglichkeiten und -beschränkungen in unterschiedlichen Lebensbereichen. Untersuchungen, denen der Lebenslagenansatz zugrunde liegt, verfolgen damit das Ziel, die Vielschichtigkeit der Lebenswirklichkeit der Menschen und deren Handlungsspielräume möglichst umfassend zu beschreiben. Sie nutzen dabei nicht nur objektive Merkmale, sondern auch subjektive Einschätzungen, z. B. in

Form persönlicher Einstellungen, Selbsteinschätzungen oder bei der Bewertung immaterieller Dinge wie der sozialen Einbindung. (BMAS 2013a: 33; Engels 2008: 643 ff.; Voges et al. 2003: 44 ff.)

Neben der Lebenslage ist der Aspekt der **Teilhabe** für die Darstellungen in diesem Bericht grundlegend. In Artikel 3c UN-BRK wird als ein allgemeiner Grundsatz der UN-BRK die „volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft“ angeführt. Die eingeschränkte Teilhabe in einem Lebensbereich ist zugleich das Merkmal, das in der ICF zur Definition der Behinderung herangezogen wird. Wenn „soziale Inklusion“ der Leitgedanke der UN-BRK ist und den „Wandel hin zu einer selbstverständlichen Zugehörigkeit“ von Menschen mit Beeinträchtigungen bezeichnet (Bielefeldt 2009: 11), dann wird die Verwandtschaft von Teilhabe und Inklusion deutlich. Der weite Begriff der Inklusion bezieht sich auf die gesellschaftlichen Bedingungen für die individuellen Teilhabechancen von Menschen mit den unterschiedlichsten Eigenschaften. Diese können beispielsweise das Alter, das Geschlecht, den Bildungsstand oder das Vorliegen eines Migrationshintergrunds betreffen. In diesem Bericht geht es um die Teilhabechancen von Menschen mit Beeinträchtigungen oder mit Behinderungen.

Teilhabe betont gegenüber dem Lebenslagenansatz die soziale Zugehörigkeit und die Risiken, ausgeschlossen zu sein. Dennoch gibt es nicht nur Teilhabe oder Nichtteilhabe, sondern auch unterschiedliche Grade der Teilhabe. Zugleich ist es möglich und kommt regelmäßig vor, dass Personen in einigen Lebensbereichen teilhaben und in anderen Lebensbereichen wiederum nicht.

Die Statistiken, die in diesem Bericht dargestellt werden, sollen über unterschiedliche Dinge Auskunft geben:

- Die meisten Darstellungen vergleichen einzelne Lebenssituationen von Menschen mit Beeinträchtigungen und Menschen ohne Beeinträchtigungen. Hier besteht das Ziel darin zu zeigen, ob und in welchem Ausmaß Beeinträchtigungen einen Unterschied ausmachen. Dabei werden zum einen die Gruppen insgesamt verglichen, zum anderen in der Regel auch Teilgruppen wie bestimmte Altersgruppen oder mögliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern.
- Teilweise werden die Lebenssituationen von Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen betrachtet, ohne sie mit derjenigen von Menschen ohne Beeinträchtigungen zu vergleichen. Hier geht es darum, ein möglichst genaues Bild davon zu erhalten, welche Menschen mit Beeinträchtigungen im Hinblick auf verschiedene Lebenssituationen besondere Nachteile erfahren. Das kann beispielsweise dadurch erfolgen, dass sich eine Beeinträchtigung im

Zusammenhang mit weiteren soziodemografischen Merkmalen besonders nachteilig auswirkt.

1.4 Welche Daten werden genutzt?

Die vorrangige Informationsgrundlage des Berichts bilden allgemeine repräsentative Befragungen der Bevölkerung, die nicht speziell mit dem Ziel entwickelt wurden, die Lebenssituationen von Menschen mit Beeinträchtigungen und mit Behinderungen zu erfassen.

- Die meisten Ergebnisse beruhen auf dem Mikrozensus. Der Mikrozensus ist eine repräsentative Haushaltsbefragung, die jährlich von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder durchgeführt wird. Er enthält grundlegende Informationen zu verschiedenen Lebensbereichen wie dem Wohnen und dem Arbeitsmarkt. Befragt werden rund 810.000 Personen, die in etwa 370.000 Privathaushalten und Gemeinschaftsunterkünften leben. Informationen zu Menschen mit Behinderungen werden durch den Mikrozensus im 4-Jahres-Rhythmus erhoben. Menschen, die in Gemeinschaftsunterkünften wie Pflegeheimen leben, konnten nicht in die Auswertungen einbezogen werden, da sie im Jahr 2017 nur mit einem stark verkürzten Fragebogen befragt wurden. Der Mikrozensus enthält Angaben zu anerkannten Behinderungen und zum Vorliegen von chronischen Krankheiten.
- Viele Ergebnisse beruhen auf Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP). Das SOEP ist eine jährliche Bevölkerungsbefragung des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW), an der circa 15.000 Haushalte und 30.000 Personen teilnehmen. Erfragt werden dort Daten von Personen und Haushalten zu verschiedenen Themenfeldern wie Beruf, Bildung oder Gesundheit. Alle zwei Jahre lassen sich mit den Daten des SOEP nicht nur Menschen mit anerkannter Behinderung und mit chronischen Erkrankungen, sondern auch Menschen mit Beeinträchtigungen im Alltag abgrenzen.
- Für diesen Bericht wurden auch zwei Befragungen des Robert Koch-Instituts ausgewertet, die den Gesundheitszustand in der Bevölkerung und die sozialen Bedingungen hierfür erfassen sollen. Hierbei handelt es sich um die Studie *Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)* und um die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS).

Neben Bevölkerungsbefragungen wurden auch amtliche Statistiken ausgewertet. Diese Daten werden in der Regel von Behörden in einem regelmäßigen Turnus erhoben. Sie liefern jeweils die Daten zu allen Personen der untersuchten Teilgruppe. Beispiele sind die Statistik der schwerbehinderten Menschen, die Sozialhilfestatistik, die Schulstatistik, die Beschäftigten- und Arbeitslosenstatistik oder

die Statistik der Eingliederungshilfe. Tiefergehende Analysen zur Lebenslage der jeweiligen Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen lassen diese Daten jedoch nicht zu, da sie nur Daten für einen bestimmten Zweck erheben, beispielsweise die Ermittlung eines Bedarfs an schulischer Förderung. Eine vollständige Auflistung der verwendeten amtlichen Statistiken findet sich in Abschnitt 12.2.

Wenn zu relevanten Lebensbereichen weder Daten aus repräsentativen Bevölkerungsbefragungen noch aus amtlichen Statistiken vorliegen, werden auch Einzelstudien herangezogen, die nicht als repräsentativ für die Bevölkerung gelten können. Ein anderer Weg, solche Informationslücken zu schließen, besteht darin, Daten zu Angebotsstrukturen oder anderen Merkmalen der äußeren Umwelt auszuwerten. Ein Beispiel hierfür sind Daten der Deutschen Bahn zur Entwicklung der Barrierefreiheit in ihren Zügen. Um Informationslücken zu schließen werden teilweise auch ältere Daten verwendet, insofern keine aktuelleren vorliegen, die Informationen von grundsätzlicher Bedeutung sind und sich im Zeitverlauf nur in geringerem Umfang ändern.

Von nachgeordneter Bedeutung sind in diesem Bericht Daten zur Entwicklung der Leistungen aus dem Unterstützungssystem für Menschen mit Behinderungen. Im Gegensatz zu den repräsentativen Daten bleiben sie weitgehend unkommentiert. Beispielsweise werden keine Fragen zur Angemessenheit, Zugänglichkeit oder Wirksamkeit von Leistungen beantwortet. Mit der Aufnahme von Leistungsdaten wird hier vielmehr der Berichtspflicht der Bundesregierung über teilhabepolitische Aktivitäten entsprochen. Sie werden ebenfalls für jeden Lebensbereich in zusammenfassender Form berichtet.

Schließlich haben vorläufige Ergebnisse der neuen Teilhabebefragung beispielhaft Eingang in einzelne Kapitel des Berichts gefunden. Über diese Daten wird im nächsten Abschnitt berichtet.

1.5 Wie geht es weiter mit der Berichterstattung? Ausblick auf den nächsten Teilhabebericht

Zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichts gab es in Deutschland noch keine aktuelle repräsentative Befragung von Menschen mit Beeinträchtigungen, die umfassend über die Lebenslagen und Teilhabesituationen von Menschen mit Beeinträchtigungen und Menschen mit Behinderungen Auskunft gibt. Die vom infas-Institut für angewandte Sozialwissenschaft im Auftrag des BMAS durchgeführte *Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen* (kurz: Teilhabebefragung) wird eine solche Datenlage bereitstellen. Sie steht kurz vor dem Abschluss. Damit erhalten zukünftige Teilhabeberichte eine Datenbasis, die

über die Lebenssituationen von Menschen mit Beeinträchtigungen und mit Behinderungen Auskunft gibt und diese Personengruppen gemäß dem Konzept der ICF abgrenzt. Zugleich richten sich auch die weiteren Inhalte dieser Teilhabebefragung an der ICF aus und beziehen sich auf spezifische Aspekte der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen und mit Behinderungen. Sie erfassen also Daten mit hoher Relevanz für diese Personengruppen.

Allein diese spezifische Ausrichtung der Befragung auf die Personengruppen, die auch mit hohem Aufwand barrierefrei durchgeführt wird, stellt einen großen Mehrwert gegenüber der bisherigen Datenlage dar. Weitere methodische und inhaltliche Eigenschaften der Teilhabebefragung werden in Abschnitt 2.5 und in Abschnitt 12.1 berichtet.

Die Teilhabeberichte werden zugleich weiterhin auf viele der bisher verwendeten Datenquellen zurückgreifen. Dafür gibt es mehrere Gründe. Zum einen wird die Teilhabebefragung erstmalig durchgeführt. Sie kann noch nicht über zeitliche Entwicklungen Auskunft geben. Aussagen über Fortschritte bei der Umsetzung der UN-BRK sind auf der Basis der Teilhabebefragung daher noch nicht möglich. Zum anderen kann eine Befragung, auch wenn sie thematisch umfassend angelegt ist, nicht alle Aspekte erfassen, die für die Darstellung der Lebenssituationen und der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen relevant sind. Die Grenzen werden dadurch gesetzt, dass die Länge der Interviews, auf denen die Teilhabebefragung beruht, ein akzeptables Maß nicht überschreiten darf. Schließlich geben die Ergebnisse der Befragung den Blickwinkel der befragten Personengruppen wieder, eine Außensicht ist nicht enthalten.

Für die zukünftigen Teilhabeberichte wird die Teilhabebefragung die zentrale Informationsgrundlage sein, angereichert um weitere Datenquellen. Damit wird eine deutliche Annäherung an das Verständnis der ICF von Beeinträchtigungen und Behinderungen einhergehen. Datenquellen, die diesem Verständnis in geringerem Maße entsprechen, werden herangezogen, um zeitliche Entwicklungen darzustellen und über Bereiche zu informieren, die von der Teilhabebefragung nicht abgedeckt werden. Mit der exemplarischen Einführung von Auswertungen der Teilhabebefragung versteht sich der aktuelle Bericht als eine Brücke zur zukünftigen Teilhabe-Berichterstattung.

1.6 Begleitung der Berichterstellung durch einen wissenschaftlichen Beirat

Wie bereits bei den beiden vorangegangenen Teilhabeberichten wurde auch die aktuelle Berichterstellung intensiv durch einen unabhängigen wissenschaftlichen Beirat begleitet. Dieser hatte die Funktion, Auswertungsschritte und Entwürfe

von Kapiteln vor dem Hintergrund der fachwissenschaftlichen Expertise seiner Mitglieder kritisch zu prüfen.

Neben diesen qualitätssichernden Arbeiten haben die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats eigenständige Beiträge zum Bericht entwickelt. Diese bestehen zum einen in den Kommentaren zu den einzelnen Kapiteln, in denen sie die Ergebnisse in einen fachlichen Kontext einordnen sowie ihre Reichweite und Handlungsrelevanz beurteilen. Auf diese Weise wird eine Diskussion der Ergebnisse bereits im Bericht angestoßen. Zum anderen verantworten die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats ein Kapitel, in dem sie das Thema Gesundheit – Teilhabechancen – Diskriminierungsrisiken vertiefend behandeln (Kapitel 8). Hierbei hat der Wissenschaftliche Beirat die Entwicklungen bis Januar 2021 berücksichtigt.

Die Beiträge des wissenschaftlichen Beirats unterliegen der wissenschaftlichen Freiheit und werden gemeinsam verantwortet. Sie bilden die Bandbreite der wissenschaftlichen Diskussion ab. Damit ist keine Aussage getroffen, inwieweit sich die Bundesregierung die jeweilige Position zu eigen macht.

Die folgenden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler gehörten dem Beirat an:

- Prof. Dr. Elisabeth Wacker (Vorsitzende des Beirats)
Technische Universität München, Lehrstuhl für Diversitätssoziologie
- Dr. Heinz Willi Bach
Hochschule der Bundesagentur für Arbeit, Mannheim und Schwerin, Wissenschaftlicher Oberrat am Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg i.R.
- Prof. Dr. Iris Beck
Universität Hamburg, Lehrstuhl für Allgemeine Behindertenpädagogik und Soziologie der Behinderung
- Prof. Dr. Martina Brandt
Technische Universität Dortmund, Lehrstuhl für Sozialstruktur und Soziologie alternder Gesellschaften
- Prof. Dr. Hans Förstl
Technische Universität München, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Prof. Dr. Swantje Köbsell
Alice Salomon Hochschule University for Applied Sciences, Disability Studies

- Prof. Dr. Sonia Lippke
Jacobs University Bremen, Professor of Health Psychology and Behavioral Medicine, Psychology and Methods
- Prof. Dr. Steffen Luik
Richter am Bundessozialgericht, 7./8. Senat (Asylbewerberleistungsgesetz und Sozialhilfe)
- Prof. Dr. Mathilde Niehaus
Universität zu Köln, Lehrstuhl für Arbeit und Berufliche Rehabilitation
- Dr. Volker Sieger
Bundesfachstelle Barrierefreiheit, Leiter

1.7 Aufbau des Berichts

Dieser Bericht gibt einen Einblick in die Lebensbereiche von Menschen mit Beeinträchtigungen und darüber, wie sie am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Dieser Aufgabe widmen sich die Kapitel 2 bis 11.

- In Kapitel 2 des Berichts werden Statistiken vorgestellt, die über grundlegende Merkmale der Personengruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen informieren. Sie sollen ein Bild von der Größe und Zusammensetzung dieser Personengruppe vermitteln und darüber, wie sie sich entwickelt. Abgeschlossen wird das Kapitel durch einen Kommentar des wissenschaftlichen Beirats.
- Die folgenden Kapitel 3 bis 7 sowie die Kapitel 9 bis 11 thematisieren jeweils einen Lebensbereich von Menschen mit Beeinträchtigungen. Sie haben alle den gleichen Aufbau. In einem einführenden Abschnitt werden die Bedeutung des Lebensbereichs allgemein und die besonderen Herausforderungen beschrieben, die sich für Menschen mit Beeinträchtigungen stellen können. Außerdem wird der Bezug des Lebensbereichs zur UN-BRK hergestellt. Anschließend werden empirische Ergebnisse zu Teilaspekten des Lebensbereichs vorgestellt. Abgerundet wird jedes Kapitel durch eine Einordnung der Ergebnisse anhand von wenigen Leitfragen sowie durch einen Kommentar des wissenschaftlichen Beirats. In diesem betrachten die beteiligten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler die Ergebnisse aus einer fachwissenschaftlichen Perspektive.
- In Kapitel 8, das von Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats in eigener Verantwortung erstellt wurde, erfolgt eine tiefergehende Auseinandersetzung damit, auf welche Weise Gesundheit und anlagebedingte bzw. erworbene Beeinträchtigungen mit Chancen der Teilhabe und mit Diskriminierungsrisiken verbunden sind.

- Das abschließende Kapitel 12 enthält Informationen zu den verwendeten Daten und zum methodischen Vorgehen.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

2 Grunddaten zu den Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen

2.1 Anzahl der Menschen mit Beeinträchtigungen

Wie in der Einleitung ausgeführt, liegt diesem Bericht eine Definition von Beeinträchtigungen zugrunde, die sich an der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) orientiert. Entsprechend werden alle Personen zur Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen gezählt, die im Zusammenhang mit Schädigungen ihrer Körperstrukturen und -funktionen in ihrer Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt sind.

Die Anzahl der Menschen mit Beeinträchtigungen wird in diesem Teilhabebericht analog zum Vorgängerbericht anhand einer Kombination aus Daten der amtlichen Schwerbehindertenstatistik sowie des Mikrozensus abgeschätzt. Dieses Vorgehen stellt eine empirische Annäherung an das ICF-Konzept von Beeinträchtigung und Behinderung dar. Es verbindet die Vorteile der beiden Datenquellen, weist aber auch Limitationen auf: Die Schwerbehindertenstatistik liefert als Vollerhebung verlässliche Daten zur Anzahl der Menschen mit amtlich anerkannter Schwerbehinderung. Diese Daten werden durch Auswertungen des Mikrozensus zu den Personen mit Beeinträchtigungen, aber ohne eine anerkannte Schwerbehinderung ergänzt. Durch methodische Einschränkungen beim Mikrozensus können ab dem Jahr 2017 keine Auswertungen mehr zur Teilhabe von Personen in Gemeinschaftsunterkünften vorgenommen werden. Aus diesem Grund ist auch kein direkter Vergleich mit den Zahlen aus den vorangegangenen Teilhabeberichten möglich.

Die Anzahl der Menschen mit Beeinträchtigungen ergibt sich demnach aus der Summe

- der Menschen mit anerkannten Schwerbehinderungen, also einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 (Quelle: Schwerbehindertenstatistik),
- der Menschen mit anerkannter Behinderung und einem GdB unter 50 (Quelle: Mikrozensus) sowie
- der chronisch kranken Menschen ohne anerkannte Behinderung (Quelle: Mikrozensus).

Im Jahr 2017 lebten in Deutschland 7,8 Millionen Menschen mit einer Schwerbehinderung (GdB ab 50) in Privathaushalten und Einrichtungen (Tabelle 1). Dies

geht aus der Schwerbehindertenstatistik hervor, die Informationen über alle Personen mit amtlich anerkannter Schwerbehinderung enthält. Deren Zahl stieg seit 2009 um rund 0,65 Millionen, was einer Zunahme um 9 Prozent entspricht.

Rund 2,75 Millionen Menschen lebten laut Mikrozensus im Jahr 2017 mit einer anerkannten Behinderung und einem Grad der Behinderung unter 50 in Privathaushalten. Gegenüber dem Jahr 2009 verzeichnete diese Gruppe einen Zuwachs um knapp 0,3 Millionen beziehungsweise um 12 Prozent.

Darüber hinaus wurden 2,53 Millionen chronisch kranke Menschen ohne anerkannte Behinderung (GdB) in Privathaushalten durch den Mikrozensus 2017 erfasst. Auch diese Personengruppe hat seit dem Jahr 2009 einen Zuwachs erfahren, und zwar um 5 Prozent.^{3,4}

Zur Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen zählten im Jahr 2009 insgesamt 11,97 Millionen Personen. Bis zum Jahr 2017 stieg deren Zahl auf 13,04 Millionen an. Für den Zeitraum von 2009 bis 2017 bedeutet die beschriebene Entwicklung einen Zuwachs der Anzahl der Menschen mit Beeinträchtigungen nach der oben erläuterten Abgrenzung um 9 Prozent.

Tabelle 1: Menschen mit Beeinträchtigungen in Deutschland
nach Geschlecht, Anzahl in Tausend

	Jahr			Veränderung 2009 bis 2017
	2009	2013	2017	
Insgesamt	11.967	12.612	13.041	+ 9 %
Männer	6.029	6.323	6.522	+ 8 %
Frauen	5.938	6.289	6.519	+ 10 %
darunter mit anerkannter Schwerbehinderung*	7.102	7.549	7.767	+ 9 %
Männer	3.658	3.852	3.929	+ 7 %
Frauen	3.444	3.697	3.838	+ 11 %

³ In der hier vorgestellten Abgrenzung und Zählweise haben Menschen mit einer chronischen Erkrankung definitionsgemäß nicht zugleich einen GdB. Wird ein solcher festgelegt, werden sie der Gruppe der Menschen mit anerkannter Behinderung zugeordnet. Dieser definitorische Zusammenhang führt dazu, dass die hier dargestellte Gruppe der Menschen mit einer chronischen Erkrankung ohne anerkannte Behinderung deutlich kleiner ist als die Menschen mit einer chronischen Erkrankung insgesamt.

⁴ Zur Diskussion dieses Befundes äußert sich der wissenschaftliche Beirat im Kommentar zu diesem Kapitel.

anerkannte Behinderung GdB unter 50	2.452	2.665	2.749	+ 12 %
Männer	1.361	1.425	1.435	+ 5 %
Frauen	1.091	1.240	1.314	+ 20 %
chronisch kranke Men- schen (ohne anerkannte Behin- derung)	2.413	2.398	2.525	+ 5 %
Männer	1.010	1.046	1.158	+ 15 %
Frauen	1.403	1.352	1.367	- 3 %

* Menschen in Privathaushalten und Einrichtungen

Quellen: Mikrozensus, Schwerbehindertenstatistik, Berechnung und Darstellung Prognos

2.2 Demografische Merkmale der Menschen mit Beeinträchtigungen

Alle Auswertungen in diesem Abschnitt basieren auf dem Mikrozensus und beziehen sich daher ausschließlich auf Personen in Privathaushalten. Der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen an der Gesamtbevölkerung nimmt mit steigendem Lebensalter kontinuierlich zu, vor allem weil Beeinträchtigungen mehrheitlich nicht seit Geburt oder früher Kindheit bestehen, sondern erst im weiteren Lebensverlauf auftreten.^{5 6}

Im Jahr 2017 waren von den Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren 1,8 Prozent beeinträchtigt. Von den 45- bis 64-Jährigen hatten 19,1 Prozent eine Beeinträchtigung, in der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen betrug der Anteil 33,7 Prozent. Von der Bevölkerung ab 80 Jahren ist die Hälfte beeinträchtigt (50,0 %).⁷

Der Anteil der Männer mit Beeinträchtigungen an allen Männern des gleichen Alters liegt in den jüngeren Altersgruppen geringfügig über dem Anteil der Frauen mit Beeinträchtigungen an allen Frauen gleichen Alters. Deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen sich in dieser Hinsicht erst ab 65 Jahren. Eine

⁵ Siehe hierzu auch die exemplarische Auswertung der Teilhabebefragung am Ende dieses Kapitels.

⁶ Bei der Interpretation der in diesem Kapitel dargestellten Zahlen ist immer zu berücksichtigen, dass Anteile von Menschen mit Beeinträchtigungen an bestimmten Bevölkerungsgruppen keine epidemiologischen Größen darstellen. Vielmehr werden die Anteile der Menschen mit Beeinträchtigungen durch politische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen beeinflusst.

⁷ Der Anteil der pflegebedürftigen Kinder ist im Vergleich zum Jahr 2015 um 41,4% auf 113.854 Kinder unter 15 Jahren gestiegen (Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf 2019: 12 m.w.N.).

Ursache für diese Unterschiede könnte sein, dass die heute im Rentenalter befindlichen Männer häufiger erwerbstätig waren als die Frauen der gleichen Altersgruppe und sie daher im Falle einer Beeinträchtigung häufiger eine Erwerbsminderungsrente oder eine Schwerbehinderung beantragten und bewilligt bekamen als Letztere. Dies könnte dazu beitragen, dass Beeinträchtigungen von älteren Männern besser erfasst sind als die von älteren Frauen. Das zeigt sich auch in den zuvor in Tabelle 1 dargestellten Ergebnissen. Weitere Ursachen könnten in einer höheren Vulnerabilität von Männern oder einer risikoreicheren Lebensweise liegen.

Tabelle 2: Menschen mit Beeinträchtigungen in Privathaushalten nach Alter und Geschlecht
2017, Anzahl in Tausend

	Insgesamt	Geschlecht	
		Männer	Frauen
Anzahl			
unter 15 Jahre	201	118	83
15 bis 44 Jahre	1.445	769	676
45 bis 64 Jahre	4.701	2.403	2.298
65 bis 79 Jahre	4.202	2.188	2.014
ab 80 Jahre	2.215	926	1.289
Insgesamt	12.764	6.404	6.360
Anteil an der gleichaltrigen Bevölkerung			
unter 15 Jahre	1,8%	2,1%	1,5%
15 bis 44 Jahre	5,0%	5,1%	4,8%
45 bis 64 Jahre	19,1%	19,6%	18,6%
65 bis 79 Jahre	33,7%	37,7%	30,2%
ab 80 Jahre	50,0%	53,4%	47,7%
Insgesamt	15,6%	15,8%	15,4%

Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

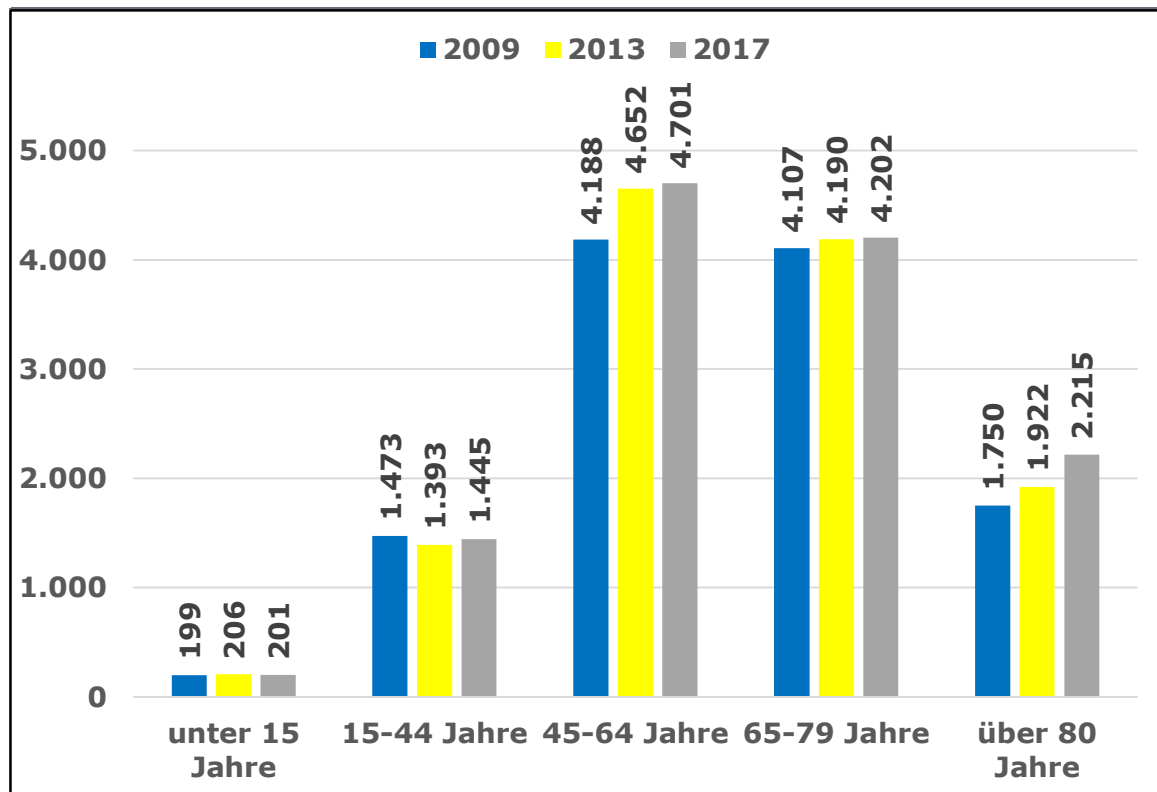
Im Zuge des demografischen Wandels hat sich die Altersstruktur der deutschen Gesamtbevölkerung verschoben. Kennzeichnend für den demografischen Wandel ist ein Rückgang des jüngeren Bevölkerungsanteils und ein Anstieg des Anteils der älteren Menschen. Die Haupteinflussfaktoren sind der Geburtenrückgang und die gestiegene Lebenserwartung (Statistisches Bundesamt 2019: 34 ff.). Während die Zahl der Menschen unter 45 Jahren von 2009 bis 2017 um rund 5 Prozent zurückging, erhöhte sich die Zahl der Menschen ab 45 Jahren um 7 Prozent und die der Seniorinnen und Senioren ab 80 Jahren um 23 Prozent.⁸

Einhergehend mit der beschriebenen demografischen Verschiebung entwickelt sich – im Zusammenspiel mit der alters- und geschlechtsspezifischen Häufigkeit des Auftretens von Beeinträchtigungen – auch die Zahl der Menschen mit Beeinträchtigungen in den verschiedenen Altersgruppen (Abbildung 3). Während bei den unter 45-Jährigen im Zeitraum 2009 bis 2017 keine großen Veränderungen zu verzeichnen sind, stieg die Zahl der beeinträchtigten Personen bei den 45- bis 64-Jährigen bis 2017 auf 4,70 Millionen an. Relativ konstant blieb die Anzahl der Menschen mit Beeinträchtigungen zwischen 65 und 79 Jahren. Bei der Zahl der Hochaltrigen mit Beeinträchtigungen ab 80 Jahren macht sich der demografische Wandel besonders stark bemerkbar: Deren Anzahl erhöhte sich in der betrachteten achtjährigen Zeitspanne um 0,47 Millionen beziehungsweise um 27 Prozent auf 2,2 Millionen Personen.

⁸ Mikrozensus, Berechnung Prognos, ohne Abbildung.

Abbildung 3: Menschen mit Beeinträchtigungen in Privathaushalten nach Alter und im Zeitverlauf

Anzahl in Tausend



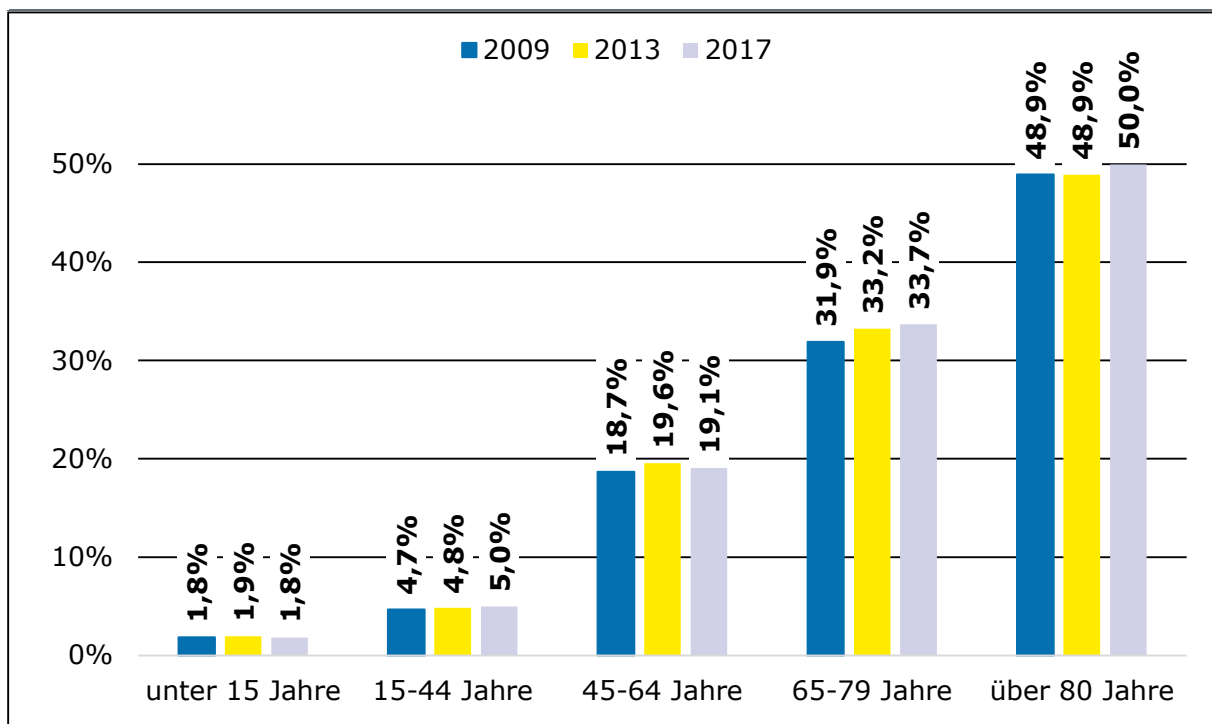
Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Betrachtet man die verschiedenen Altersgruppen, lassen sich geringfügige Unterschiede feststellen. So blieb der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen in der Altersgruppe unter 15 Jahren zwischen 2009 und 2017 relativ konstant bei 1,8 Prozent. Bei den 15- bis 44-Jährigen stieg der Anteil leicht von 4,7 auf 5,0 Prozent; ähnlich war die Entwicklung in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen mit einer geringfügigen Zunahme des Anteils der Menschen mit Beeinträchtigungen von 18,7 Prozent im Jahr 2009 auf 19,1 Prozent im Jahr 2017, allerdings verlief diese Entwicklung nicht stetig. Unter den 65- bis 79-Jährigen lag der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen im Jahr 2017 mit 33,7 Prozent um fast 2 Prozentpunkte über dem entsprechenden Anteil im Jahr 2009, bei den über 80-Jährigen in Privathaushalten war der prozentuale Anstieg nochmals kleiner, sodass der in Abbildung 3 zu sehende Anstieg der absoluten Anzahl 80-Jähriger und Älterer mit Beeinträchtigungen fast ausschließlich auf die demografische Entwicklung zurückgeführt werden kann. Möglicherweise macht sich hier auch be-

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

merkbar, dass sich die Vernichtung „erbkranken Nachwuchses“ durch die Nationalsozialisten sowie die allgemeinen Kriegsauswirkungen immer weniger bemerkbar machen und dass dies zum zahlenmäßigen Anstieg in dieser Altersgruppe beiträgt.

Abbildung 4: Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen in Privathaushalten an der Gesamtbevölkerung nach Alter und im Zeitverlauf



Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Die Zahl der Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund⁹ in Privathaushalten lag im Jahr 2017 bei 1,87 Millionen Personen, dies waren 30 Prozent mehr als im Jahr 2009 (Tabelle 3). Innerhalb der Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund stieg die Zahl der Frauen (+ 35 %) zumindest prozentual zwischen 2009 und 2017 stärker als die der Männer (+ 25 %).

Im Vergleich dazu fiel die Zunahme bei den Menschen mit Beeinträchtigungen und ohne Migrationshintergrund mit 6 Prozent zwischen 2009 und 2017 deutlich

⁹ Als Person mit Migrationshintergrund gilt nach der Definition des Statistischen Bundesamts, wer eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzt oder im Ausland geboren wurde und nach 1949 zugewandert ist. Auch wer in Deutschland geboren ist und eingebürgert wurde oder ein Elternteil hat, das zugewandert ist, eingebürgert wurde oder eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzt, wird als Person mit Migrationshintergrund erfasst.

geringer aus. Dies gilt sowohl für Männer als auch für Frauen innerhalb dieser Teilgruppe. Die Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen mit einem Migrationshintergrund und diejenigen ohne einen Migrationshintergrund weisen demnach sehr unterschiedliche Entwicklungsdynamiken auf: Die Zahl der Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund nimmt bedingt durch die nachholende demografische Alterung der Menschen mit Migrationshintergrund sehr stark zu.¹⁰

Tabelle 3: Menschen mit Beeinträchtigungen in Privathaushalten nach Migrationshintergrund und Geschlecht

Anzahl in Tausend

	Jahr			Veränderung 2009 bis 2017
	2009	2013	2017	
mit Migrationshintergrund	1.445	1.631	1.874	+ 30 %
Männer	772	832	1.179	+ 25 %
Frauen	673	800	907	+ 35 %
ohne Migrationshintergrund	10.271	10.671	10.890	+ 6 %
Männer	5.150	5.419	5.437	+ 6 %
Frauen	5.121	5.312	5.453	+ 6 %

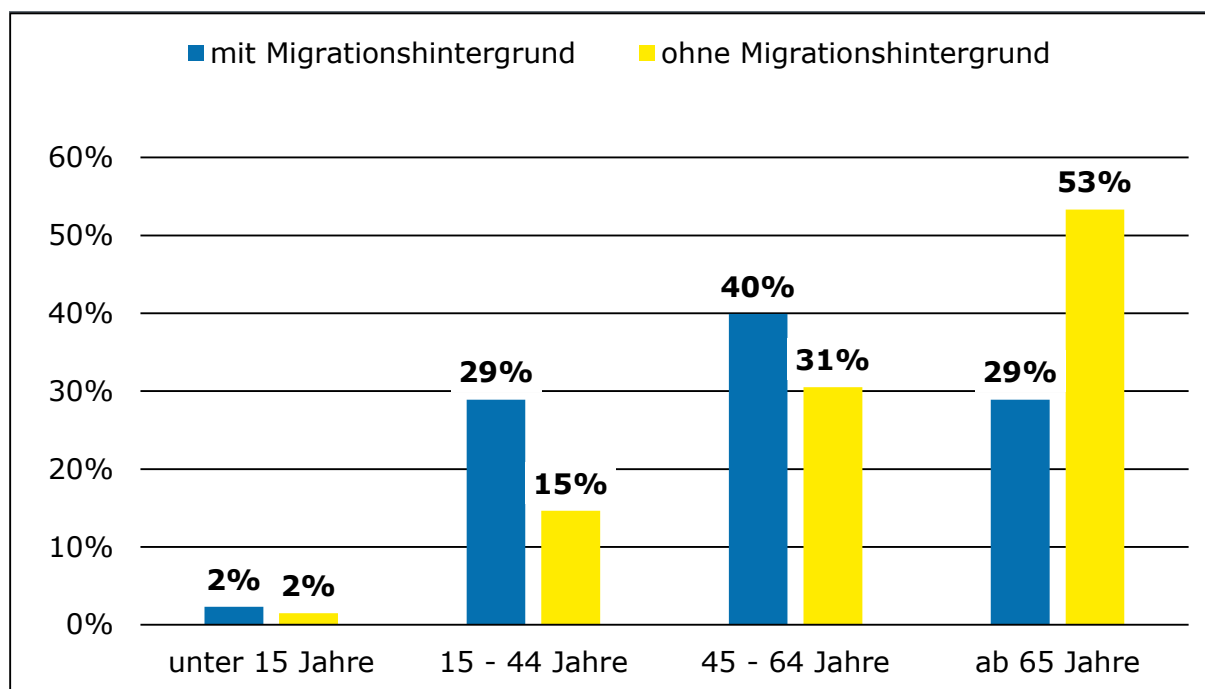
Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Abbildung 5 zeigt die Altersverteilung von Menschen mit Beeinträchtigungen in Kombination mit einem Migrationshintergrund und ohne einen solchen im Jahr 2017. Von den Menschen mit Beeinträchtigungen und einem Migrationshintergrund waren 29 Prozent mindestens 65 Jahre alt. Das sind deutlich weniger als bei den Menschen mit Beeinträchtigungen und ohne einen Migrationshintergrund (53 %). Alle anderen Altersgruppen sind bei den Menschen mit Beeinträchtigungen, die einen Migrationshintergrund haben, stärker besetzt als bei denjenigen, die keinen Migrationshintergrund haben. Der in Tabelle 3 erkennbare dynamische Anstieg der Zahl der Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund - darauf weisen die Unterschiede in der Altersstruktur hin - ist noch

¹⁰ Für die jüngere Altersstruktur der Menschen mit Migrationshintergrund gibt es vielfältige Gründe. So ist ein Teil von ihnen aus Anlass der Erwerbsarbeit zugezogen und zum Zeitpunkt des Zuzugs nach Deutschland daher im erwerbsfähigen Alter gewesen; ein Teil kommt aus Ländern mit einer jüngeren Altersstruktur; die Geburtenrate unterscheidet sich. Mit der Zeit passt sich ihre Altersstruktur an diejenige der Menschen ohne Migrationshintergrund an.

lange nicht abgeschlossen. Mit diesem Anstieg wird eine demografische Alterung einhergehen, denn je größer der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund, die bereits seit langer Zeit in Deutschland leben, wird, desto stärker ist die zu erwartende Angleichung der Altersstruktur an diejenigen der Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Abbildung 5: Menschen mit Beeinträchtigungen nach Migrationshintergrund - Altersverteilung
2017



Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

2.3 Formen und Schwere der Beeinträchtigungen

Die Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen ist hinsichtlich der Formen und der Schwere der Beeinträchtigungen sehr vielfältig. Im Rahmen der für diesen Teilhabebericht ausgewerteten bevölkerungsrepräsentativen Befragungen, dem Mikrozensus und dem Sozioökonomischen Panel (SOEP), wird lediglich das Vorliegen einer Beeinträchtigung ohne weitere Differenzierung erhoben. Sie geben also keine Auskunft über die Form der Beeinträchtigungen. Daten zur Art und Schwere der Beeinträchtigungen liegen den dafür zuständigen Stellen der Länder

und Kommunen nur für den Bereich der amtlich anerkannten Behinderungen, insbesondere der Schwerbehinderungen, vor.¹¹ Aus diesem Grund beschränken sich die nachfolgenden Betrachtungen, die überwiegend auf Auswertungen der Schwerbehindertenstatistik beruhen, auf diesen Personenkreis.¹²

Die Anzahl der Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung ist von 7,1 Millionen im Jahr 2009 auf 7,8 Millionen im Jahr 2017 angestiegen (Tabelle 4). Das entspricht einer Zunahme um 9 Prozent. Etwa in diesem Bereich bewegen sich auch die Zuwachsraten von Teilgruppen mit bestimmten Formen der Behinderung, so der Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung und einer schwersten Behinderung in den Bereichen der Sprach- oder Sprechstörungen, Taubheit, Schwerhörigkeit und Gleichgewichtsstörungen (+ 8 %) sowie der Menschen mit schwerster Behinderung im Bereich einer geistigen Behinderung oder Lernbehinderung (+ 12 %).

Einen im Vergleich besonders hohen Anstieg der Zahlen unter den Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung verzeichnete im Zeitraum 2009 bis 2017 die Gruppe der Menschen mit einer psychischen Behinderung. Ihre Anzahl erhöhte sich um 47 Prozent von 433.000 auf 644.000 Personen. Gründe für diese Entwicklung finden sich zum einen in den immer größer werdenden Alltagsbelastungen vieler Menschen, insbesondere im Berufsleben. Zum anderen werden durch eine gestiegene Sensibilität sowie mehr und verbesserte Therapieangebote psychische Erkrankungen eher als solche erkannt (DGPPN 2018: 13). Einen unterproportionalen Zuwachs erfuhr hingegen die größte Teilgruppe, die Menschen mit körperlicher Behinderung (+ 3 %). Welche Gründe hierfür verantwortlich sind, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden. Eine Möglichkeit besteht in einer geänderten Erfassung, eine andere in der Vermeidung von Risiken oder in erfolgreicher Prävention. Die Zahl der Menschen, deren schwerste Behinderung im Bereich der Blindheit und Sehbehinderung liegt, sank leicht (- 1 %). Schließlich vergrößerte sich die Gruppe der Menschen mit sonstigen Behinderungen stark, die sich nicht einer der anderen Formen der schwersten Behinderung zuordnen lassen (+ 23 %).

¹¹ In der amtlichen Statistik der schwerbehinderten Menschen (Schwerbehindertenstatistik) wird grundsätzlich von Behinderungen beziehungsweise Behinderungsarten gesprochen. Diese Begriffe werden auch dann beibehalten, wenn es sich teilweise dem ICF-Verständnis zufolge um Beeinträchtigungen beziehungsweise Beeinträchtigungsformen handelt.

¹² Darüber hinaus enthalten die ersten exemplarischen Auswertungen der Teilhabebefragung Ergebnisse mit Differenzierung nach Art und Auftreten der Beeinträchtigung für die Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen insgesamt. Siehe dazu Abschnitt 2.5.

Tabelle 4: Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung nach Form der schwersten Behinderung

Anzahl in Tausend, Veränderung in Prozent

Form der schwersten Behinderung	Jahr			Veränderung 2009 bis 2017
	2009	2013	2017	
körperliche Behinderung	4.523	4.699	4.641	+ 3 %
Blindheit und Sehbehinderung	353	357	351	- 1 %
Sprach- oder Sprechstörungen, Taubheit, Schwerhörigkeit, Gleichgewichtsstörungen	295	316	318	+ 8 %
psychische Behinderung	433	546	644	+ 49 %
geistige Behinderung, Lernbehinderung	277	299	310	+ 12 %
sonstige Behinderung	1.221	1.332	1.503	+ 23 %
Insgesamt	7.102	7.549	7.767	+ 9 %

Quelle: Schwerbehindertenstatistik, Berechnung und Darstellung Prognos

Unter den Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung sind im Jahr 2017 in etwa zu gleichen Anteilen Männer und Frauen vertreten (Tabelle 5). Anders ist es bei der Teilgruppe der Menschen, deren schwerste Behinderung eine Blindheit oder Sehbehinderung ist: Hier überwiegen die Frauen mit einem Anteil von 58 Prozent (Männer: 42 %). Dieser Unterschied kann zumindest teilweise durch die größere Anzahl von Frauen im höheren Lebensalter erklärt werden.

Umgekehrt verhält es sich bei Menschen mit einer geistigen Behinderung oder Lernbehinderung: Hier waren 60 Prozent männlichen und 40 Prozent weiblichen Geschlechts.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Tabelle 5: Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung nach Form der schwersten Behinderung und Geschlecht

2017, Anzahl in Tausend

Form der schwersten Behinderung	Anzahl Männer	Anteil Männer	Anzahl Frauen	Anteil Frauen
körperliche Behinderung	2.377	51 %	2.264	49 %
Blindheit und Sehbehinderung	146	42 %	205	58 %
Sprach- oder Sprechstörungen, Taubheit, Schwerhörigkeit, Gleichgewichtsstörungen	166	52 %	152	48 %
psychische Behinderung	301	47 %	343	53 %
geistige Behinderung, Lernbehinderung	185	60 %	125	40 %
sonstige Behinderung	754	50 %	749	50 %
Insgesamt	3.929	51 %	3.838	49 %

Quelle: Schwerbehindertenstatistik, Berechnung und Darstellung Prognos

An allen Menschen mit einer Schwerbehinderung machte im Jahr 2017 die Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren 56 Prozent aus. Im Vergleich zur Bevölkerung insgesamt (21,4 %; ohne Abbildung) entfällt ein mehr als doppelt so hoher Anteil der Menschen mit einer Schwerbehinderung auf diese Altersgruppe (Statistisches Bundesamt 2019: 31) (Tabelle 6). Bei der Altersstruktur zeigen sich große Unterschiede zwischen den verschiedenen Formen der Behinderung. Überdurchschnittlich groß war der Anteil der 65-Jährigen und Älteren bei den Menschen mit Sprach- oder Sprechstörungen, Taubheit, Schwerhörigkeit und Gleichgewichtsstörungen (62 %), mit einer körperlichen Behinderung (63 %) sowie insbesondere bei den Menschen mit einer Blindheit oder Sehbehinderung (72 %). Die meisten Menschen mit psychischen Behinderungen sind im Alter von 45 bis 64 Jahren (54 %), aber auch jüngere Personen unter 45 Jahren kamen im Vergleich zu den Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung insgesamt vergleichsweise häufig vor (16 %). Eine große Ausnahme bilden Menschen mit geistiger Behinderung und Lernbehinderung. Diese Formen der Behinderung manifestieren sich häufiger bereits bei der Geburt beziehungsweise im Kindheits- und Jugendalter, sodass im Jahr 2017 knapp zwei Drittel (62 %) der Betroffenen jünger als 45 Jahre alt waren, weitere 30 Prozent gehörten zur Altersgruppe von 45 bis 64 Jahren.

Die Gesamtheit der Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung verjüngte sich gegenüber dem Jahr 2013 leicht; in diesem Jahr machten die 65-jährigen und älteren Menschen noch 54 Prozent und die 45- bis 64-jährigen Menschen 24 Prozent aus (ohne Abbildung). Die Altersstruktur der Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung insgesamt wird zukünftig vor allem dadurch beeinflusst werden, dass Teilgruppen mit bestimmten Formen der Behinderung zahlenmäßig wachsen oder schrumpfen. So wirkt etwa die Zunahme der Zahl der Menschen mit einer psychischen Behinderung (Tabelle 6) „verjüngend“, da diese Gruppe einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Menschen unter 65 Jahren aufweist.

Tabelle 6: Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung nach Form der schwersten Behinderung und Alter
2017

	unter 45 Jahre	45 bis 64 Jahre	ab 65 Jahre
körperliche Behinderung	7 %	30 %	63 %
Blindheit und Sehbehinderung	8 %	20 %	72 %
Sprach- oder Sprechstörung, Taubheit, Schwerhörigkeit, Gleichgewichtsstörung	12 %	26 %	62 %
psychische Behinderung	16 %	54 %	29 %
geistige Behinderung, Lernbe- hinderung	62 %	30 %	9 %
sonstige Behinderung	14 %	34 %	51 %
Insgesamt	12 %	32 %	56 %

Quelle: Schwerbehindertenstatistik, Berechnung und Darstellung Prognos

Auch wenn bei allen Personen, bei denen eine Schwerbehinderung amtlich festgestellt wurde, von erheblichen Beeinträchtigungen auszugehen ist, können Unterschiede in der Schwere der Beeinträchtigung, hier mit dem GdB gemessen, Auswirkungen auf die Teilhabe z. B. am Arbeitsmarkt haben. Im Jahr 2017 wurde insgesamt 72 Prozent der Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung ein

GdB zwischen 50 und 80 anerkannt, bei 28 Prozent lag ein GdB von 90 bis 100 vor (Tabelle 7). Werden die nach Form der schwersten Behinderung gebildeten Teilgruppen betrachtet, so fallen zwei Ausnahmen auf, bei denen der Anteil der Personen mit einem GdB von 90 bis 100 besonders hoch war: Menschen mit einer Blindheit oder Sehbehinderung (unter ihnen betrug der Anteil 59 %) und Menschen mit einer geistigen Behinderung oder einer Lernbehinderung (Anteil von 50 %).

Eine Schwerbehinderung geht zumeist auf eine Krankheit zurück, 2017 war dies in 88 Prozent der Fälle die Ursache der zugrundeliegenden Beeinträchtigung. In 3 Prozent der Fälle bestand die Beeinträchtigung bereits von Geburt an, in 2 Prozent der Fälle ging die der Schwerbehinderung zugrundeliegende Beeinträchtigung auf einen Unfall zurück, sonstige Ursachen machten 7 Prozent aus. Geistige Behinderungen und Lernbehinderungen bestanden mit 42 Prozent sehr viel häufiger bereits seit der Geburt als alle anderen Formen der schwersten Behinderung.

Tabelle 7: Strukturmerkmale der schwersten Behinderung
2017

Form der schwersten Behinderung	GdB		Ursache			
	50 bis 80	90 bis 100	Geburt	Unfall	Krankheit	Sonstiges
körperliche Behinderung	73 %	27 %	1 %	2 %	90 %	7 %
Blindheit und Sehbehinderung	41 %	59 %	3 %	1 %	90 %	6 %
Sprach- oder Sprechstörungen, Taubheit, Schwerhörigkeit, Gleichgewichtsstörungen	69 %	31 %	7 %	1 %	86 %	7 %
psychische Behinderung	89 %	11 %	0 %	0 %	91 %	8 %
geistige Behinderung, Lernbehinderung	50 %	50 %	42 %	0 %	54 %	4 %
sonstige Behinderung	71 %	29 %	2 %	2 %	89 %	7 %
Insgesamt	72 %	28 %	3 %	2 %	88 %	7 %

Quelle: Schwerbehindertenstatistik, Berechnung und Darstellung Prognos

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

2.4 Menschen mit Beeinträchtigungen in besonderen Wohnformen

Der überwiegende Teil der Menschen mit Beeinträchtigungen wohnt in Privathaushalten, ein kleinerer Teil in Einrichtungen. Wie oben bereits beschrieben, werden Menschen in Einrichtungen durch bevölkerungsrepräsentative Befragungen wie dem Mikrozensus oder dem SOEP nicht erfasst.¹³ Sie werden daher auch bei den in diesem Bericht vorgestellten Statistiken, insofern sie auf den genannten bevölkerungsrepräsentativen Befragungen beruhen, nicht berücksichtigt. Allerdings kann zumindest die Anzahl der Menschen mit Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen wohnen, aus Leistungsdaten der Sozialhilfestatistik, der Pflegestatistik sowie der Kinder- und Jugendhilfestatistik abgeschätzt werden.

Am Jahresende 2017 lebten insgesamt 13.081 Kinder und Jugendliche mit (drohenden) seelischen Behinderungen (§ 35a SGB VIII) in einer Einrichtung (Tabelle 8). Darunter waren 8.347 Jungen (64 %) und 4.734 Mädchen (36 %). Mehr als zwei Drittel (70 %) von ihnen waren zudem jünger als 18 Jahre, die übrigen waren zwischen 18 und 21 Jahre alt.

Im Leistungsbereich der Eingliederungshilfe nach § 53 ff. SGB XII (alt) wurden im selben Jahr 196.501 Personen in stationären Wohneinrichtungen erfasst, davon 117.156 Männer (60 %) und 79.345 Frauen (40 %). Der weitaus überwiegende Anteil (85 %) von ihnen gehörte der Altersgruppe von 18 bis 64 Jahren an, 4.704 Personen (2 %) waren unter 18 Jahre alt.¹⁴

In vollstationärer Dauerpflege nach § 43 SGB XI befanden sich insgesamt 818.289 Pflegebedürftige, mehr als zwei Drittel (70 %) von ihnen waren Frauen. Die Leistungsbeziehenden von vollstationärer Pflege waren vor allem ältere Menschen, 92 Prozent von ihnen waren über 65 Jahre alt. Die Zahl der pflegebedürftigen Kinder unter 15 Jahren, die in Pflegeeinrichtungen leben, lag bei 225. Weitere 12.025 Personen bekamen stationäre Hilfe zur Pflege nach § 61 SGB XII, ohne gleichzeitig Leistungen der Pflegeversicherung zu beziehen. In Summe betrug die auf diese Weise ermittelte Anzahl von Personen mit Beeinträchtigungen,

¹³ Im Rahmen der Teilhabebefragung werden auch Menschen befragt, die in Wohneinrichtungen leben. Ergebnisse aus dieser Befragung lagen zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Teilhabeberichts noch nicht vor.

¹⁴ Durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) wurde das Recht der Eingliederungshilfe reformiert. Die Regelungen zur Eingliederungshilfe nach den §§ 53 ff. SGB XII wurden aufgehoben, die Leistungen der Eingliederungshilfe neu strukturiert und in Teil 2 des SGB IX überführt. Seit dem 01.01.2020 werden Fachleistungen von Lebensunterhaltssichernden Leistungen getrennt, und in der Folge wird in der Eingliederungshilfe für erwachsene Menschen mit Behinderung nicht mehr zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Leistungen unterschieden. Die bis dahin unter stationären Einrichtungen angeführten Wohnformen werden als besondere beziehungsweise gemeinschaftliche Wohnformen (§ 42a SGB XII) bezeichnet. Im vorliegenden Bericht wird jedoch die im betrachteten zurückliegenden Zeitraum geltende Begrifflichkeit beibehalten.

die in stationären Wohneinrichtungen leben, etwa 1,04 Millionen im Jahr 2017. Davon waren 64 Prozent weiblichen und 36 Prozent männlichen Geschlechts.

Tabelle 8: Menschen mit Beeinträchtigungen in stationären Einrichtungen

Leistungsbeziehende zum 31. Dezember 2017, Anzahl

Art des Leistungsbezugs	Ins-gesamt	Geschlecht		Altersgruppe		
		Män-ner	Frauen	unter 18 Jahre	18 bis 64 Jahre	ab 65 Jahre
Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen (§ 35a SGB VIII)	13.081	8.347	4.734	9.222	3.859*	-
Eingliederungshilfe zum Wohnen in einer Wohneinrichtung (§§ 53 ff. SGB XII (alt))	196.501	117.156	79.345	4.704	167.898	23.899
vollstationäre Dauerpflege (§ 43 SGB XI)	818.289	241.962	576.327	225**	61.468***	756.596
Hilfe zur Pflege ohne Leistungsbezug der Pflegeversicherung (§ 61 SGB XII)	12.025	5.281	6.744	-	-	-
Insgesamt	1.039.896	372.746	667.150	-	-	-

* Altersabgrenzung: 18 bis 27 Jahre

** Altersabgrenzung: unter 15 Jahre

*** Altersabgrenzung: 15 bis 64 Jahre

Quellen: Kinder- und Jugendhilfestatistik, Sozialhilfestatistik, Pflegestatistik, Berechnung und Darstellung Prognos

2.5 Erster Einblick in die Teilhabebefragung: Grunddaten

Die von infas durchgeführte *Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung* (Teilhabebefragung) ist bundesweit repräsentative Erhebung zu

den Lebensumständen von erwachsenen Menschen mit Beeinträchtigungen.^{15,16} Sie hat zum Ziel, eine verlässliche und differenzierte Datenbasis für eine nationale, international anschlussfähige Teilhabeberichterstattung zu schaffen. Die Befragung nimmt die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen in ihrer Vielfalt und Dynamik in den Blick. Die Ergebnisse geben Aufschluss über die objektive Lebenssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen und über deren subjektive Einschätzungen und Bewertungen. Beides vermittelt ein umfassendes Bild von der „gelebten“ und „erlebten“ Teilhabe, den Einschränkungen, aber auch Möglichkeiten der Lebensgestaltung der Menschen (Schröder et al. 2017). Mit der Teilhabebefragung hat die Teilhabeforschung sowie die Politik zukünftig die Möglichkeit, im Anschluss an Artikel 31 UN-BRK der „Verpflichtung zur Sammlung geeigneter Informationen, einschließlich statistischer Angaben und Forschungsdaten, die (...) ermöglichen, politische Konzepte zur Durchführung dieses Übereinkommens auszuarbeiten und umzusetzen“, deutlich besser als bislang nachzukommen.

Ein zentraler methodischer Baustein der Teilhabebefragung ist das Konzept zur Abgrenzung von Menschen mit Beeinträchtigungen sowie Menschen mit Behinderungen. Die Teilhabebefragung unterscheidet die Begriffe Behinderung und Beeinträchtigung und orientiert sich dabei eng an der ICF. Die genauere, deutlich näher an der ICF orientierte Abgrenzung der Gruppen der Menschen mit Beeinträchtigungen beziehungsweise der Menschen mit Behinderungen verändert die Zusammensetzungen dieser Gruppen hinsichtlich wesentlicher struktureller Merkmale verändern. Der zentrale Unterschied der Definitionen von Menschen mit Beeinträchtigungen und mit Behinderungen in der Teilhabebefragung gegenüber den Definitionen auf Basis anderer aktuell verfügbarer Datenquellen besteht darin, dass sie ausschließlich auf der Selbsteinschätzung der befragten Personen beruhen. Im Mikrozensus spielt die Selbsteinschätzung für die Definition der Menschen mit Beeinträchtigungen hingegen keine Rolle und von Menschen mit Behinderungen wird nur im Zusammenhang mit anerkannten Behinderungen gesprochen.

Für diesen Teilhabebericht wurden auf der Basis eines vorläufigen Datensatzes erste Auswertungen der Teilhabebefragung vorgenommen. Es sind ausschließlich

¹⁵ Weitere Informationen zur Methodik, zu Fallzahlen und Hinweise zur Auswertung im Rahmen des Teilhabeberichts finden sich im Kapitel 12.

¹⁶ Zur Bedeutung und Einordnung der Teilhabebefragung äußert sich der wissenschaftliche Beirat im Kommentar zu diesem Kapitel.

Ergebnisse der Befragung von Menschen in privaten Haushalten in die Auswertung eingegangen.¹⁷

Im Zentrum dieser ersten, exemplarischen Auswertungen stehen dabei Analysen zu Fragestellungen, auf die die bisherigen Teilhabeberichte aufgrund fehlender Daten noch keine Antworten liefern konnten: Wann treten Beeinträchtigungen im Lebensverlauf auf? Haben Menschen mit Beeinträchtigungen weniger enge Freundinnen und Freunde als Menschen ohne Beeinträchtigungen? Wie setzt sich die Gruppe der Nichterwerbstätigen mit Beeinträchtigungen zusammen? Diese und weitere Fragen werden in diesem Teilhabebericht an geeigneten Stellen auf der Basis der Teilhabebefragung beantwortet. Der Teilhabebericht baut damit in seiner dritten Ausgabe eine „Brücke“ in die zukünftige Teilhabeberichterstattung, die dann wesentlich stärker auf die Erkenntnisse aus der Teilhabebefragung aufbauen kann.

In diesem Abschnitt wird zunächst dargestellt, welche Auswirkungen die neuen begrifflichen Abgrenzungen der Menschen mit Beeinträchtigungen beziehungsweise der Menschen mit Behinderungen haben und welche strukturellen Merkmale diese Gruppen aufweisen. Eine wichtige Rolle spielt auch die Frage, wann Beeinträchtigungen im Lebensverlauf aufgetreten sind.

- Wie werden die Gruppen der Menschen mit Beeinträchtigungen sowie der Menschen mit Behinderungen in der Teilhabebefragung ICF-konform abgebildet?

Die Teilhabebefragung orientiert sich konzeptionell eng an dem bio-psycho-sozialen Modell von Behinderung. Die Behinderung ist demnach keine Eigenschaft einer Person. Sie ist vielmehr eine problematische Wechselbeziehung zwischen individuellen Funktionsstörungen, daraus resultierenden Beeinträchtigungen bei der Bewältigung von alltäglichen Anforderungen sowie von Faktoren der sozialen oder physischen Umwelt, die eine Teilhabe des betroffenen Menschen erschweren. Die Teilhabebefragung erfragt entsprechend Gesundheitsprobleme sowie Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen und erhebt sowohl umwelt- als auch personenbezogene Faktoren. (Steinwede et al. 2018)

Der Begriff Beeinträchtigung bezieht sich in der Teilhabebefragung auf konkrete Beeinträchtigungen von Fähigkeiten, von denen Menschen betroffen sind. Abgefragt werden dauerhafte Beeinträchtigungen kognitiver, seelischer und körperli-

¹⁷ Menschen, die in Einrichtungen leben, werden ebenfalls im Rahmen der Teilhabebefragung einbezogen. Allerdings war diese Befragung zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht abgeschlossen. Siehe hierzu auch Kapitel 12.

cher Art. Von einer Behinderung wird dann gesprochen, wenn Beeinträchtigungen mit Barrieren in der Umwelt so zusammenwirken, dass dies zu einer Einschränkung bei Aktivitäten im Alltag führt. Sowohl die Beeinträchtigung als auch die Behinderung im Sinne von Einschränkungen bei Aktivitäten im Alltag werden über Fragen zur Selbsteinschätzung der Befragten gemessen.

Die daraus resultierende Unterscheidung zwischen Menschen ohne Beeinträchtigungen, Menschen mit Beeinträchtigungen, Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung sowie Menschen mit Beeinträchtigungen (insgesamt) hat weitreichende Folgen.¹⁸ Sie berücksichtigt – im Unterschied zu den Auswertungen in diesem Bericht, die auf Basis anderer Datenquellen erfolgen –, dass eine Beeinträchtigung nicht notwendigerweise Aktivitäten im Alltag einschränkt.

Hinweise auf die Auswirkungen dieser Abgrenzung von Beeinträchtigung und Behinderung zeigt Abbildung 6. Sie verdeutlicht, dass die Gruppe der Menschen mit Behinderungen in der Teilhabebefragung aufgrund der dort abgefragten Selbsteinschätzung der Personen auch Menschen beinhaltet, die keine anerkannte Behinderung haben: 56 Prozent der Menschen dieser Gruppe haben keine anerkannte Behinderung, obwohl sie angeben, durch ihre Beeinträchtigungen in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt zu sein und damit laut Definition eine Behinderung haben.

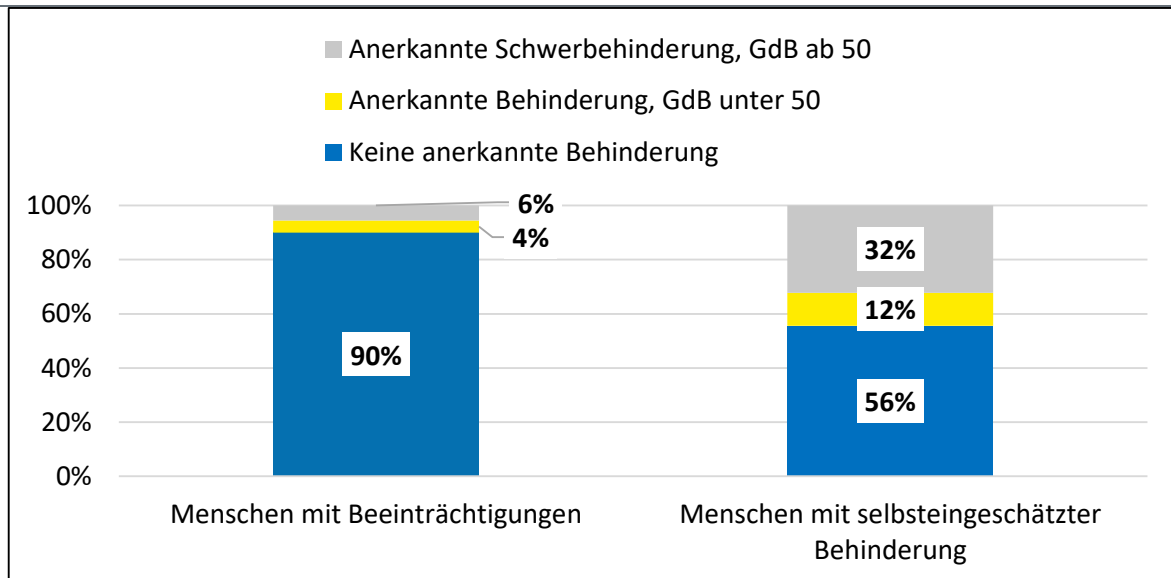
Auf der anderen Seite zeigt sich anhand der linken Säule von Abbildung 6, dass 10 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen zwar eine anerkannte Behinderung haben, jedoch selbst angeben, keine oder nur geringe Einschränkungen bei ihren Aktivitäten im Alltag zu erleben.

Unter der begründeten Prämisse, dass die Definitionen der beiden Gruppen *Menschen mit Beeinträchtigungen* und *Menschen mit Behinderung* durch die Teilhabebefragung weitgehend dem Verständnis der ICF entsprechen, bedeuten die dargestellten Ergebnisse, dass das Merkmal einer anerkannten Behinderung im Sinne eines GdB oft nicht mit dem ICF-Verständnis von Behinderung übereinstimmt. Oder anders gesagt: der GdB misst nicht unbedingt, was die ICF vorgibt.

¹⁸ Im Folgenden werden diese drei Gruppen vereinfacht als „Menschen ohne Beeinträchtigungen“, „Menschen mit Beeinträchtigungen“ und „Menschen mit Behinderung“ dargestellt.

Abbildung 6: Menschen mit Beeinträchtigungen (ohne beziehungsweise mit Behinderung) nach Vorhandensein einer anerkannten Behinderung

Anteile an allen Menschen mit Beeinträchtigungen (ohne beziehungsweise mit Behinderung)



Quelle: Teilhabebefragung, Berechnung und Darstellung Prognos

- Welche Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen (z. B. differenziert nach Beeinträchtigungsformen) können ausgewiesen werden und welche Aussagen können über ihre relative Größe getroffen werden? Welche strukturellen Merkmale (z. B. Alter, Geschlecht) weisen die Teilgruppen auf?

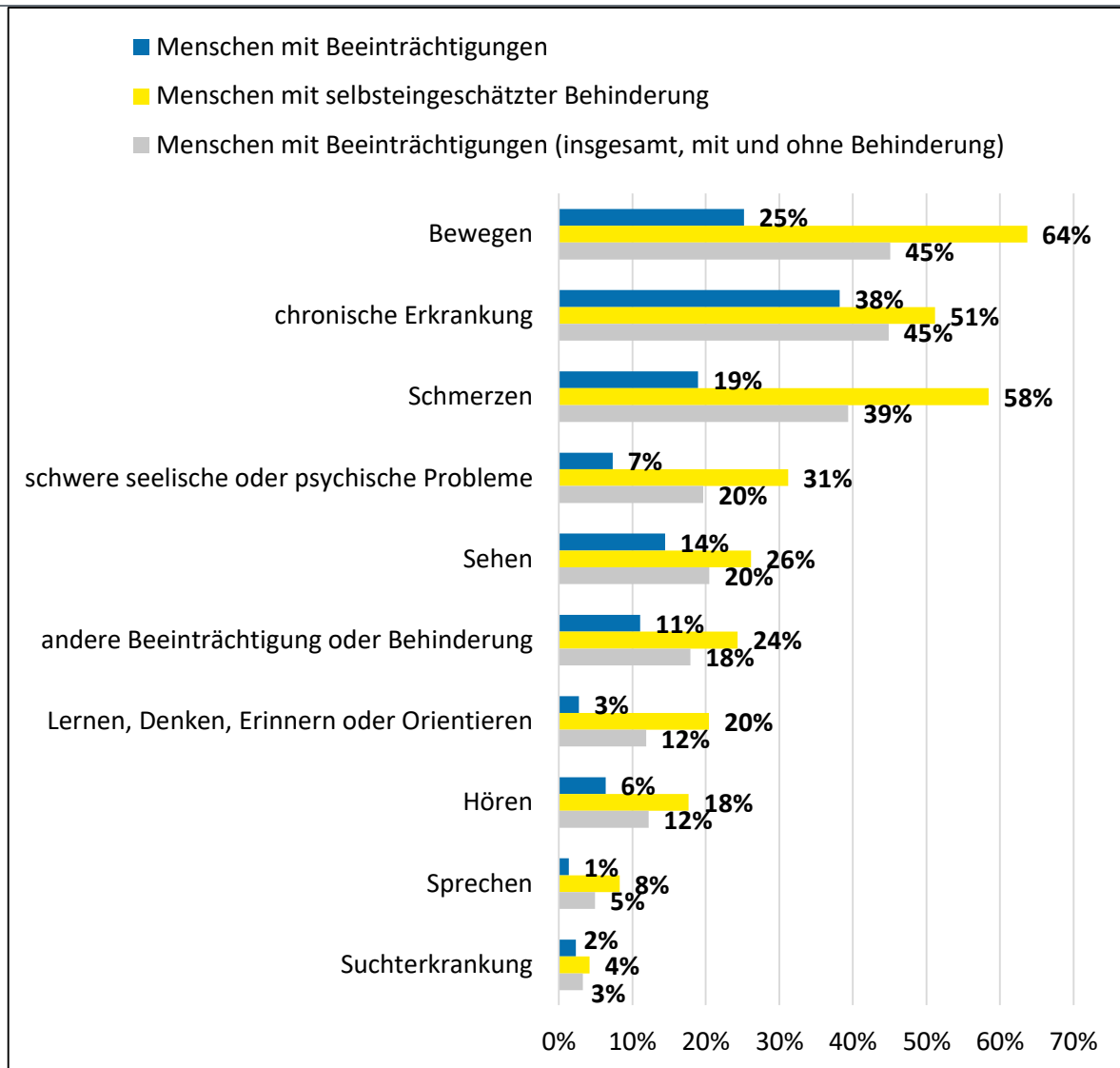
Die Teilhabebefragung erfasst detailliert verschiedene Formen von Beeinträchtigungen. In Abbildung 7 ist dargestellt, welche Beeinträchtigungen die Gruppen der Menschen mit Beeinträchtigungen (blaue Balken), die Menschen mit Behinderung (gelbe Balken) sowie die Menschen mit Beeinträchtigungen insgesamt (graue Balken) haben. Von den Menschen mit Beeinträchtigungen haben 38 Prozent chronische Erkrankungen, z. B. Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Multiple Sklerose. Ein Viertel (25 %) hat eine Beeinträchtigung beim Bewegen, etwa ein Fünftel (19 %) eine Beeinträchtigung durch Schmerzen (z. B. starke, wiederkehrende oder lang andauernde Schmerzen).

Die Gruppe der Menschen mit Behinderung unterscheidet sich demgegenüber strukturell. Sie haben mehrheitlich eine Beeinträchtigung beim Bewegen (64 %), durch Schmerzen (58 %) sowie durch eine chronische Erkrankung (51 %). Die Häufigkeit dieser Beeinträchtigungsformen unter den Menschen mit Behinderung weist darauf hin, dass chronische Erkrankungen, Einschränkungen beim Bewegen

sowie durch Schmerzen in engem Zusammenhang mit wahrgenommenen Einschränkungen bei Aktivitäten im Alltag stehen.

Abbildung 7: Menschen mit Beeinträchtigungen nach Form der Beeinträchtigung

Anteile an allen Menschen der jeweiligen Teilgruppe, Mehrfachangaben möglich



Quelle: Teilhabebefragung, Berechnung und Darstellung Prognos

In Abbildung 7 lässt sich darüber hinaus an der Länge der Balken erkennen, dass Menschen mit Behinderung häufig nicht nur eine, sondern mehrere dauerhafte Beeinträchtigungen haben. Ein Mensch mit Behinderung hat Beeinträchtigungen in durchschnittlich rund drei Bereichen. Menschen mit Beeinträchtigungen haben

im Durchschnitt Beeinträchtigungen in einem Bereich. Eine Behinderung wird also besonders häufig von Personen angegeben, die von mehreren Beeinträchtigungsformen betroffen sind. Vertiefende Untersuchungen können zukünftig darüber Auskunft geben, welche Kombinationen von Beeinträchtigungsformen häufig dazu führen, dass Menschen in ihren Aktivitäten im Alltag eingeschränkt sind.

Weitere Auswertungen (Tabelle 9) zeigen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen, Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung und Menschen ohne Beeinträchtigungen sich hinsichtlich der Verteilungen der Merkmale Geschlecht und Vorhandensein eines Migrationshintergrunds wenig unterscheiden. Beim Alter zeigt sich, dass Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung, im Unterschied zu Menschen ohne Beeinträchtigungen, überwiegend 50 Jahre und älter sind.

Tabelle 9: Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund

Anteile an allen Menschen dieser Teilgruppe

	Menschen mit Beeinträchtigungen	Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung	Menschen ohne Beeinträchtigungen
Alter			
unter 29 Jahre	16 %	11 %	27 %
30 bis 49 Jahre	32 %	23 %	36 %
50 bis 64 Jahre	31 %	35 %	25 %
ab 65 Jahre	21 %	31 %	12 %
Geschlecht			
männlich	54 %	49 %	49 %
weiblich	46 %	51 %	51 %
Migrationshintergrund			
ja	17 %	19 %	18 %
nein	83 %	81 %	82 %

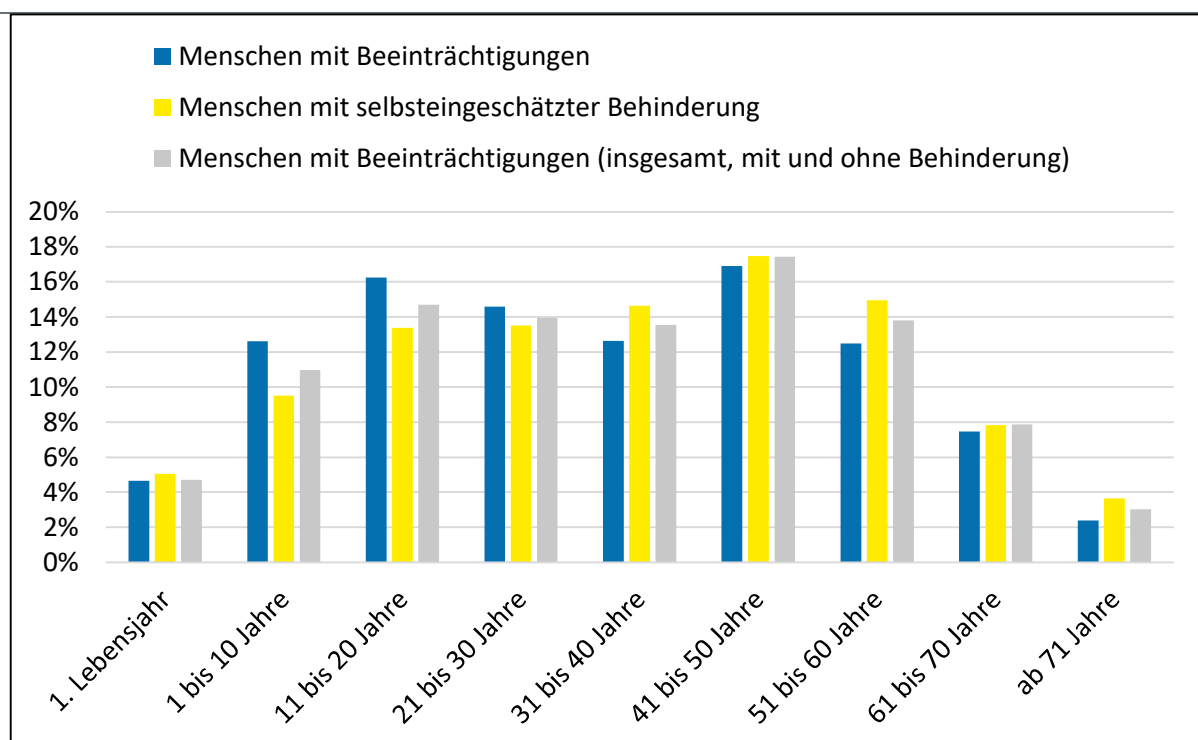
Quelle: Teilhabebefragung, Berechnung und Darstellung Prognos

- Welche Aussagen können über die relative Größe der Teilgruppen gemacht werden, die nach dem Zeitpunkt des Eintritts der schwersten Beeinträchtigung im Lebensverlauf unterschieden werden?

Die Teilhabebefragung bietet erstmals die Möglichkeit, Menschen mit Beeinträchtigungen danach zu unterscheiden, zu welchem Zeitpunkt im Lebensverlauf ihre Beeinträchtigung aufgetreten ist. So kann untersucht werden, welchen Einfluss es auf die Teilhabechancen in verschiedenen Lebensbereichen hat, wenn eine Beeinträchtigung seit der Geburt oder frühen Kindheit besteht.

Abbildung 8 gibt einen Überblick darüber, in welchem Lebensalter die Beeinträchtigung bei Menschen mit Beeinträchtigungen aufgetreten ist.¹⁹ Bei rund 5 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen (insgesamt) besteht die Beeinträchtigung bereits seit der Geburt beziehungsweise wurde im ersten Lebensjahr festgestellt. Knapp ein Drittel (30 %) der Beeinträchtigungen treten im Kindes- und Jugendbeziehungsweise jungen Erwachsenenalter bis zum Alter von 20 Jahren auf. Vergleichsweise viele Beeinträchtigungen manifestieren sich im Alter von 41 bis 50 Jahren zum ersten Mal (17 %), bei einem Viertel (24,8 %) sogar erst ab dem 51. Lebensjahr.

Abbildung 8: Zeitpunkt des Eintritts der stärksten Beeinträchtigung nach Altersjahren (gruppiert), Anteile an allen Personen der Teilgruppe



¹⁹ In der Teilhabebefragung wird beim Vorliegen von mehreren Beeinträchtigungen der Zeitpunkt des Eintritts der stärksten (beziehungsweise ersten) sowie der zweitstärksten (beziehungsweise zweiten) Beeinträchtigung erfragt.

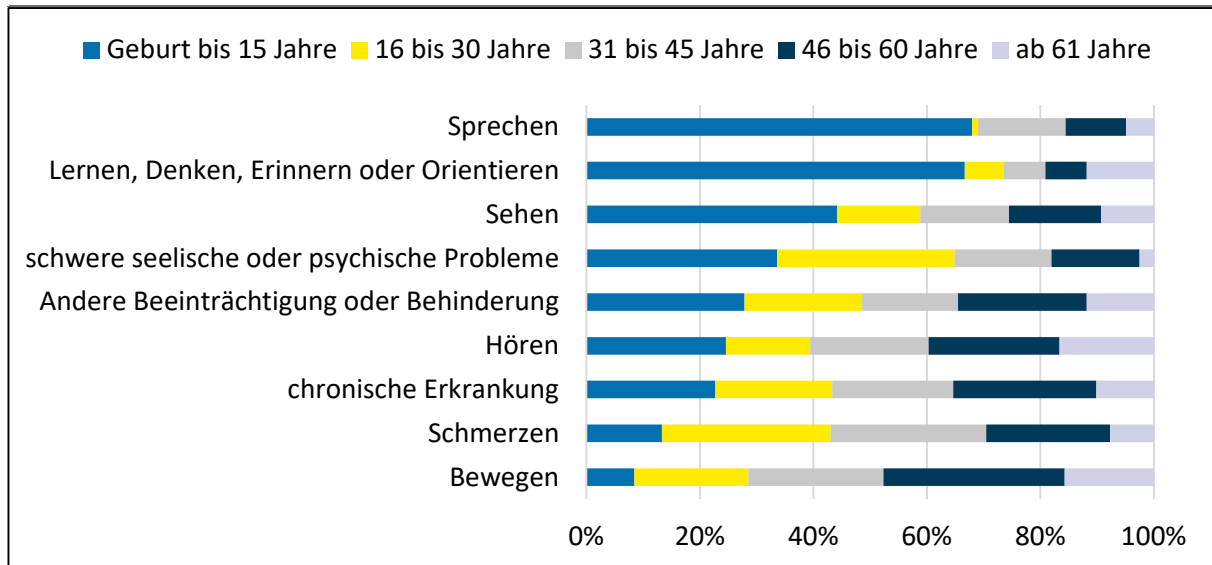
| Quelle: Teilhabebefragung, Berechnung und Darstellung Prognos

Die Ergebnisse zeigen, dass Beeinträchtigungen in allen Lebensphasen auftreten und es in keiner Lebensphase zu einer besonderen Häufung von neuauftretenden Beeinträchtigungen kommt. Die Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen lässt sich demnach in größere Teilgruppen unterteilen, deren Teilhabechancen sehr verschieden dadurch beeinflusst werden, dass ihre Beeinträchtigung zu verschiedenen Zeitpunkten im Lebensverlauf aufgetreten ist. Die vermuteten Auswirkungen auf die Teilhabechancen können beispielsweise darin bestehen, dass durch ein spätes Auftreten ein größerer Teil des bisherigen Lebens ohne Beeinträchtigungen gelebt wurde und bis zum Zeitpunkt des Auftretens der Beeinträchtigung keine mit ihr verbundenen Benachteiligungen erlebt wurden. Unterschiede in den Teilhabechancen können auch dadurch verursacht werden, dass die Voraussetzungen, den Umgang mit Beeinträchtigungen zu erlernen, durch den Zeitpunkt des Auftretens beeinflusst werden. Mit weiteren Auswertungen kann in Zukunft erforscht werden, wie sich diese unterschiedlichen Eintrittszeitpunkte auf die Ausbildungsprozesse, Arbeitsmarktintegration, soziale Netzwerke und andere Lebenssituationen auswirken.

Sehr unterschiedlich sind die Eintrittszeitpunkte der verschiedenen Beeinträchtigungsformen. Personen mit Beeinträchtigungen beim Sprechen beziehungsweise beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag haben diese Beeinträchtigung mehrheitlich (68 % beziehungsweise 67 %) schon im Kindes- beziehungsweise frühen Jugendalter erlangt. Beeinträchtigungen beim Bewegen treten hingegen mehrheitlich deutlich später auf (Abbildung 9).

Abbildung 9: Zeitpunkt des Eintritts der stärksten Beeinträchtigung nach Beeinträchtigungsform

Anteile an allen Personen der Teilgruppe*



* Suchterkrankungen wurden aufgrund geringer Fallzahlen unter *Andere Beeinträchtigung oder Behinderung* subsummiert.

Quelle: Teilhabebefragung, Berechnung und Darstellung Prognos

Auch diese Auswertungen unterstreichen die Unterschiede innerhalb der Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen und in der Folge auch der Menschen mit Behinderung. Auf der Basis der Teilhabebefragung sollte die zukünftige Teilhabeforschung diese Unterschiede berücksichtigen und die Auswirkungen auf die Teilhabe in den einzelnen Lebenslagen untersuchen.

2.6 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Grunddaten

Alte und neue Datenquellen

Dieser Bericht ist wieder ein besonderer Meilenstein und Wegweiser: Er markiert den Übergang von der Auswertung repräsentativer Bevölkerungsumfragen zu einer eigens für diesen Zweck entworfenen Teilhabebefragung (Schröder et al. 2017). Diese Befragung ist ein in Deutschland kaum da gewesenes, methodisch schier unfassbares Unterfangen (eine Ausnahme bilden Schröttle et al. 2013 mit ihrer Studie zu Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen). Endlich werden Menschen unterschiedlichster Gruppen in die Berichterstattung des Bundes mit einbezogen, die bisher nicht systematisch befragt werden (konnten) – sei es aufgrund von sprachlichen, kognitiven oder physischen Barrieren oder schlicht,

weil sie nicht in Privathaushalten wohnen (für methodische Hintergründe siehe Schnell 1991, 1997). Diese Informationen sind aber nicht nur von besonderem Interesse für diesen Bericht, in dem es ja letztlich gerade um den Abbau von Barrieren geht, sondern natürlich für unsere Gesellschaft als Ganze. Die an der ICF orientierte Teilhabebefragung ist also gewissermaßen selbst ein zentrales Inklusionsprojekt. Ihr Ziel, bessere (oder überhaupt) Daten zu Personen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen zur Verfügung zu stellen, ist in Deutschland methodisches Neuland und gesellschaftlicher Grundauftrag.

Das „Mammut-Projekt“ Teilhabebefragung läuft noch und die Daten sind zum Analysezeitpunkt nicht in Gänze verfügbar. In diesem Bericht werden daher zunächst einige beispielhafte Auswertungen präsentiert, die das Potential der neuen Informationsquelle erahnen lassen. Schon jetzt ermöglichen sie uns Aussagen auf Basis der „althergebrachten“ Quellen zu übertragen, zu vertiefen aber auch zu modifizieren. Beispielsweise zeigen erste Auswertungen der Teilhabebefragung die komplexe Beziehung zwischen Beeinträchtigungen und Behinderungen aus Betroffenenperspektive auf (Abbildung 7): Aus Sicht der Befragten selbst haben längst nicht alle Beeinträchtigungen Behinderungen zu Folge. Zudem gehen bestimmte Beeinträchtigungen (kognitiv, psychisch, Schmerz) häufiger mit Behinderungen einher als andere. Dies unterstreicht auch die wissenschaftliche Herausforderung, einheitliche und vergleichbare Definitionen und Messungen solcher Konzepte festzulegen.

Für die weiteren Datenquellen, die in diesem Bericht verwendet wurden, gilt dasselbe wie im Daten-Kommentar zum zweiten Teilhabebericht bereits ausführlich erläutert: Auch „im Falle dieses Berichts wurde wieder alles Mögliche getan, um umfassende und korrekte Daten zu Behinderungen und Beeinträchtigungen sowie zu ihrem Zusammenspiel mit Lebenslagen zu erhalten. Allerdings hat jede verfügbare Datenquelle ihre ganz eigenen Einschränkungen und Probleme“ (BMAS 2016: 49). Diese Probleme betreffen unter anderem die (eingeschränkte) Repräsentativität, insbesondere für Bevölkerungsgruppen „am Rande“ der jeweiligen Verteilung. Wenn gerade die in besonderem Maße Betroffenen aber nicht Teil der Erhebung(en) sind, werden Unterschiede zur sog. „Mitte“ der Bevölkerung (zumindest zahlenmäßig) eher unterschätzt. Die Autorinnen und Autoren dieses Berichts sind sich solch methodischer Einschränkungen jederzeit bewusst, interpretieren die Zahlen mit großer Vorsicht und ziehen möglichst viele unterschiedliche Datenquellen im Zusammenspiel zu Rate.

Manche Bestandteile des Berichts geben jedoch auch bei größter Vorsicht und mit viel Sachverstand inhaltliche Rätsel auf – so führte beispielsweise eine Änderung (im Turnus) der Messung chronischer Erkrankungen auf Basis des Mikrozen-

sus, der als ehemalige „Volkszählung“ den Goldstandard der Bevölkerungsrepräsentativität in Deutschland markiert, dazu, dass die Zahl an Menschen mit chronischen Erkrankungen heute systematisch unterschätzt wurde und wider alle Erwartungen rückläufig erschien. Dies wurde durch eine entsprechende Schätzung korrigiert und die Zahlen schreiben den ursprünglichen Zuwachs-Trend nun fort. Es bleibt aber die grundsätzliche Unsicherheit: Was, wenn methodische Artefakte nicht wie in diesem Falle direkt augenfällig sind und dann inhaltlich interpretiert werden? Diese Möglichkeit des Irrtums muss sicherlich (nicht nur hier) immer im Blick sein und dazu einladen, stetig an der Weiterentwicklung der Informationen, Daten und Analysen zu arbeiten. Auch wenn es wohl keine alleinige „Quelle der Weisheit“ geben kann, verspricht die Teilhabebefragung doch für Deutschland einen nicht dagewesenen Schritt zur Verbesserung der Berichterstattung und damit auch für Maßnahmen zum Abbau von Teilhabeeinschränkungen.

Einordnung in Raum und Zeit

Entwicklungen lassen sich im Längsschnitt abbilden, wie in diesem Bericht wann möglich wieder geschehen. Auch hier gibt es aber Einschränkungen, wie zum Beispiel im Falle des Mikrozensus, wo der Umgang mit Personen in „Gemeinschaftsunterkünften“ sich im Berichtszeitraum grundlegend veränderte und die Vergleichbarkeit der puren Zahlen über die Zeit einschränkt. Doch auch wenn man dies berücksichtigt, zeigen sich bei nahezu allen Indikatoren Verstetigungen der in vorangehenden Berichten gezeigten Entwicklungen, die allesamt im Zeichen des demographischen Wandels („weniger, älter, bunter“) stehen: So nimmt die Zahl der Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung unter anderem im Zuge der Bevölkerungsalterung stetig zu (Tabelle 6). Dies zeigt sich insbesondere bei Menschen mit Migrationshintergrund (Tabelle 9), einer Gruppe, die nun in wachsender Zahl ebenfalls in Deutschland alt wird. Der starke Anstieg von Beeinträchtigungen in diesem Personenkreis zeugt davon, dass dringend neue Konzepte gefunden werden müssen, um unterschiedlichste und kombinierte physische, psychische, sprachliche und kulturelle Barrieren zu überwinden. Nicht zuletzt spielt im Hinblick auf Diversität immer auch die Geschlechterkomposition eine entscheidende Rolle: Frauen werden durchschnittlich älter und weisen häufiger Beeinträchtigungen auf als Männer (Brandt / Schmitz 2020; Brandt et al. 2016) – auch wenn die Männer bezüglich ihrer Lebenserwartung aufschließen. Das zeigt sich auch an der unterschiedlichen Entwicklung (nicht am Niveau) der Zahl an Frauen und Männern mit chronischen Erkrankungen (Tabelle 1). Diese komplexen Zusammenhänge und weitreichenden Entwicklungen werden im abschließenden Vertiefungsthema (Kapitel 8) nochmals aufgenommen und näher beleuchtet.

Geht es um Mechanismen hinter solchen Entwicklungen – also warum entwickelt sich etwas gerade so wie beschrieben, was sind die Treiber gesellschaftlicher Veränderungen? – sind unter anderem auch sogenannte Panelstudien (die wiederholte Befragung derselben Individuen zu mehreren Zeitpunkten) und internationale Vergleiche erforderlich. Diese ermöglichen den Blick in das „natürliche Labor“ unterschiedlicher (Teilhabe-)Kontexte über Raum und Zeit, die unterschiedliche (Teilhabe-)Wirkungen entfalten können. Die Teilhabebefragung wird aus eben diesem Grunde als Wiederholungsbefragung fortgeführt und ist eine langfristige Aufgabe. Die internationale Einordnung kann sie als nationales Unterfangen nicht unmittelbar leisten. Aber der Blick über den Tellerrand und die Einbettung der Ergebnisse in unterschiedliche internationale Kontexte bietet sicherlich einen lohnenswerten Blick in Gestaltungsmöglichkeiten der Zukunft.

Bis jetzt finden sich die meisten Beispiele für längerfristig angelegte Teilhabebefragungen im englischsprachigen Raum, so zum Beispiel der *Canadian Survey on Disability* (2017), der *UK Life Opportunities Survey* (Office for National Statistics, Office for Disability Issues, and Department for Work and Pensions 2015) oder der neuseeländische *Disability Survey* (Statistics New Zealand 2014). Auf europäischer Ebene gab es im Rahmen des *European Health and Social Integration Survey* (Wilmot 2020) auch erste grundlegend ländervergleichende Anstrengungen, die aber bisher nicht verstetigt wurden. Aufgrund langfristiger demographischer Trends und aktueller gesellschaftlicher Herausforderungen unter anderem im Zuge der COVID-19 Pandemie wird dem Thema weltweit jedoch immer mehr Aufmerksamkeit entgegengebracht. Dem werden in nicht allzu ferner Zukunft hoffentlich dann auch verlässliche und vergleichbare Informationen über Raum und Zeit folgen, die als Entscheidungsgrundlage für zukünftige Maßnahmen dienen können (siehe z. B. UN 2012).

Literatur zu diesem Kommentar

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2016): Zweiter Teilhabebereich der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. BMAS, Bonn.

Brandt, Martina / Kaschowitz, Judith / Lazarevic, Patrick (2016): Gesundheit im Alter. Ein Überblick über den Stand der sozialwissenschaftlichen Forschung. In: Jungbauer-Gans, Monika / Kriwy, Peter (Hrsg.): Handbuch Gesundheitssoziologie. Springer VS, Wiesbaden, S. 419 – 436.

Brandt, Martina / Schmitz, Alina (2020): Alter und Geschlecht. In: Aner, Kirsten / Karl, Ute (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Springer VS, Wiesbaden, S. 405 – 411.

- Canadian Survey on Disability (2017): Concepts and Methods Guide.
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-654-x/89-654-x2018001-eng.htm> (online, abgerufen am 17.09.2020).
- Office for National Statistics, Office for Disability Issues, and Department for Work and Pensions (2015): Life Opportunities Survey. Wave 3 Results.
<https://www.gov.uk/government/statistics/life-opportunities-survey-wave-3-results> (online, abgerufen am 17.09.2020).
- Schnell, Rainer (1991): Wer ist das Volk? Zur faktischen Grundgesamtheit bei „allgemeinen Bevölkerungsumfragen“. Undercoverage, Schwererreichbare und Nichtbefragbare. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Jg. 43, Nr. 1, S. 106 – 137.
- Schnell, Rainer (1997): Nonresponse in Bevölkerungsumfragen. Ausmaß, Entwicklung und Ursachen. Leske + Budrich, Opladen.
- Schröder, Helmut / Steinwede, Jacob / Schäfers, Markus / Kersting, Anne / Harand, Julia (2017): Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. 1. Zwischenbericht. <https://www.bmas.de/Shared-Docs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/fb-492-repraesentativbefragung-behinderung.pdf> (online, abgerufen am 17.09.2020).
- Schröttle, Monika / Hornberg, Claudia / Glammeyer, Sandra / Sellach, Brigitte / Kavemann, Barbara / Puhe, Henry / Zinsmeister, Julia (2013): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Langfassung. Publikationsversand der Bundesregierung, Berlin.
- Statistics New Zealand (2014): Social and Economic Outcomes for Disabled People: Findings from the 2013 Disability Survey. Statistics New Zealand, Wellington.
- UN (Vereinte Nationen) (2012): Human Rights Indicators. A Guide to Measurement and Implementation. <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Indicators/Pages/HRIndicatorsIndex.aspx> (online, abgerufen am 17.09.2020).
- Wilmot, Amanda (2020): Measuring Disability Equality in Europe. Design and Development of the European Health and Social Integration Survey Questionnaire. In: Beatty, Paul / Collins, Debbie / Kaye, Lyn / Padilla, Jose-Luis / Willis, Gordon B. / Wilmot, Amanda (Hrsg.): Advances in Questionnaire Design. Development, Evaluation and Testing. Wiley, Hoboken, S. 545 – 570.

3 Familie und soziales Netz

i

Faktenblatt „Familie und soziales Netz“

- Menschen mit Beeinträchtigungen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Bedürfnisse nach sozialer Eingebundenheit und nach einem Familienleben mit oder ohne Kinder kaum von Menschen ohne Beeinträchtigungen. Sie sollen in Partnerschaft, familiärem und außerfamiliärem sozialem Leben keine Benachteiligungen aufgrund ihrer Beeinträchtigungen erfahren. Statistische Daten zeigen, an welchen Stellen die selbstbestimmte Gestaltung des sozialen Lebens im Gegensatz zu der von Menschen ohne Beeinträchtigungen Unterschiede aufweist:
- 33 % der Menschen mit Beeinträchtigungen sind alleinlebend, der Anteil der alleinlebenden Menschen ohne Beeinträchtigungen beträgt 18 %.
- Am häufigsten leben Menschen mit Beeinträchtigungen in Paarhaushalten ohne Kinder (45 %). Weitere 9 % leben als Paar oder alleinerziehend mit Kindern. Menschen ohne Beeinträchtigungen leben am häufigsten als Paar oder alleinerziehend mit Kindern im Haushalt (41 %).
- Rund 329.000 volljährige Menschen mit Beeinträchtigungen (3 %) leben im Haushalt ihrer Eltern.
- 25 % der Personen mit und 17 % der Personen ohne Beeinträchtigungen geben an, eine geringe soziale Unterstützung zu erfahren.
- 64 % der Kinder mit und 84 % der Kinder ohne Beeinträchtigungen im Kindergartenalter haben mindestens einen guten Freund oder eine gute Freundin.
- Ergebnisse der Teilhabebefragung zeigen: Von den Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung haben 11 % keine engeren Freundinnen oder Freunde. Bei Menschen ohne Beeinträchtigungen sind es 3 %. Sowohl Menschen mit Behinderungen (49 %) als auch Menschen mit Beeinträchtigungen (40 %) haben etwa doppelt so häufig Freunde mit Beeinträchtigungen oder Behinderungen als Menschen ohne Beeinträchtigungen (22 %).

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

- 32 % der Menschen mit Beeinträchtigungen geben an, seltener als einmal im Monat oder nie Zeit mit Freunden, Verwandten oder Nachbarn zu verbringen; bei Menschen ohne Beeinträchtigungen sind es 17 %.
- Menschen mit Beeinträchtigungen haben doppelt so häufig (16 %) das Gefühl fehlender Gesellschaft als Menschen ohne Beeinträchtigungen (8 %).
- 33 % der Menschen mit Beeinträchtigungen fühlen sich oft einsam; bei Menschen ohne Beeinträchtigungen sind dies 16 %.

Das soziale Netz besteht aus der Gesamtheit der sozialen Beziehungen zu anderen Menschen. Es ist für Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen ein wichtiger Bezugs- und Handlungsrahmen. Eine Sonderstellung hat dabei die Familie²⁰, da aus der Zuständigkeit für und dem Zusammenleben mit Kindern eine dauerhafte Verbindung entstehen kann, aus der heraus sich Familienmitglieder gegenseitig stützen. Dabei müssen sie nicht zwingend zusammenwohnen oder über verwandtschaftliche Beziehungen miteinander verbunden sein (BMFSFJ 2012b). Es geht vielmehr darum, dass eine soziale Verantwortungs- und Solidargemeinschaft besteht, aus der heraus eine breite Unterstützung ihrer Mitglieder geleistet wird. Sie reicht von der Wahrnehmung erzieherischer Verantwortung über Anerkennung und Geborgenheit bis zu konkreten Hilfen z. B. bei der Arbeitsplatzsuche, der Pflege im Krankheitsfall oder der Kompensation eines geringen Einkommens (Engelbert 2012). Gemeinsam mit den Beziehungen zu weiteren Verwandten, Freundinnen und Freunden, Nachbarinnen und Nachbarn und Bekannten sind familiäre Gemeinschaften Teil des sozialen Netzwerks einer Person, das die eigenen Handlungsspielräume beeinflusst.²¹

Eltern mit Beeinträchtigungen sowie Eltern mit Kindern mit Beeinträchtigungen leben in gleicher Weise als Familien zusammen und erleben die gleichen Vorteile und Anforderungen wie Familien ohne Mitglieder mit Beeinträchtigungen. Allerdings stellen sich manche familientypischen Belastungen für Familien mit Mitgliedern mit Beeinträchtigungen in besonderer Ausprägung dar. Solche Belastungssituationen sind z. B.

²⁰ Als Familie wird hier eine Lebensform bezeichnet, die mindestens ein Kind und mindestens ein soziales oder biologisches Elternteil umfasst (Statistisches Bundesamt 2014a).

²¹ Zu den sozialen Netzwerken äußert sich der wissenschaftliche Beirat im Kommentar zu diesem Kapitel.

- die Bewältigung der meist unerwarteten Situation nach der Geburt eines Kindes mit Beeinträchtigungen und der damit möglicherweise einhergehenden elterlichen Schuldzuweisung, Angst und Unsicherheit;
- die gegebenenfalls notwendige therapeutische Begleitung des Familienmitglieds mit Beeinträchtigungen und der damit einhergehende finanzielle und zeitliche Aufwand;
- die Auseinandersetzung mit dem System professioneller Unterstützungsleistungen und seinen Anspruchsvoraussetzungen sowie die Durchsetzung von Leistungsansprüchen;
- die (teils langfristige) Anwesenheit fremder Expertinnen und Experten in der familiären Privatheit;
- die Gestaltung des Alltags und die Vereinbarkeit der familiären Verpflichtungen mit der Erwerbsarbeit und anderen Aufgaben und Interessen der Familienmitglieder, insbesondere auch die Berücksichtigung der Bedürfnisse und Interessen von Geschwisterkindern ohne Beeinträchtigungen;
- die Loslösung der älter werdenden Kinder und ihr Übergang vom elterlichen in einen eigenen Haushalt, in ein betreutes Wohnangebot oder eine Einrichtung sowie die Abdeckung des (informellen) Unterstützungsbedarfs;
- Verunsicherung bis hin zu Stigmatisierungen im sozialen Umfeld;
- die Gefahr, dass sich soziale Kontakte im Falle einer Überlastungssituation reduzieren und sich die Familie isoliert.

Diese Faktoren können zu hohen emotionalen und psychischen Belastungen bei den Familienmitgliedern führen. In diesen Situationen haben der partnerschaftliche und familiäre Zusammenhalt sowie die Unterstützung aus dem Freundes- und Verwandtenkreis eine herausragende Bedeutung für das Familienleben. Außerdem können entsprechend der spezifischen familiären Situation Informations- und Beratungsangebote sowie abgestimmte Unterstützungsleistungen dazu beitragen, Barrieren im alltäglichen Familienleben zu überwinden. Die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf wurde 2015 dahingehend verbessert, dass ein Anspruch auf Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz oder Familienpflegezeitgesetz auch dann besteht, wenn es sich um die auch außerhäusliche Betreuung eines pflegebedürftigen minderjährigen nahen Angehörigen handelt. Der unabhängige Beirat für die Vereinbarkeit für Pflege und Beruf hat eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die sich mit Fragen der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bei Kindern mit Pflegebedarf beschäftigt (BMFSFJ 2021b). Darüber hinaus sind allgemeine Maßnahmen und Leistungen der Familienpolitik zur Ermöglichung und Förderung einer guten Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Familien wichtig, in denen Eltern oder Kinder mit Beeinträchtigungen leben – auch hier hat es in den letzten Jahren wesentliche Verbesserungen gegeben.

Ob und inwiefern Menschen mit Beeinträchtigungen ihre Wünsche nach Partnerschaft und Elternschaft verwirklichen können, hängt unmittelbar von zahlreichen persönlichen und umweltbedingten Faktoren ab. Sind beispielsweise die sozialen Kontakte reduziert, kann bereits die Möglichkeit, eine geeignete Partnerin beziehungsweise einen geeigneten Partner für die Familiengründung zu finden, eingeschränkt sein. Hinzu kommt, dass es zum Teil negative Einstellungen und Vorurteile gegenüber der Elternschaft von Menschen mit Beeinträchtigungen gibt. Laut Pixa-Kettner (2012: 229) werden „Schwangerschaft und Mutterschaft von Frauen mit Behinderungen (...) noch immer als Bruch gesellschaftlicher Normvorstellungen betrachtet“. Menschen mit Beeinträchtigungen, die in stationären Einrichtungen leben, erschwert zudem das Fehlen privater Rückzugsorte die Möglichkeit, partnerschaftliche Beziehungen einzugehen, ein selbstbestimmtes Sexualleben zu führen und sich für ein Kind zu entscheiden (Römisch 2011).

In Artikel 23 UN-BRK wird der Schutz von Partnerschaft, Ehe, Familie und Elternschaft für Menschen mit Behinderungen in gleichem Maß wie für Menschen ohne Behinderungen festgeschrieben. Er legt überdies großes Gewicht auf die Unterstützung für Eltern mit Behinderungen und fordert, dass die Mitgliedstaaten der UN-BRK konkrete Handlungsaufträge zur Sicherstellung der zugänglichen und inklusiven gemeindenahen Unterstützungs- und Schutzmechanismen erteilen, damit sie ihre Elternpflichten erfüllen können.²² Um diesen Schutz auch faktisch zu gewährleisten, haben sich die Vertragsstaaten zu geeigneten Maßnahmen verpflichtet.

i**Artikel 23 UN-BRK: Achtung der Wohnung und der Familie**

(1) Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage der Gleichberechtigung mit anderen in allen Fragen, die Ehe, Familie, Elternschaft und Partnerschaften betreffen, um zu gewährleisten, dass a) das Recht aller Menschen mit Behinderungen im heiratsfähigen Alter, auf der Grundlage des freien und vollen Einverständnisses der künftigen Ehegatten eine Ehe zu schließen und eine Familie zu gründen, anerkannt wird; b) das Recht von Menschen mit Behinderungen auf freie und verantwortungsbewusste Entscheidung über die Anzahl ihrer Kinder und die Geburtenabstände sowie auf Zugang zu altersgemäßer Information sowie Aufklärung über Fortpflanzung und Familienplanung anerkannt wird und ihnen die notwendigen Mittel zur Ausübung dieser

²² So auch die Empfehlung des UN-Fachausschusses an Deutschland (CRPD 2015: Ziff. 44b).

Rechte zur Verfügung gestellt werden; c) Menschen mit Behinderungen, einschließlich Kindern, gleichberechtigt mit anderen ihre Fruchtbarkeit behalten.

(2) Die Vertragsstaaten gewährleisten die Rechte und Pflichten von Menschen mit Behinderungen in Fragen der Vormundschaft, Pflegschaft, Personen- und Vermögenssorge, Adoption von Kindern oder ähnlichen Rechtsinstituten, soweit das innerstaatliche Recht solche kennt; in allen Fällen ist das Wohl des Kindes ausschlaggebend. Die Vertragsstaaten unterstützen Menschen mit Behinderungen in angemessener Weise bei der Wahrnehmung ihrer elterlichen Verantwortung.

(3) Die Vertragsstaaten gewährleisten, dass Kinder mit Behinderungen gleiche Rechte in Bezug auf das Familienleben haben. Zur Verwirklichung dieser Rechte und mit dem Ziel, das Verbergen, das Aussetzen, die Vernachlässigung und die Absonderung von Kindern mit Behinderungen zu verhindern, verpflichten sich die Vertragsstaaten, Kindern mit Behinderungen und ihren Familien frühzeitig umfassende Informationen, Dienste und Unterstützung zur Verfügung zu stellen.

(4) Die Vertragsstaaten gewährleisten, dass ein Kind nicht gegen den Willen seiner Eltern von diesen getrennt wird, es sei denn, dass die zuständigen Behörden in einer gerichtlich nachprüfaren Entscheidung nach den anzuwendenden Rechtsvorschriften und Verfahren bestimmen, dass diese Trennung zum Wohl des Kindes notwendig ist. In keinem Fall darf das Kind aufgrund einer Behinderung entweder des Kindes oder eines oder beider Elternteile von den Eltern getrennt werden.

(5) Die Vertragsstaaten verpflichten sich, in Fällen, in denen die nächsten Familienangehörigen nicht in der Lage sind, für ein Kind mit Behinderungen zu sorgen, alle Anstrengungen zu unternehmen, um andere Formen der Betreuung innerhalb der weiteren Familie und, falls dies nicht möglich ist, innerhalb der Gemeinschaft in einem familienähnlichen Umfeld zu gewährleisten.

Die UN-BRK enthält keinen Artikel, der direkt auf Freundschaften beziehungsweise das soziale Umfeld abzielt. Der in Artikel 3 Nummer c aufgeführte allgemeine Grundsatz der „vollen und wirksamen Teilhabe an der Gesellschaft und der Einbeziehung in die Gesellschaft“ bezieht jedoch - umfassend ausgelegt - auch

das gemeinschaftliche Leben mit ein. Dieser Grundsatz wird in den spezielleren Artikeln aufgegriffen und vertieft, z. B. in Artikel 26 Absatz 1 b, in dem die „Einbeziehung in die Gemeinschaft und die Gesellschaft in allen ihren Aspekten sowie die Teilhabe daran“ durch umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste sowie -programme beschrieben wird. Dieses Ziel ist vergleichbar auch im SGB IX normiert. Daraus leitet die Rechtsprechung unter anderem die Förderung der Begegnung und des Umgangs mit anderen Menschen und die Pflege von Freundschaften als ein legitimes Ziel der Eingliederungshilfe ab.

Artikel 9 zur „Zugänglichkeit“ beschreibt darüber hinaus das Recht auf eine soziale Praxis, die es Menschen mit Beeinträchtigungen ermöglicht, nach eigenem Bedürfnis Freundschaften zu finden und zu pflegen. Das bedeutet zum Beispiel, dass Rahmenbedingungen und Orte, die für das Zustandekommen und die Pflege von Freundschaften üblicherweise wichtig sind, zugänglich sein müssen. So schränken zum Beispiel eine fehlende Barrierefreiheit von Orten, Angebote, die von Menschen mit Beeinträchtigungen nicht nutzbar sind, sowie geringere finanzielle Mittel die Aktivitäten der sozialen Teilhabe auch in der Freizeit von Menschen mit Beeinträchtigungen potenziell ein.

Auch und gerade für die Bildung und Pflege von Freundschaften zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen sind gemeinsam genutzte Umgebungen bedeutsam. Der Besuch von Sondereinrichtungen wie Förderschulen oder Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) stellt in dieser Hinsicht einen limitierenden Faktor dar, wenngleich auch hier bedeutsame Freundschaften entstehen können. Freundschaften von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen können aber auch durch Vorurteile gegenüber Menschen mit Beeinträchtigungen erschwert werden. Das widerspricht dem allgemeinen Grundsatz aus Artikel 3 Nummer d, der „die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt“ zum Gegenstand hat. Mit Artikel 8 Nummer b schließlich verpflichten sich die Vertragsstaaten, „Klischees, Vorurteile und schädliche Praktiken gegenüber Menschen mit Behinderungen (...) in allen Lebensbereichen zu bekämpfen.“

i**Artikel 3 UN-BRK: Allgemeine Grundsätze**

Die Grundsätze dieses Übereinkommens sind: (...)

c) die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und die Einbeziehung in die Gesellschaft;

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

i

d) die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit; (...)

Artikel 8 UN-BRK: Bewusstseinsbildung

(1) Die Vertragsstaaten verpflichten sich, sofortige, wirksame und geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um (...)

b) Klischees, Vorurteile und schädliche Praktiken gegenüber Menschen mit Behinderungen, einschließlich aufgrund des Geschlechts oder des Alters, in allen Lebensbereichen zu bekämpfen; (...)

In den abschließenden Bemerkungen des Vertragsausschusses zum ersten Staatenbericht Deutschlands zeigt sich der Ausschuss darüber besorgt, dass keine ausreichenden staatlichen Unterstützungsmöglichkeiten für Familien mit Mitgliedern mit Beeinträchtigungen bereitstehen. Er fordert dazu auf, entsprechende Unterstützungsleistungen, insbesondere auch für Menschen mit Migrationshintergrund, zur Verfügung zu stellen. Zudem werden gesetzliche Regelungen gefordert, die verhindern, dass Kinder aufgrund der Behinderung ihrer Eltern von diesen getrennt werden dürfen.

Im Bereich der Familienpolitik wurde in dieser Legislaturperiode ein Maßnahmenpaket gegen Familienarmut vereinbart und umgesetzt. Zur Entlastung von Familien wurde das Kindergeld für alle Familien um insgesamt 25 Euro je Kind erhöht.²³ Die Kindergelderhöhung wurde ergänzt durch den Ausbau des Kinderzuschlags für Familien mit kleinen Einkommen und die Verbesserung des Bildungs- und Teilhabepakets für Kinder und Jugendliche. Um Alleinerziehende gezielt zu unterstützen, wurde der steuerliche Entlastungsbetrag für Alleinerziehende ab dem Jahr 2020 von 1908 Euro auf 4008 Euro angehoben.

Gerichtliche Maßnahmen, mit denen eine Trennung verbunden ist, sind nur zulässig, wenn der Gefahr nicht auf andere Weise, auch nicht durch öffentliche Hilfen, begegnet werden kann.²⁴ Eine Inobhutnahme durch das Jugendamt erfolgt nur im Fall einer dringenden Kindeswohlgefährdung, wenn der Schutz des Kindes o-

²³ Zum 1. Juli 2019 stieg das Kindergeld um 10 Euro, zum 1. Januar 2021 um weitere 15 Euro.

²⁴ § 1666a BGB.

der Jugendlichen ein Abwarten der familiengerichtlichen Entscheidung nicht erlaubt. Bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung muss das Jugendamt das Gefährdungsrisiko einschätzen,²⁵ den Erziehungsberechtigten zur Abwendung der Gefährdung ggf. Hilfen zur Erziehung anbieten²⁶ und das Familiengericht anrufen, wenn es dessen Tätigwerden zur Gefährdungsabwendung für erforderlich hält.²⁷

Um das Kinder- und Jugendhilferecht zu modernisieren,²⁸ wurde ein breiter Beteiligungsprozess mit Wissenschaft und Praxis der Kinder- und Jugendhilfe, der sogenannten Behindertenhilfe, der Gesundheitshilfe sowie mit den Ländern und Kommunen durchgeführt.²⁹ Dabei wurde insbesondere an die Ergebnisse bisheriger Diskussionen zur „Inklusiven Lösung“³⁰ angeknüpft, um Hilfen „aus einer Hand“ zu leisten. Der nunmehr vorgelegte Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen, der sich derzeit im parlamentarischen Verfahren befindet, beruht auf der Basis der Auswertung der Ergebnisse des Beteiligungsprozesses. Das Inkrafttreten des Gesetzes ist im Frühjahr 2021 vorgesehen. Ein Kernanliegen des Entwurfs ist insbesondere auch eine verbindliche Weichenstellung für die Inklusive Lösung. Da für die Umsetzung der Zusammenführung der Zuständigkeiten der Leistungen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen unter dem Dach der Kinder- und Jugendhilfe in verschiedenen Bereichen grundsätzliche Voraussetzungen zu schaffen sind, ist für den Prozess der Umsetzung ein Zeitraum von insgesamt sieben Jahren vorgesehen.

In den Abschließenden Bemerkungen wird auch Besorgnis über die Praxis der Zwangssterilisation und Zwangsabtreibung bei Erwachsenen mit Behinderungen bei ersetzter Entscheidung geäußert. Sie sei eine Verletzung des in Artikel 23 Absatz 1 Buchstabe c UN-BRK verankerten Rechts auf Erhalt der Fruchtbarkeit und verhindere die Selbstbestimmung von Menschen mit Beeinträchtigungen in Bezug auf die Familiengründung (CRPD 2015).

Im Vorfeld des kombinierten zweiten und dritten Staatenberichts der Bundesrepublik Deutschland empfiehlt die Monitoring-Stelle zur Umsetzung der UN-BRK in Deutschland dem Ausschuss in Bezug auf Artikel 23, sich mit der Frage zu befassen, inwieweit Deutschland das Verbot der Trennung von Kindern und Eltern mit Behinderungen gesetzlich verankert hat und welche anderen Maßnahmen seit 2015 ergriffen wurden, um eine solche Trennung zu verhindern (DIMR 2018).

²⁵ § 8a Abs. 1 S. 1 SGB VIII.

²⁶ § 8a Abs. 1 S. 3 SGB VIII.

²⁷ § 8a Abs. 2 SGB VIII.

²⁸ Auf der Basis des am 29. Juni 2017 beschlossenen Gesetzes zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen.

²⁹ Startpunkt war am 6. November 2018, „Mitreden – Mitgestalten: Die Zukunft der Kinder- und Jugendhilfe“.

³⁰ Dies bedeutet eine Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe für alle Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen.

Auch ein zivilgesellschaftliches Verbändebündnis schließt sich dieser Fragestellung an und moniert gleichzeitig, dass die bereits in der ersten Staatenprüfung kritisierte Sterilisation ohne informierte Einwilligung der Betroffenen nach wie vor möglich ist (DBR et al. 2018b).

Die folgenden Abschnitte geben zunächst einen Überblick über die Haushaltsformen, in denen Menschen mit Beeinträchtigungen leben (3.1), informieren dann über die Familiengründung und Familien mit Eltern mit Beeinträchtigungen sowie über pflegende Angehörige (3.2). Soziale Beziehungen und soziale Unterstützung sind Gegenstand des dritten Abschnitts (3.3). In einem abschließenden Abschnitt (3.4) wird die Entwicklung der Teilhabe im Bereich Familie und soziales Netz zusammenfassend eingeschätzt, indem drei Leitfragen beantwortet werden:

1. Menschen mit Beeinträchtigungen sollen in Partnerschaft, familiärem und außerfamiliärem sozialem Leben keine Benachteiligungen aufgrund ihrer Beeinträchtigungen erfahren. Gibt es in den vorgestellten Statistiken Anzeichen dafür, dass Menschen mit Beeinträchtigungen ihr soziales Leben in diesen Bereichen nicht im gleichen Maße selbstbestimmt gestalten können wie Menschen ohne Beeinträchtigungen?
2. Befinden sich Menschen mit Beeinträchtigungen häufiger in Situationen, die ihr soziales Leben einschränken?
3. Besondere Aufmerksamkeit ist Personen mit mehrfachen Benachteiligungen im Sinne von sich überschneidenden Diskriminierungsformen (Intersektionalität) zu widmen. Welche Personengruppen lassen sich im Kontext von Familie und sozialem Netz als besonders vulnerabel identifizieren?

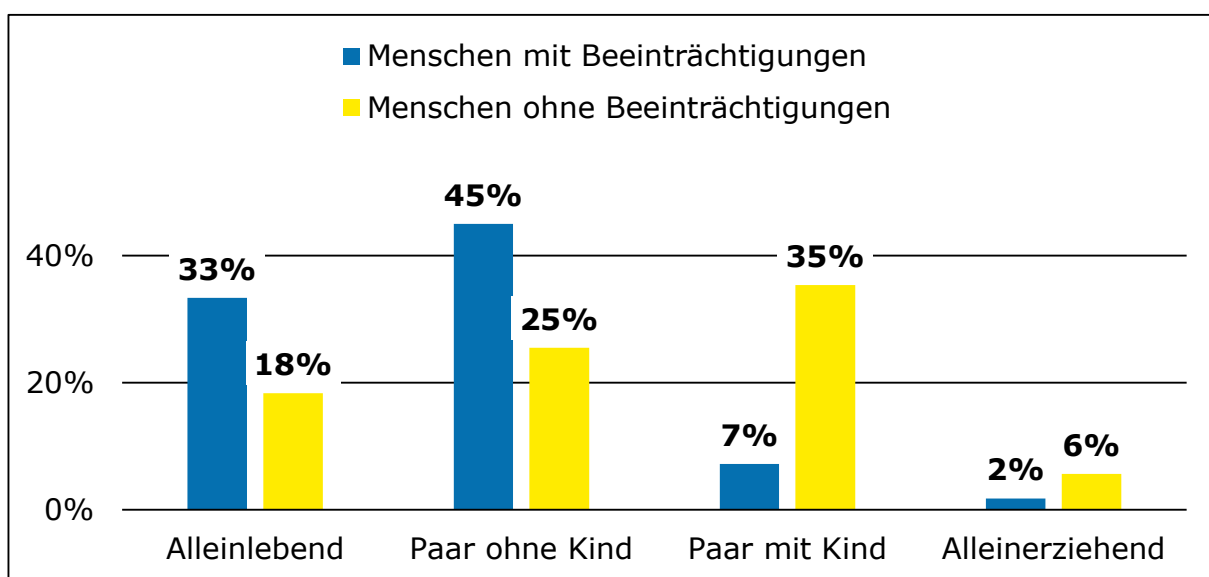
3.1 Haushaltsformen

Die Lebenssituation von Menschen wird stark durch den Haushaltskontext und die Haushaltsform beeinflusst, in denen sie leben. Als Haushaltsform wird die Art und Weise, wie Personen innerhalb eines Haushalts zusammenleben, bezeichnet. Die Statistik unterscheidet dabei zwischen alleinlebenden Personen, Paaren ohne und mit Kindern sowie Alleinerziehenden. Aus der Untersuchung der Haushaltsformen können erste Hinweise abgeleitet werden, ob und inwieweit Menschen engere familiäre Kontakte haben, in einer Partnerschaft zusammenleben oder Kinder haben. So tragen Alleinlebende ein höheres Risiko, von Vereinsamung und erlebter Einsamkeit, mangelnder sozialer Unterstützung und Armut betroffen zu sein (RKI 2015).

Abbildung 10 zeigt, dass Menschen mit Beeinträchtigungen häufiger allein leben als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Fast die Hälfte lebt in Paarbeziehungen

ohne Kind (45 %), ein Drittel (33 %) allein. Menschen ohne Beeinträchtigungen leben deutlich häufiger in Paarbeziehungen und haben mindestens ein minderjähriges Kind (35 %). 18 Prozent leben allein, 25 Prozent leben in einer Paarbeziehung zusammen.

Abbildung 10: Haushaltsformen
2017*



* Kategorie „Sonstiges/keine Angabe“ nicht abgebildet

Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Zwischen den Jahren 2009 und 2017 nahm der Anteil der allein lebenden Menschen leicht zu (**Tabelle 10**), bei den Menschen mit Beeinträchtigungen um 3 Prozentpunkte, bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen um 1 Prozentpunkt. Besonders häufig leben Frauen mit Beeinträchtigungen allein: 41 Prozent leben ohne Partnerin beziehungsweise Partner und/oder Kinder im Haushalt. Bei Männern mit Beeinträchtigungen ist dieser Anteil deutlich geringer (26 %). Auffällig ist, dass diese Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei Menschen ohne Beeinträchtigungen nicht bestehen. Eine mögliche Erklärung dafür, dass Frauen mit Beeinträchtigungen häufiger als Männer allein leben, könnte ihr höheres Lebensalter und der damit einhergehende höhere Anteil der Verwitweten sein (BMFSFJ 2009).

Tabelle 10: Haushaltsformen nach Geschlecht

	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen		
	2009	2013	2017	2009	2013	2017
Insgesamt						
alleinlebend	30 %	32 %	33 %	17 %	18 %	18 %
Paar ohne Kind	45 %	45 %	45 %	25 %	25 %	25 %
Paar mit Kind	8 %	7 %	7 %	36 %	35 %	35 %
alleinerziehend	2 %	2 %	2 %	6 %	6 %	6 %
Männer						
alleinlebend	22 %	24 %	26 %	17 %	18 %	19 %
Paar ohne Kind	52 %	52 %	51 %	24 %	25 %	25 %
Paar mit Kind	10 %	8 %	8 %	37 %	36 %	36 %
alleinerziehend	1 %	1 %	1 %	4 %	5 %	4 %
Frauen						
alleinlebend	39 %	40 %	41 %	17 %	18 %	18 %
Paar ohne Kind	38 %	39 %	39 %	26 %	26 %	26 %
Paar mit Kind	7 %	6 %	6 %	34 %	34 %	35 %
alleinerziehend	2 %	3 %	2 %	7 %	7 %	7 %

* Kategorie „Sonstiges/keine Angabe“ nicht abgebildet

Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Sowohl Menschen mit als auch ohne Beeinträchtigungen leben mit zunehmendem Alter häufiger allein (Tabelle 11). Sind im Alter von 18 bis 49 Jahren noch 31 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen und 21 Prozent der Menschen ohne Beeinträchtigungen alleinlebend, so steigt der entsprechende Anteil bei den 80-Jährigen und Älteren auf 50 beziehungsweise 49 Prozent. Der Grund hierfür ist einerseits der Auszug der Kinder aus den Haushalten, andererseits der sinkende Anteil der Paarhaushalte.

**Tabelle 11: Haushaltsformen im Lebensverlauf
2017**

		allein- lebend	Paar ohne Kind	Paar mit Kind	allein- erzie- hend	Sonsti- ges/ keine Angabe
18 bis 49 Jahre	mit Beeinträchtigungen	31 %	15 %	27 %	6 %	21 %
	ohne Beeinträchtigungen	21 %	16 %	39 %	5 %	19 %
50 bis 64 Jahre	mit Beeinträchtigungen	29 %	45 %	5 %	1 %	19 %
	ohne Beeinträchtigungen	19 %	43 %	12 %	2 %	25 %
65 bis 79 Jahre	mit Beeinträchtigungen	31 %	62 %	0 %	0 %	7 %
	ohne Beeinträchtigungen	27 %	63 %	1 %	0 %	9 %
ab 80 Jahre	mit Beeinträchtigungen	50 %	43 %	0 %	0 %	7 %
	ohne Beeinträchtigungen	49 %	40 %	1 %	0 %	10 %

Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Mit zunehmendem Grad der Behinderung (GdB) nimmt der Anteil der Alleinlebenden unter den Menschen mit Behinderungen zu (Tabelle 12). Im Jahr 2017 lebten 27 Prozent der Menschen mit einem GdB unter 50 allein. Bei den Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung waren es 35 Prozent. Chronisch Kranke ohne eine anerkannte Behinderung lebten ebenfalls zu einem relativ hohen Anteil allein (37 %). In allen Teilgruppen stieg der Anteil der Alleinlebenden zwischen 2009 und 2017 kontinuierlich an.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Tabelle 12: Alleinlebende nach Teilgruppen der Beeinträchtigungen

	2009	2013	2017
mit anerkannter Behinderung			
gesamt	30 %	31 %	33 %
GdB < 50	24 %	26 %	27 %
GdB ab 50	32 %	33 %	35 %
chronisch kranke Menschen (ohne anerkannte Behinderung)	33 %	35 %	37 %

Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Menschen mit Beeinträchtigungen, die einen Migrationshintergrund haben (26 %), leben seltener allein als diejenigen ohne Migrationshintergrund (33 %; Tabelle 13). Das liegt vor allem am deutlich höheren Anteil der Familien: Rund 41 Prozent leben in Haushalten als Paar oder alleinerziehend mit Kindern zusammen.

Tabelle 13: Haushaltsformen nach Migrationshintergrund

Menschen mit Beeinträchtigungen im Alter von 18 bis 49 Jahren, 2017

	allein- lebend	Paar ohne Kind	Paar mit Kind	alleiner- ziehend	Sonstiges/ keine An- gabe
mit Migrations- hintergrund	26 %	10 %	34 %	7 %	23 %
ohne Migrati- onshintergrund	33 %	16 %	25 %	6 %	20 %

Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Mit 3 Prozent (329 Tausend Personen) wohnt ein kleiner Anteil der erwachsenen Menschen mit Beeinträchtigungen bei den Eltern (Tabelle 14). Wenig überraschend ist, dass vor allem junge Erwachsene mit Beeinträchtigungen im Alter

zwischen 18 und 44 Jahren bei den Eltern leben und dieser Anteil mit zunehmendem Alter stark sinkt.

Tabelle 14: Volljährige Menschen mit Beeinträchtigungen, die bei ihren Eltern leben

Volljährige Menschen, die bei ihren Eltern leben, nach Alter und Haushaltsgröße, 2017

	18 bis 44 Jahre	45 bis 64 Jahre	ab 65 Jahre	gesamt
absolut in Tausend	243	82	4	329
Anteil an allen in der Alters- gruppe	13 %	2 %	0 %	3 %

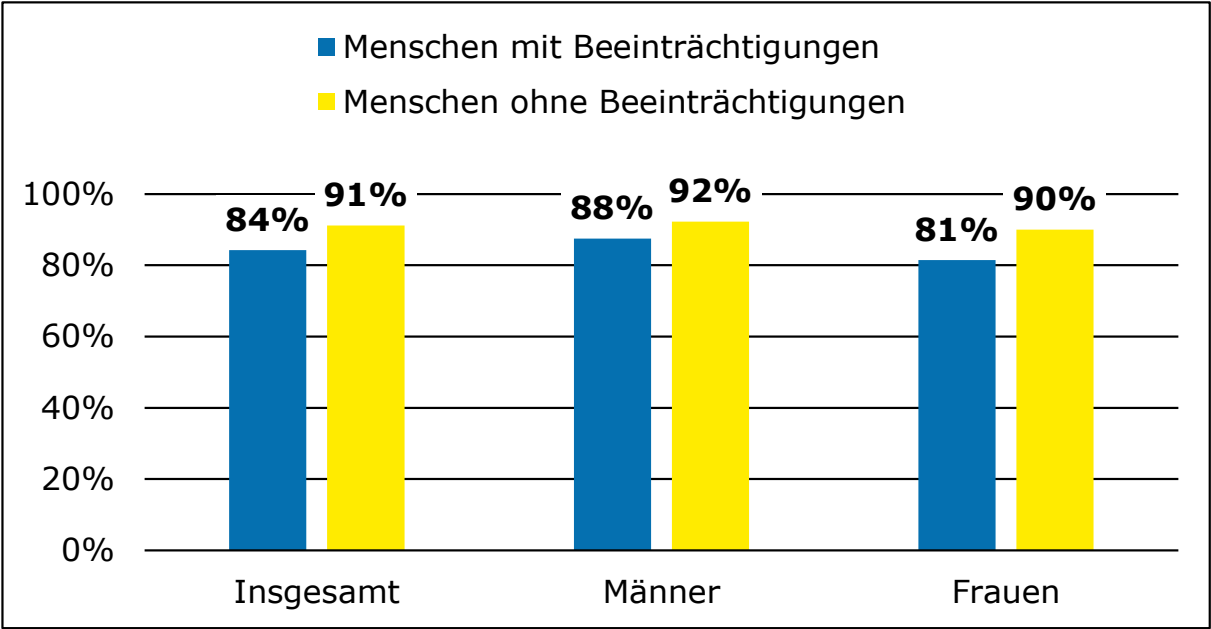
Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Partnerschaften

Für Menschen mit Beeinträchtigungen hat die Ehe oder Partnerschaft etwas seltener eine hohe Bedeutung als für Menschen ohne Beeinträchtigungen. 84 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen geben an, dass eine glückliche Ehe oder Partnerschaft von hoher Bedeutung ist, bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen sind es 91 Prozent (Abbildung 11). Männer messen, unabhängig von vorliegenden Beeinträchtigungen, im Durchschnitt der Ehe und Partnerschaft häufiger eine hohe Bedeutung zu als Frauen. Das liegt unter anderem daran, dass Männer mit Beeinträchtigungen häufiger in einer Ehe oder Partnerschaft sind als Frauen mit Beeinträchtigungen. Für Menschen mit Partnerin oder Partner hat die Ehe oder Partnerschaft häufiger eine hohe Bedeutung als für Menschen ohne Partnerin oder Partner.³¹

³¹ Eigene Auswertung der Prognos AG auf Basis des SOEP, ohne Abbildung.

Abbildung 11: Hohe Bedeutung der Ehe oder Partnerschaft
Menschen, für die die Ehe oder Partnerschaft eine hohe Bedeutung hat, nach Geschlecht, 2016



Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei der Beurteilung der Bedeutung von Ehe und Partnerschaft fallen in verschiedene Altersgruppen noch stärker aus (Tabelle 15). In der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren hat die Ehe oder Partnerschaft insbesondere für Männer mit Beeinträchtigungen eine hohe Bedeutung (90 %).

Tabelle 15: Hohe Bedeutung der Ehe oder Partnerschaft
Menschen mit Beeinträchtigungen, für die die Ehe oder Partnerschaft eine hohe Bedeutung hat, nach Alter, 2016

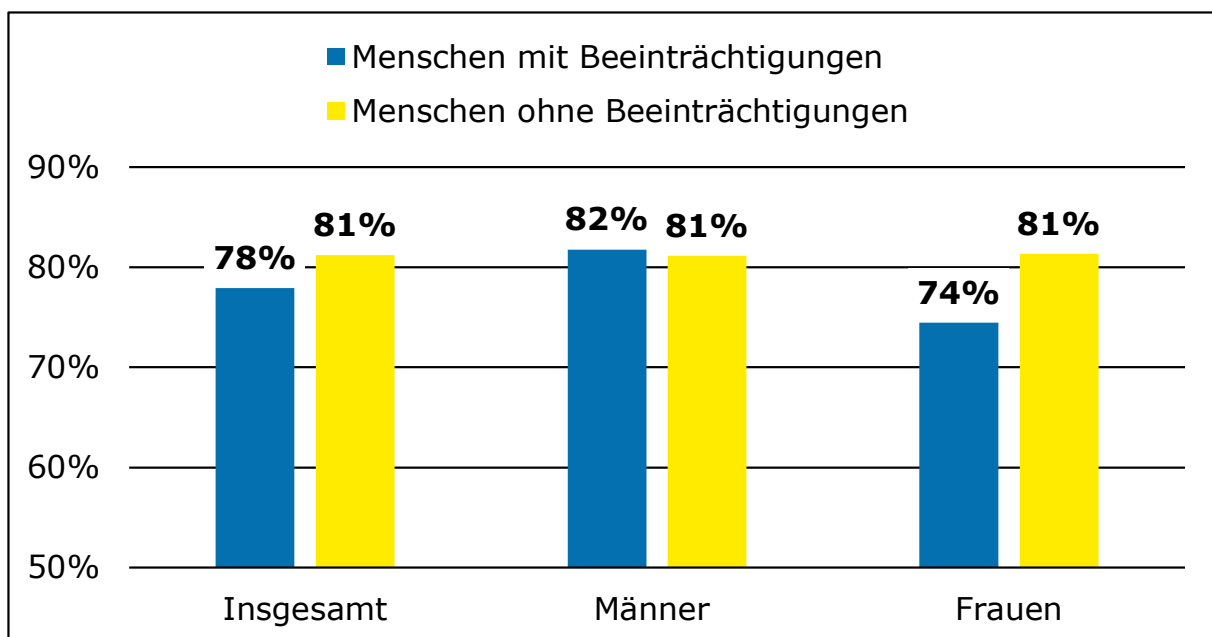
	18 bis 49 Jahre	50 bis 64 Jahre	ab 65 Jahre
Männer	84 %	86 %	90 %
Frauen	90 %	86 %	75 %

Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Die meisten Menschen können den Wunsch nach Partnerschaft verwirklichen. 78 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen und 81 Prozent der Menschen ohne Beeinträchtigungen, die angeben, dass ihnen eine Ehe oder Partnerschaft (sehr) wichtig ist, leben tatsächlich mit einer Partnerin oder einem Partner zusammen (Abbildung 12). Bei der Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern: Während 82 Prozent der Männer, denen eine Ehe oder Partnerschaft wichtig ist, entsprechend leben, sind es 74 Prozent der Frauen. Ein Grund für diese Differenz zwischen den Geschlechtern ist der höhere Anteil verwitweter Frauen (BMFSFJ 2009).

Abbildung 12: Verwirklichung des Ehe- oder Partnerschaftswunsches
Anteil der Menschen, die in einer Ehe oder Partnerschaft leben, an denjenigen, denen Ehe oder Partnerschaft wichtig ist, nach Geschlecht, 2016



Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

3.2 Familienleben

3.2.1 Familiengründung und Familien mit Eltern mit Beeinträchtigungen

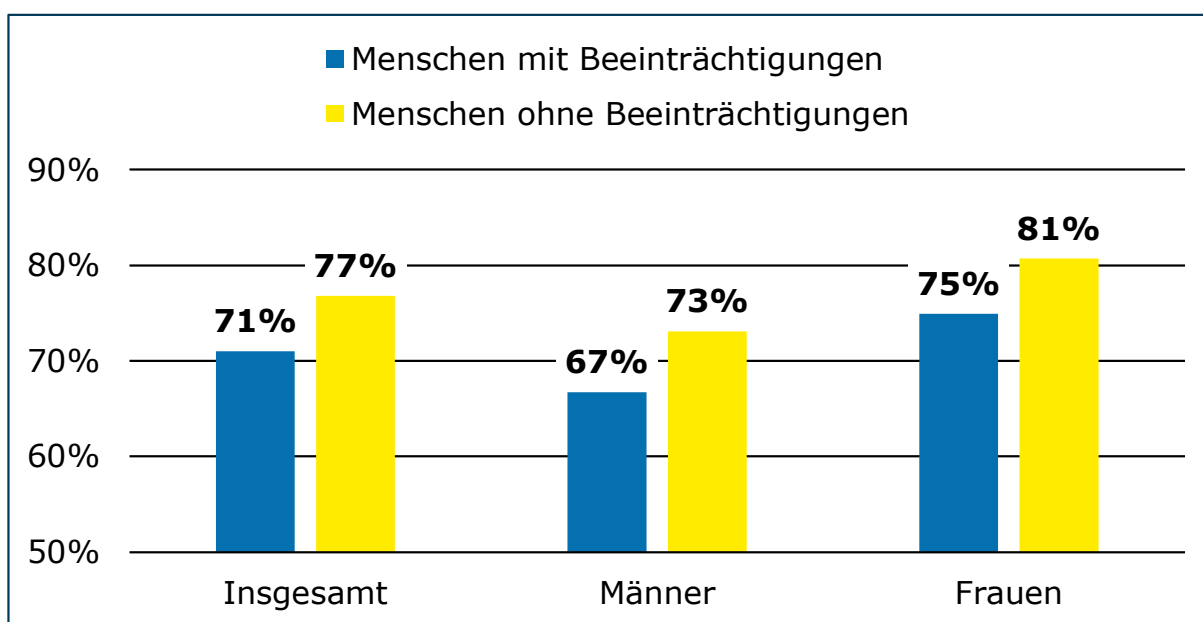
Menschen mit Behinderungen haben „das Recht (...) auf freie und verantwortungsbewusste Entscheidung über die Anzahl ihrer Kinder“ (Artikel 23 Ab-

satz 1 Buchstabe b UN-BRK). In der Altersgruppe der 18- bis 49-Jährigen wünschen sich Menschen mit Beeinträchtigungen mit 71 Prozent seltener Kinder als Menschen ohne Beeinträchtigungen (77 %; Abbildung 13). Frauen äußern deutlich häufiger einen Kinderwunsch als Männer; der Unterschied zwischen ihnen beträgt, unabhängig von vorliegenden Beeinträchtigungen, 8 Prozentpunkte.

Ein Grund für den selteneren Kinderwunsch von Menschen mit Beeinträchtigungen ist vermutlich, dass sie insgesamt seltener in einer Partnerschaft leben. Besteht eine feste Partnerschaft, gibt es bezüglich des Kinderwunsches zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen nur geringe Unterschiede (3,6 Prozentpunkte).³² Möglicherweise wird ein Kinderwunsch insbesondere dann geäußert, wenn eine Partnerschaft besteht und damit eine der subjektiv wichtigen Voraussetzungen für die Realisierung des Kinderwunsches erfüllt ist.

Abbildung 13: Kinderwunsch

Menschen zwischen 18 und 49 Jahren, die einen Kinderwunsch haben, nach Geschlecht, 2016



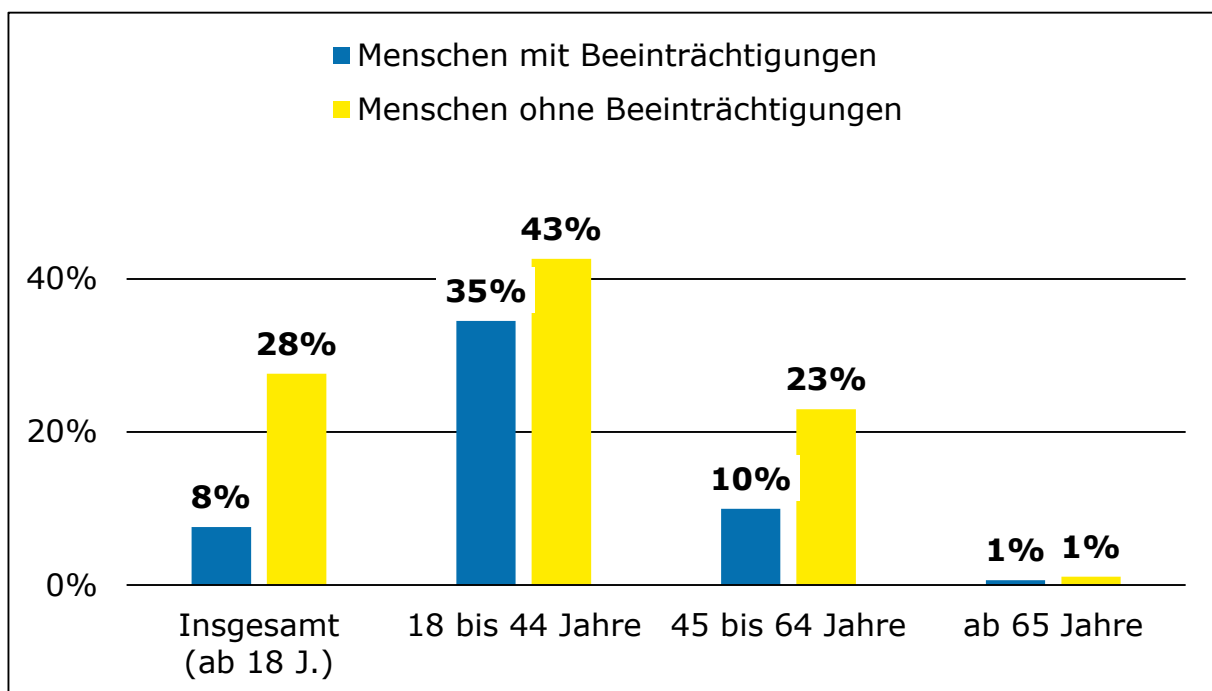
Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Menschen mit Beeinträchtigungen leben seltener mit (eigenen) Kindern in einem Haushalt zusammen. Im Jahr 2017 lebten 8 Prozent der Erwachsenen mit Beeinträchtigungen in Haushalten mit mindestens einem minderjährigen Kind und

³² Auswertungen der Prognos AG auf Basis des SOEP, ohne Abbildung.

28 Prozent der Erwachsenen ohne Beeinträchtigungen (Abbildung 14). Dieser Unterschied ergibt sich insbesondere aus dem vergleichsweise hohen Durchschnittsalter von Menschen mit Beeinträchtigungen. Unter ihnen sind viele Personen, die 65 Jahre und älter sind und damit in der Regel nicht mehr mit eigenen Kindern im Haus leben.

Abbildung 14: Haushalte mit mindestens einem minderjährigen Kind
Menschen in Haushalten, in denen mindestens ein minderjähriges Kind lebt, nach Alter, 2017



Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Tabelle 16 zeigt, dass vor allem Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung selten mit Kindern in einem Haushalt leben (28 %). Menschen mit einem GdB von unter 50 und Menschen mit chronischen Erkrankungen ohne anerkannte Behinderung leben in etwa genauso häufig mit Kindern im Haushalt wie Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Tabelle 16: Haushalte mit mindestens einem minderjährigen Kind

Haushalte von Erwachsenen im Alter von 18 bis 44 Jahren mit mindestens einem minderjährigen Kind, nach Teilgruppen der Beeinträchtigungen

	2009	2013	2017
ohne Beeinträchtigungen	43 %	43 %	43 %
mit anerkannter Behinderung			
gesamt	32 %	32 %	32 %
GdB < 50	43 %	43 %	41 %
GdB ab 50	27 %	26 %	28 %
chronisch kranke Menschen (ohne anerkannte Behinderung)	42 %	40 %	40 %

Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Alleinerziehende sind im Alltag besonderen Belastungen ausgesetzt, wenn ihnen die Unterstützung der Ex-Partnerin oder des Ex-Partners fehlt. Studien belegen, dass sich Alleinerziehend-Sein negativ auf die Gesundheit auswirken kann. Belegt ist unter anderem, dass alleinerziehende Frauen und Männer höhere Prävalenzen für Depressionen haben. Alleinerziehende Mütter haben im Vergleich zu in Partnerschaft lebenden Müttern häufiger körperliche und psychische Beeinträchtigungen (RKI 2015).³³

Die Mehrheit der Alleinerziehenden ist weiblich (Tabelle 17). Unter den Frauen mit Beeinträchtigungen war der Anteil der Alleinerziehenden 2017 mit 11 Prozent etwas höher als bei den Frauen ohne Beeinträchtigungen (8 %). Männer mit und ohne Beeinträchtigungen sind zu 2 Prozent alleinerziehend.

³³ An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass der Grund für die höheren gesundheitlichen Belastungen und Beeinträchtigungen nicht zwingend im „allein erziehen“ liegt.

Tabelle 17: Alleinerziehende

Alleinerziehende im Alter von 18 bis 49 Jahren nach Geschlecht

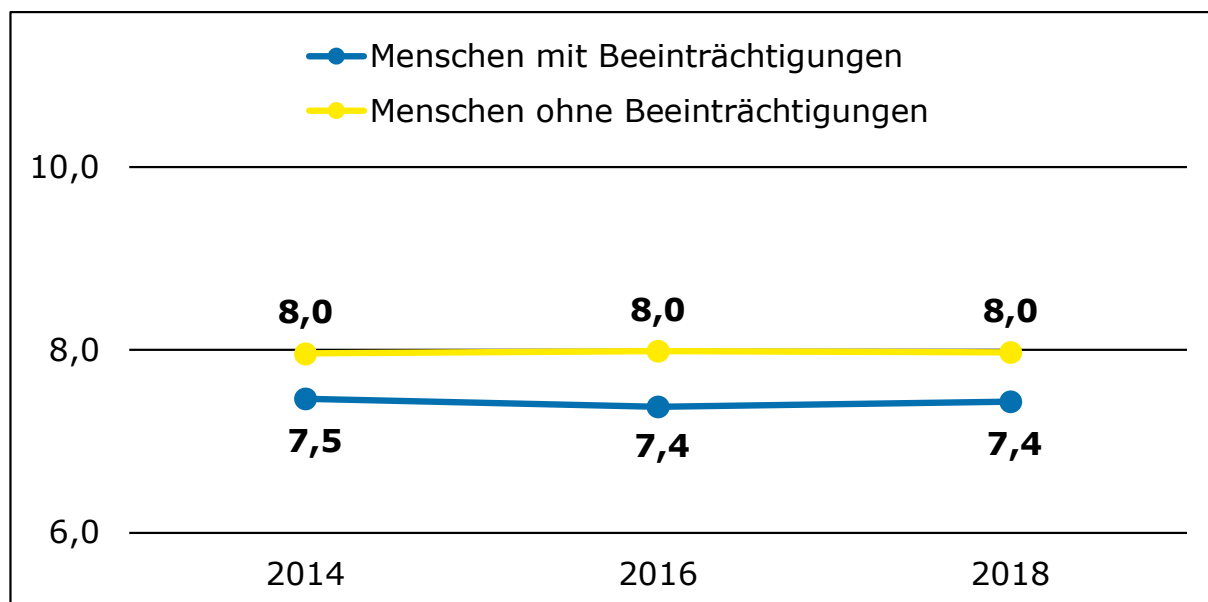
	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen		
	2009	2013	2017	2009	2013	2017
Insgesamt	5 %	6 %	6 %	5 %	5 %	5 %
Männer	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %
Frauen	10 %	10 %	11 %	8 %	9 %	8 %

Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Insgesamt sind Menschen mit Beeinträchtigungen weniger zufrieden mit ihrem Familienleben als Menschen ohne Beeinträchtigungen (Abbildung 15). Auf einer Skala von 0 („ganz und gar unzufrieden“) bis 10 („ganz und gar zufrieden“) lag der Mittelwert ihrer Zufriedenheit im Jahr 2018 bei 7,4, während die Angaben von Menschen ohne Beeinträchtigungen im Mittel einen Wert von 8,0 ergaben.

Abbildung 15: Zufriedenheit mit dem Familienleben

Mittelwerte



Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Tabelle 18 zeigt, dass die Zufriedenheit mit dem Familienleben sowohl bei Menschen mit als auch ohne Beeinträchtigungen im Lebensverlauf leicht steigt. Dabei bewerten Menschen mit Beeinträchtigungen über alle Altersgruppen hinweg ihr Familienleben etwas schlechter als Gleichaltrige ohne Beeinträchtigungen (rund 0,6 Prozentpunkte). Männer und Frauen sind, unabhängig vom Vorliegen einer Beeinträchtigung, in etwa gleich zufrieden mit ihrem Familienleben.

Tabelle 18: Zufriedenheit mit dem Familienleben

Zufriedenheit mit dem Familienleben nach Alter und Geschlecht, Mittelwert

	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen		
	2014	2016	2018	2014	2016	2018
Insgesamt	7,5	7,4	7,4	8,0	8,0	8,0
Alter						
18 bis 49 Jahre	7,3	7,1	7,3	7,9	8,0	8,0
50 bis 64 Jahre	7,3	7,4	7,2	7,8	7,9	7,9
65 bis 79 Jahre	7,7	7,5	7,7	8,2	8,1	8,1
ab 80 Jahre	7,6	7,6	7,6	8,2	8,2	8,1
Geschlecht						
Männer	7,4	7,4	7,5	8,0	8,0	7,9
Frauen	7,5	7,3	7,4	8,0	8,0	8,0

Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Unterstützungsleistungen für Eltern mit Beeinträchtigungen

„Kinder mit Behinderungen (...) haben das Recht (...) ihre Eltern zu kennen und von ihnen betreut zu werden“ (Artikel 18 Absatz 2 UN-BRK). Des Weiteren müssen Menschen mit Behinderungen „bei der Wahrnehmung ihrer elterlichen Verantwortung“ in angemessener Weise unterstützt werden (Artikel 23 Absatz 2 Satz 2 UN-BRK). Diese Ansprüche wurden mit der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) im Jahr 2018 erstmals im deutschen Recht verankert. Demnach haben Eltern mit Behinderungen laut § 78 Absatz 1 und 3 SGB IX einen rechtlichen Anspruch auf Elternassistenz. Mit deren Hilfe sollen die Einschränkungen

gen der Behinderung ausgeglichen und die Eltern unter anderem bei der Versorgung und Betreuung ihres Kindes unterstützt werden. § 78 Absatz 3 SGB IX eröffnet neben der Elternassistenz den gesetzlichen Rahmen für die Unterstützung von Eltern mit Lernschwierigkeiten durch die Begleitete Elternschaft. Ziel ist, dass Eltern mit Lernschwierigkeiten und ihre Kinder als Familie zusammenleben können und vor Ort bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Unterstützung erhalten. Statistiken zur Inanspruchnahme dieses Rechtsanspruchs oder zu damit verbundenen Ausgaben liegen bisher nicht vor.

3.2.2 Familien mit Kindern mit Beeinträchtigungen

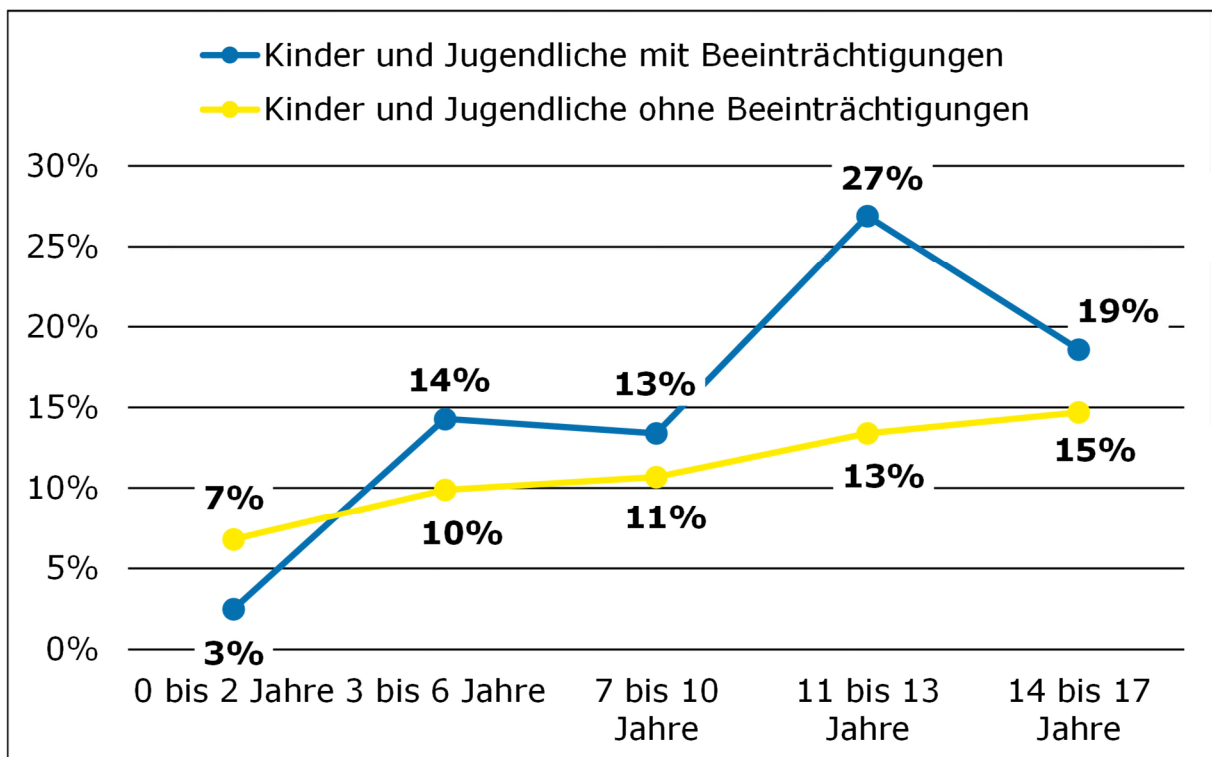
Für Familien mit Kindern mit Beeinträchtigungen ergeben sich unter anderem durch strukturelle Barrieren und gesellschaftliche Diskriminierungen besondere Herausforderungen. In der Folge sind sie höheren Belastungen ausgesetzt als Familien, in denen keine Kinder mit Beeinträchtigungen leben (Engelbert 2012). Insbesondere für Alleinerziehende können die Belastungen besonders hoch sein, wenn sie keine Unterstützung durch eine Partnerin beziehungsweise einen Partner erhalten.

Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen (17 %) leben häufiger mit einem alleinerziehenden Elternteil zusammen als Kinder und Jugendliche ohne Beeinträchtigungen (11 %). Der Unterschied ist mit 14 Prozentpunkten bei den 11- bis 13-Jährigen besonders groß (Abbildung 16). In dieser Altersgruppe leben 27 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen und 13 Prozent derjenigen ohne Beeinträchtigungen in einer Ein-Eltern-Familie. Unabhängig davon wachsen die meisten Kinder und Jugendlichen mit und ohne Beeinträchtigungen in ihren Herkunftsfamilien auf.³⁴

³⁴ Die Fallzahlen dieses Indikators sind eher niedrig, sodass die Aussagekraft eingeschränkt ist.

Abbildung 16: Kinder und Jugendliche in Ein-Eltern-Familien

Kinder und Jugendliche, die in Ein-Eltern-Familien leben, nach Alter, 2014 bis 2017*



* Antworten des Elternfragebogens, gewichtet
Quelle: KiGGS, Berechnung und Darstellung Prognos

Kinder geben, unabhängig vom Vorliegen einer Beeinträchtigung, ganz überwiegend an, dass sie innerhalb ihrer Familie gut miteinander auskommen.³⁵ Allerdings sind Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen im Alter von 14 bis 17 Jahren deutlich seltener der Ansicht, dass in ihrer Familie alle gut miteinander auskommen (84 %), als Gleichaltrige ohne Beeinträchtigungen (92 %; Tabelle 19).

³⁵ Die subjektive Bewertung des Miteinanders in der Familie kann auf Basis der zweiten Welle der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) des Robert Koch-Instituts dargestellt werden. Dabei stammen die Aussagen der 3- bis 10-Jährigen von den Eltern und die der 11- bis 17-Jährigen von den Kindern und Jugendlichen selbst.

Tabelle 19: Gutes Miteinanderauskommen in der Familie nach Alter
2014 bis 2017*

Kinder und Jugendliche		stimmt eher oder genau
Insgesamt	mit Beeinträchtigungen	92 %
	ohne Beeinträchtigungen	95 %
3 bis 6 Jahre	mit Beeinträchtigungen	96 %
	ohne Beeinträchtigungen	98 %
7 bis 10 Jahre	mit Beeinträchtigungen	98 %
	ohne Beeinträchtigungen	97 %
11 bis 13 Jahre	mit Beeinträchtigungen	94 %
	ohne Beeinträchtigungen	93 %
14 bis 17 Jahre	mit Beeinträchtigungen	84 %
	ohne Beeinträchtigungen	92 %

* Antworten des Kinder- und Elternfragebogens, gewichtet
Quelle: KiGGS, Berechnung und Darstellung Prognos

Unterstützungsleistungen für Familien mit beeinträchtigten Kindern

Für die Zeit unmittelbar nach der Geburt sieht das Mutterschutzgesetz Regelungen vor, die insbesondere auch Müttern zugutekommen, die ein Kind mit Behinderung haben. So verlängert sich für erwerbstätige Frauen die Schutzfrist nach der Entbindung auf zwölf Wochen bei Frühgeburten, bei Mehrlingsgeburten und, wenn vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 SGB IX ärztlich festgestellt wird. In dieser Zeit haben die Frauen über das Mutterschaftsgeld und den Arbeitgeberzuschuss im Ergebnis einen Anspruch auf den vollen Einkommensersatz.

Familien mit beeinträchtigten Kindern haben zudem Ansprüche auf allgemeine familienbezogene Leistungen wie das Kindergeld oder das Elterngeld sowie Anspruch auf zusätzliche spezifische Leistungen.

Der Familienunterstützende Dienst (auch Familienentlastender Dienst genannt), hat die Aufgabe, Familien, in denen eine Person mit Behinderungen lebt, Erholung und Freiräume zu verschaffen. Ziel ist, dass auch pflegende und betreuende

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Angehörige am gesellschaftlichen und/oder kulturellen Leben teilnehmen können. Den Menschen mit Behinderungen sollen mehr Autonomie und Selbstständigkeit außerhalb des Elternhauses ermöglicht werden. Zu den Angeboten gehören unter anderem stunden- oder tageweise Betreuung in der Familienwohnung oder in Räumlichkeiten des Dienstes, sozialpädagogische Begleitung, sozialrechtliche und psychosoziale Hilfen und Freizeitbegleitung. Die Finanzierung erfolgt über die Pflegekasse, die Krankenkasse, den Träger der Eingliederungshilfe oder das Jugendamt. Der Begriff der *Offenen Hilfen* bezeichnet alle Hilfen für Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen, die das Leben und Lernen im gesellschaftlichen Bereich ermöglichen, sowie ergänzende Hilfen, welche die Angehörigen bei der Entscheidung über die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten unterstützen. Die Finanzierung kann je nach Situation über das SGB XI (Pflegeversicherung), SGB IX (Eingliederungshilfe, vor 1.1.2020: SGB XII) oder SGB VIII (Kinder und Jugendhilfe) erfolgen. Statistiken zur Inanspruchnahme und zu den Ausgaben liegen sowohl zum Familienunterstützenden Dienst als auch zu den Offenen Hilfen nicht vor.

Gesetzlich versicherte Eltern bekommen nach § 45 SGB V für jedes kranke und versicherte Kind bis zu zehn Arbeitstage (Alleinerziehende bis zu 20) Krankengeld im Jahr, wenn ihr Kind unter zwölf Jahre alt oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist, nach ärztlichem Attest von ihnen beaufsichtigt, betreut oder gepflegt werden muss und berufstätige Eltern daher nicht ihrer Arbeit nachgehen können und keine andere im Haushalt lebende Person die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege übernehmen kann. Für das Kalenderjahr 2020 wurde mit der im Krankenhauszukunftsgesetz vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2208) (KHZG) vorgesehenen Einführung des § 45 Absatz 2a SGB V das Kinderkrankengeld pro Elternteil um fünf Tage, beziehungsweise für Alleinerziehende um zehn Tage, erhöht. Eine entsprechende Änderung ist mit § 45 Absatz 2a SGB V erfolgt. Der Anspruch wurde für das Kalenderjahr 2021 für jedes Elternteil und Kind längstens auf 20 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte auf 40 Arbeitstage erhöht.

Bei auf Hilfe angewiesenen Kindern und Kindern mit Behinderungen besteht ohne Altersbegrenzung der Anspruch der versicherten Eltern auf Krankengeld. Eltern schwerstkranker Kinder, die eine begrenzte Lebenserwartung von wenigen Wochen oder Monaten haben, haben einen zeitlich unbegrenzten Anspruch auf Kinderkrankengeld, sofern das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder auf Hilfe angewiesen oder es ein Kind mit Behinderungen ist (BMG 2018). Tabelle 20 zeigt die Entwicklung der GKV-Ausgaben für das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes. Der bereits im ersten Teilhabebericht von 2009 bis 2011

beschriebene Trend der steigenden Ausgaben setzt sich auch in den darauffolgenden Jahren fort.

Tabelle 20: GKV-Ausgaben Kinderkrankengeld

GKV-Ausgaben für Krankengeld bei Betreuung des kranken Kindes, in Millionen Euro

2014	2015	2016	2017	2018
196	197	223	229	259

Quelle: Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit, Berechnung und Darstellung Prognos

Nach § 43 Absatz 2 SGB V erbringt die Krankenkasse **sozialmedizinische Nachsorge**. Diese wird, in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitation, erforderlich für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche, die in der Regel das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wenn die Nachsorge wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern. Die Nachsorgemaßnahmen umfassen auch die individuell erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie die Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme.

3.3 Soziale Beziehungen und soziale Unterstützung

Soziale Beziehungen außerhalb der Familie zu Nachbarinnen und Nachbarn, Freundinnen und Freunden und Bekannten können ebenfalls zur Lebensqualität und zum Wohlbefinden beitragen und gegebenenfalls Unterstützung im Alltag bieten.

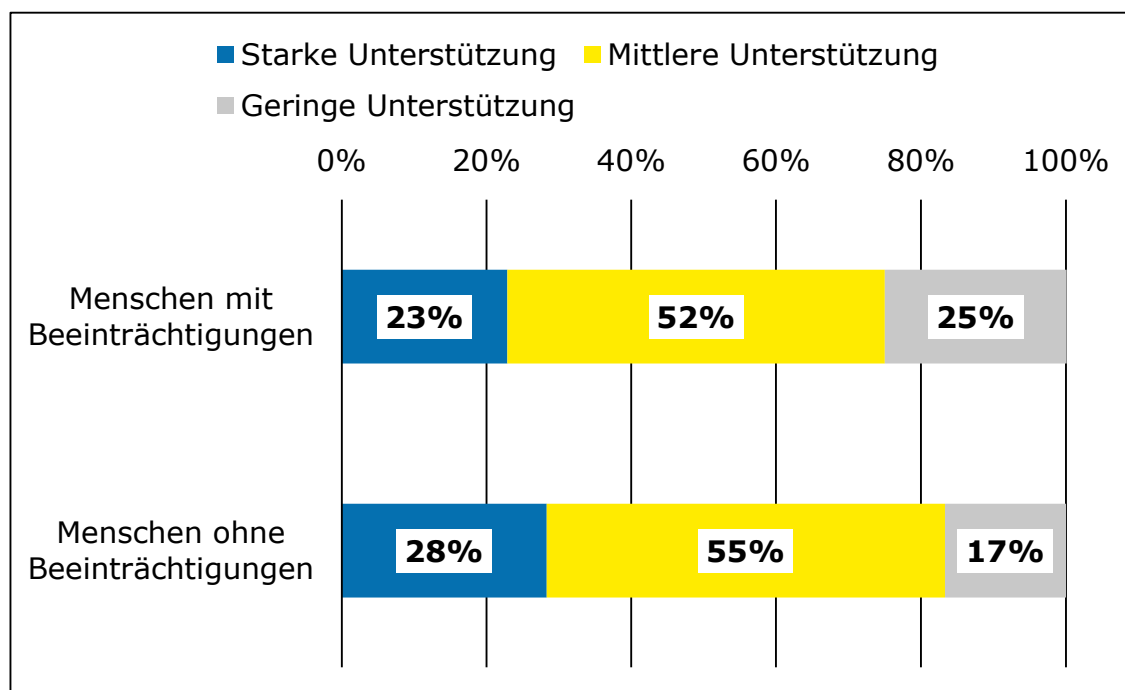
3.3.1 Unterstützung durch das soziale Umfeld

Die Qualität der außerfamiliären sozialen Beziehungen von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen lässt sich anhand verschiedener Parameter beschreiben. In der Studie *Gesundheit in Deutschland aktuell* (GEDA) des Robert Koch-Instituts wird nach drei Merkmalen gefragt, die einen Bezug zu diesem Thema aufweisen: die Anzahl der Vertrauenspersonen, die Einschätzung des Interesses beziehungsweise der Anteilnahme durch andere Menschen und die Schwierigkeit,

Hilfe durch die Nachbarschaft zu erhalten. In der folgenden Abbildung werden die Antworten auf diese drei Fragen zu einem Index zusammengefasst, der als Einschätzung der Unterstützung durch das soziale Umfeld interpretiert werden kann.

Gut die Hälfte der befragten Personen mit und ohne Beeinträchtigungen stuft die durch das soziale Umfeld erhaltene Unterstützung im mittleren Bereich ein (Abbildung 17). Allerdings gibt jede vierte Person mit Beeinträchtigungen an, geringe soziale Unterstützung zu erfahren, während dies bei etwa jeder sechsten Person ohne Beeinträchtigungen der Fall ist.

Abbildung 17: Unterstützung durch das soziale Umfeld
2014/2015*



* gewichtet

Quelle: GEDA, Berechnung und Darstellung Prognos

Insbesondere junge Menschen und Menschen mittleren Alters mit Beeinträchtigungen im Alter zwischen 18 und 49 Jahren geben vergleichsweise häufig an, dass sie nur geringe Unterstützung durch ihr soziales Umfeld erfahren (Tabelle 21). Im Alter zwischen 50 und 79 Jahren, in dem Menschen häufig eigene Familien und Kinder haben, sinkt der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen mit geringer Unterstützung durch ihr Umfeld.

Tabelle 21: Geringe Unterstützung durch das soziale Umfeld

Menschen, die geringe Unterstützung durch das soziale Umfeld erfahren, nach Alter und Geschlecht, 2014/2015*

	Menschen mit Beeinträchtigungen	Menschen ohne Beeinträchtigungen
Insgesamt	25 %	17 %
Alter		
18 bis 29 Jahre	33 %	17 %
30 bis 49 Jahre	33 %	17 %
50 bis 64 Jahre	24 %	15 %
65 bis 79 Jahre	20 %	18 %
ab 80 Jahre	28 %	17 %
Geschlecht		
Männer	26 %	17 %
Frauen	25 %	16 %

* gewichtet

Quelle: GEDA, Berechnung und Darstellung Prognos

3.3.2 Freundschaften, Geselligkeit und Einsamkeit

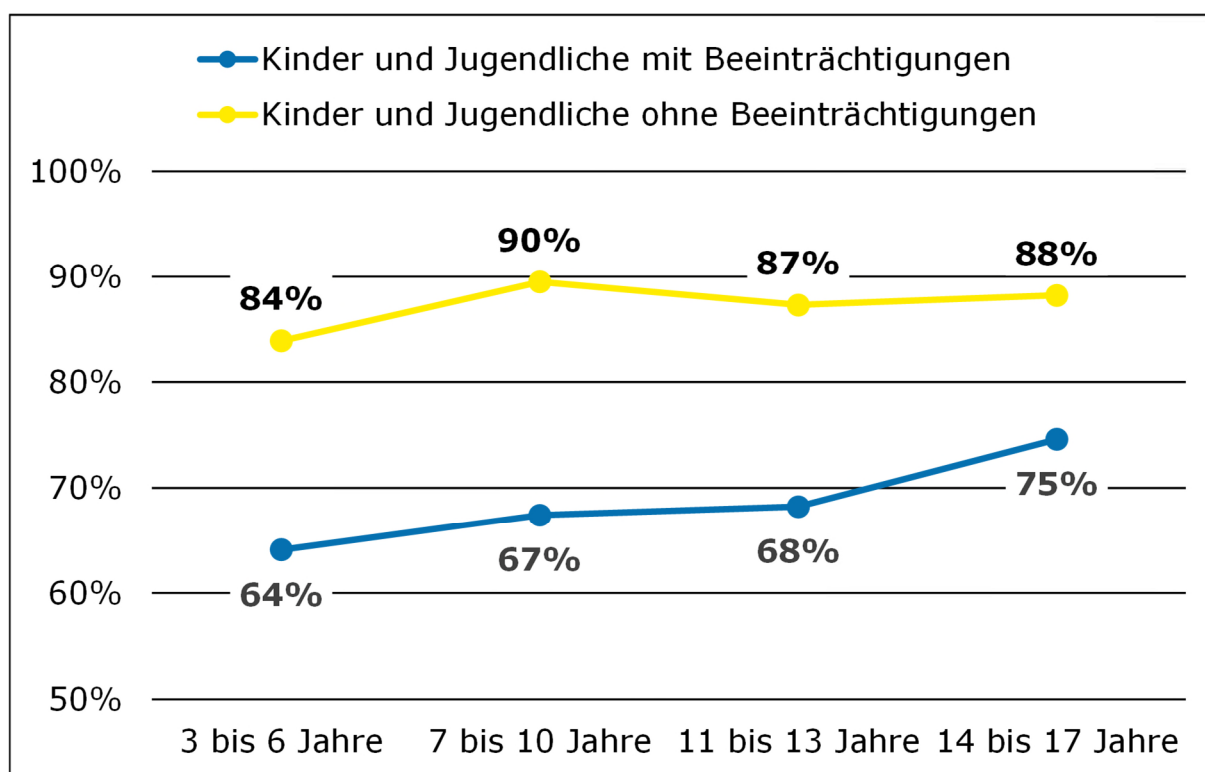
Freundschaften außerhalb der Familie sind ein wesentlicher Bestandteil der sozialen Einbindung. Mangelt es einzelnen Personen an Freundschaften, so stellt das angesichts deren wichtigen Funktionen für diese Personen eine benachteiligende Situation dar. Finden sich in gesellschaftlichen Teilgruppen besonders viele Personen ohne nennenswerte Freundschaften, so kann diese Teilgruppe als benachteiligt betrachtet werden. Aussagen zu Freundschaften von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen sind in den hier verwendeten bevölkerungsrepräsentativen Daten nicht enthalten. Eine Ausnahme bildet die zweite KiGGS-Welle, in der Kinder nach Freundschaften gefragt wurden. In Abschnitt 3.3.3 dieses Kapitels werden vorläufige Daten aus der Teilhabebefragung ausgewertet, die diese Lücke hinsichtlich möglicher Unterschiede bei den Freundschaften zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen beziehungsweise Behinderungen schließen.

In der zweiten KiGGS-Welle wurden die Eltern von 3- bis 17-Jährigen gefragt, ob ihre Kinder mindestens einen guten Freund oder eine gute Freundin haben (Ab-

bildung 18).³⁶ Dabei zeigt sich, dass vom Kindergartenalter an deutliche Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Beeinträchtigungen bestehen: Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen, die mindestens eine gute Freundin oder einen guten Freund haben, ist in allen betrachteten Altersgruppen deutlich geringer als bei den gleichaltrigen Kindern und Jugendlichen ohne Beeinträchtigungen. Den größten Unterschied gibt es mit 23 Prozentpunkten zwischen den 7- bis 10-Jährigen mit und ohne Beeinträchtigungen. Bis zur Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen nimmt der Unterschied auf 13 Prozentpunkte ab.³⁷

Abbildung 18: Mindestens einen guten Freund oder eine gute Freundin

Kinder und Jugendliche, die mindestens einen guten Freund oder eine gute Freundin haben, nach Alter, 2014 bis 2017*



* Antworten des Elternfragebogens, gewichtet

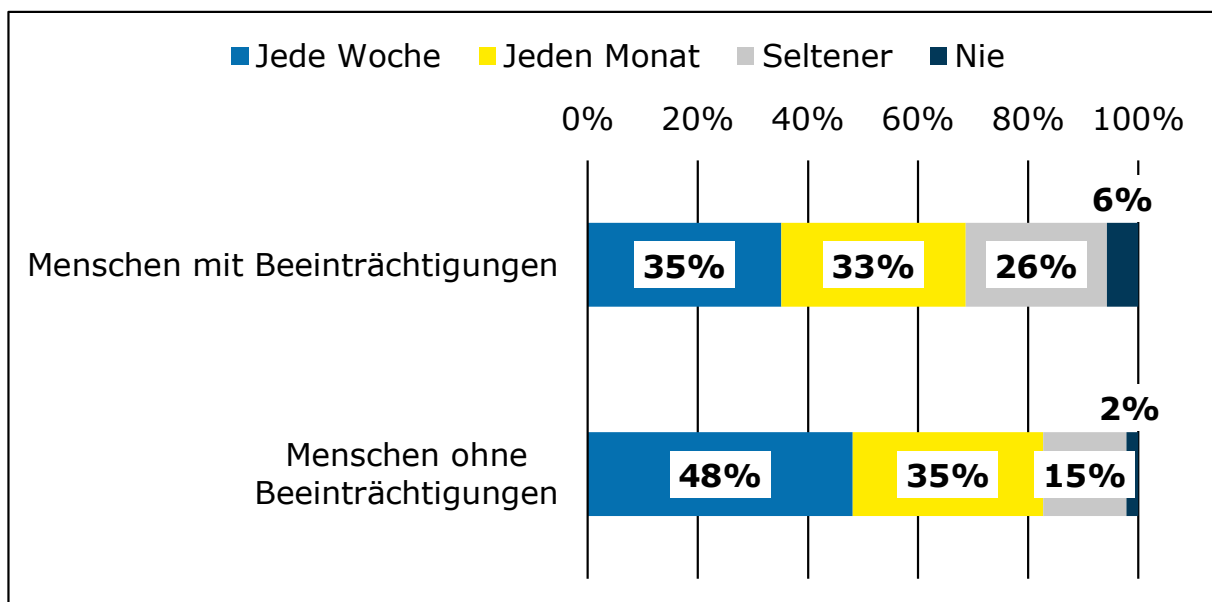
³⁶ Die Eltern konnten bezüglich der Aussage „Hat wenigsten einen guten Freund oder eine gute Freundin“ zwischen den Antworten *trifft nicht zu*, *trifft teilweise zu* und *trifft eindeutig zu* wählen. Die hier abgebildeten Anteile beziehen sich auf die Eltern, die *trifft eindeutig zu* ausgewählt haben.

³⁷ Zur Bedeutung von Freundschaften in der Kindheit und Jugend äußert sich der wissenschaftliche Beirat im Kommentar zu diesem Kapitel.

Quelle: KiGGS, Berechnung und Darstellung Prognos

Etwas mehr als ein Drittel (35 %) der Menschen mit Beeinträchtigungen verbringen jede Woche Zeit mit Freunden, Verwandten oder Nachbarn³⁸, bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen sind es fast die Hälfte (48 %; Abbildung 19). Jeweils etwa jede dritte Person pflegt diese Geselligkeit monatlich. Gleichzeitig geben 32 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen an, seltener als jeden Monat oder nie Zeit mit Freunden, Verwandten oder Nachbarn zu verbringen, bei Menschen ohne Beeinträchtigungen sind es mit 17 Prozent deutlich weniger.

Abbildung 19: Geselligkeit mit Freunden, Verwandten oder Nachbarn 2017



Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Mit zunehmendem Alter haben Menschen mit Beeinträchtigungen häufiger selten oder nie gesellige Zusammenkünfte. Ein Drittel der älteren Menschen mit Beeinträchtigungen im Alter von 65 Jahren und älter gibt an, selten oder nie gesellige Zusammenkünfte mit Freunden, Verwandten oder Nachbarn zu haben. Geselligkeit fehlt auch den Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung (33 %) sowie den Menschen mit chronischen Erkrankungen (32 %) vergleichsweise häufig.

³⁸ Der SOEP verzichtet auf eine gendergerechte Formulierung der Fragen, weshalb die Indikatoren in diesen Fällen so benannt werden, wie sie im Original lauten.

Tabelle 22: Seltene oder keine Geselligkeiten

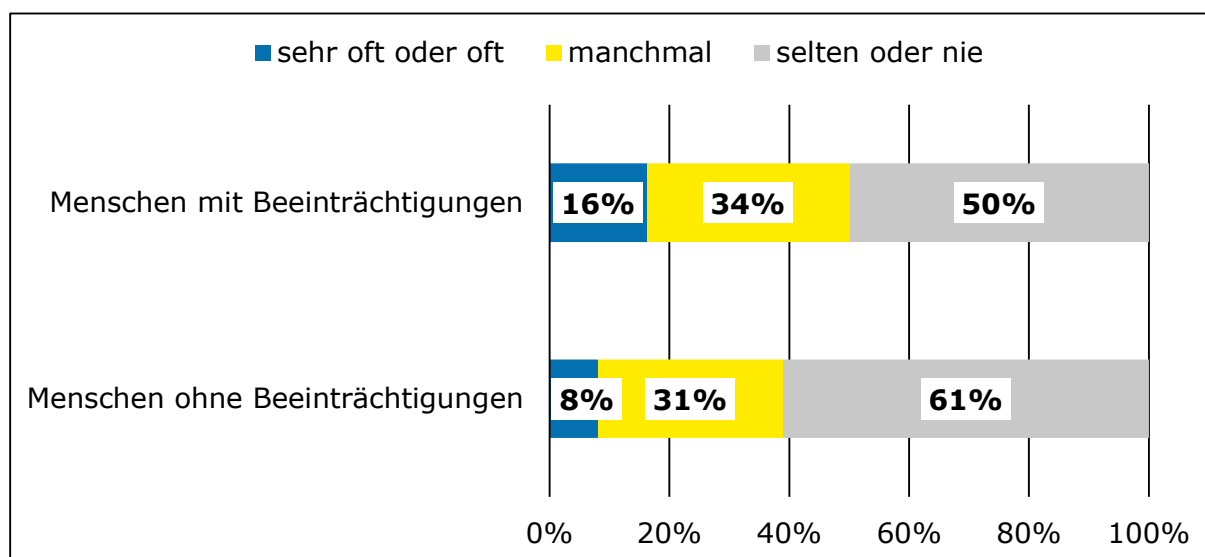
Menschen mit Beeinträchtigungen, die selten oder nie gesellige Zusammenkünfte mit Freunden, Verwandten oder Nachbarn haben, nach Alter, Geschlecht, Teilgruppen der Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund, 2017

	Menschen mit Beeinträchtigungen
Insgesamt	31 %
Alter	
18 bis 49 Jahre	20 %
50 bis 64 Jahre	33 %
ab 65 Jahre	35 %
Geschlecht	
Männer	32 %
Frauen	31 %
Teilgruppen der Beeinträchtigungen	
chronisch kranke Menschen	32 %
anerkannte Behinderung mit GdB < 50	25 %
anerkannte Schwerbehinderung	33 %
Migrationshintergrund	
ohne	32 %
mit	28 %

Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Seltene oder fehlende Geselligkeit geht oftmals mit dem Gefühl fehlender Gesellschaft einher. So haben mehr Menschen mit Beeinträchtigungen (16 %) häufiger das Gefühl, dass ihnen Gesellschaft fehlt, als dies bei Menschen ohne Beeinträchtigungen (8 %) der Fall ist (Abbildung 20). Zugleich hat fast die Hälfte der Menschen mit Beeinträchtigungen dieses Gefühl selten oder nie, bei Menschen ohne Beeinträchtigungen liegt der Anteil mit 61 Prozent deutlich höher.

Abbildung 20: Gefühl fehlender Gesellschaft
2017



Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Tabelle 23 zeigt für verschiedene Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen den Anteil derjenigen, die sehr oft oder oft das Gefühl fehlender Gesellschaft haben. Besonders häufig haben Menschen mit Beeinträchtigungen und einem Migrationshintergrund das Gefühl, dass ihnen Gesellschaft fehlt. Frauen mit Beeinträchtigungen fühlen dies häufiger als Männer: Fast jede Fünfte hat sehr oft oder oft das Gefühl, dass ihr die Gesellschaft anderer fehlt (bei den Frauen ohne Beeinträchtigungen ist es etwa jede Zehnte). Des Weiteren steigt der entsprechende Anteil mit zunehmendem GdB: Bei Personen mit einem GdB unter 50 beträgt er noch 12 Prozent, bei Personen mit einem GdB von 90 bis 100 bereits 21 Prozent.

Tabelle 23: Häufiges Gefühl fehlender Gesellschaft

Menschen mit Beeinträchtigungen, die (sehr) oft das Gefühl fehlender Gesellschaft haben, nach Alter, Geschlecht, Teilgruppen der Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund, 2017

	Menschen mit Beeinträchtigungen
Insgesamt	16 %
Alter	
18 bis 49 Jahre	16 %
50 bis 64 Jahre	14 %
ab 65 Jahre	18 %
Geschlecht	
Männer	13 %
Frauen	19 %
Teilgruppen der Beeinträchtigungen	
GdB unter 50	12 %
GdB 50 bis 80	14 %
GdB 90 bis 100	21 %
Migrationshintergrund	
ohne	14 %
mit	28 %

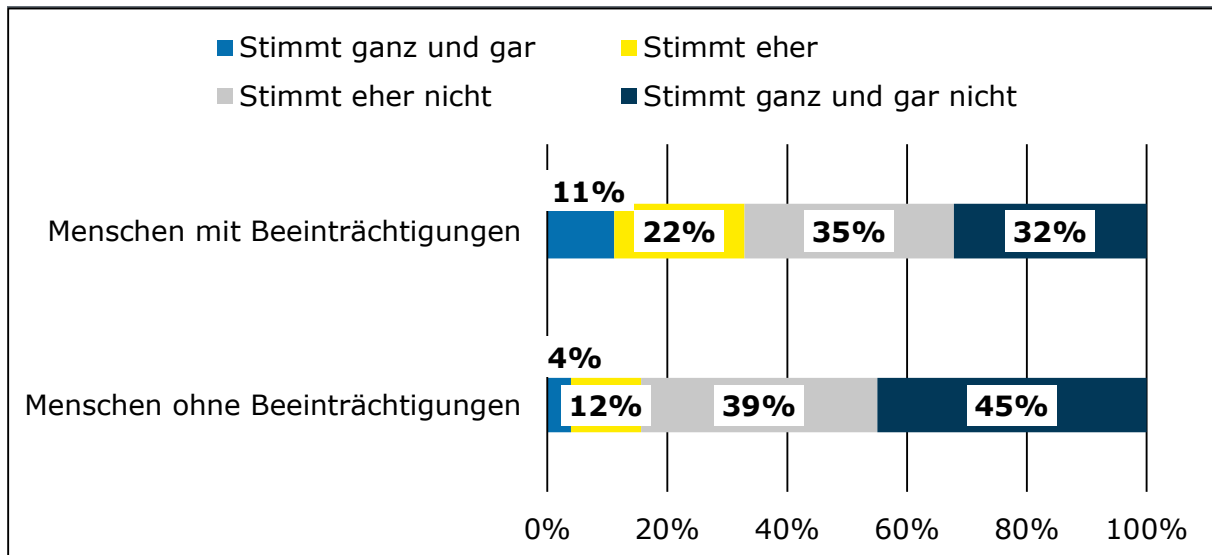
Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

33 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen stimmen der Aussage, dass sie sich oft einsam fühlen, eher beziehungsweise ganz und gar zu, bei Menschen ohne Beeinträchtigungen sind dies 16 Prozent (Abbildung 21). Zugleich stimmen 67 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen dieser Aussage eher nicht beziehungsweise ganz und gar nicht zu, bei Menschen ohne Beeinträchtigungen liegt der Anteil mit 84 Prozent deutlich höher.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Abbildung 21: Gefühl von Einsamkeit

Grad der Zustimmung zu der Aussage „Ich fühle mich oft einsam“, 2018



Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Werden die Teilgruppen betrachtet fällt auf, dass insbesondere Frauen mit Beeinträchtigungen (35 %), Menschen mit chronischen Krankheiten (35 %) sowie Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund (43 %) der Aussage eher beziehungsweise ganz und gar zustimmen (Tabelle 24). Die Hintergründe, weshalb die Anteile der Menschen mit Beeinträchtigungen, die sich einsam fühlen, im Laufe des Lebens sowie in Abhängigkeit eines vorliegenden Migrationshintergrundes schwanken, sind nicht bekannt.

Tabelle 24: Häufiges Gefühl von Einsamkeit

Menschen mit Beeinträchtigungen, die der Aussage „Ich fühle mich oft einsam.“ eher beziehungsweise ganz und gar zustimmen, nach Alter, Geschlecht, Teilgruppen der Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund, 2018

	Menschen mit Beeinträchtigungen
Insgesamt	33 %
Alter	
18 bis 49 Jahre	38 %
50 bis 64 Jahre	32 %
65 bis 79 Jahre	27 %
ab 80 Jahre	39 %
Geschlecht	
Männer	30 %
Frauen	35 %
Teilgruppen der Beeinträchtigungen	
chronisch kranke Menschen	35 %
anerkannte Behinderung mit GdB < 50	29 %
anerkannte Schwerbehinderung	32 %
Migrationshintergrund	
ohne	31 %
mit	43 %

Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

3.3.3 Erster Einblick in die Teilhabebefragung: Freundschaften von Menschen mit Beeinträchtigungen

In der Einleitung zu diesem Kapitel wurde die Bedeutung von Freundschaften für die soziale Teilhabe und ihre indirekte Thematisierung in der UN-BRK verdeutlicht. Im vorherigen Abschnitt konnten – zumindest für die Gruppe der erwachsenen Menschen – keine Daten-gestützten Informationen über Freundschaften von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen dargestellt werden, deren mögliche Unterschiede zu Menschen ohne Beeinträchtigungen sind daher nicht betrachtet worden. Die bisher für die Teilhabeberichterstattung verwendeten Datenquellen wie der Mikrozensus und das SOEP liefern zum Thema Freundschaft keine (aktuellen) Informationen über Freundschaften von Menschen mit Beeinträchtigungen, unabhängig vom Kreis der Verwandten und der Nachbarn. Lediglich für Kinder und Jugendliche gibt es eine solche Information, basierend auf den Daten der KiGGS-Erhebungen des RKI.³⁹

Mit der Teilhabebefragung besteht nun die Möglichkeit, diese Datenlücke zu schließen und dabei eine ICF-konforme Abgrenzung der Teilgruppen der Menschen mit Beeinträchtigungen zugrunde zu legen. Die Teilhabebefragung differenziert dabei erstmals nach den Beeinträchtigungen von Menschen und danach, wie sehr diese Beeinträchtigungen sie bei Aktivitäten im Alltag einschränkt. Falls Beeinträchtigungen sie bei Aktivitäten im Alltag stärker einschränken, wird davon gesprochen, dass diese Menschen mit Beeinträchtigungen eine Behinderung haben.⁴⁰ Zusätzlich kann auf Basis der Teilhabebefragung untersucht werden, in welchem Ausmaß Menschen mit Beeinträchtigungen (ohne und mit Behinderung) und Menschen ohne Beeinträchtigungen Freundschaften zu Mitgliedern aus der jeweils anderen Teilgruppe pflegen. In der Teilhabebefragung wurde unter dem Aspekt der sozialen Einbindung gefragt, wie viele enge Freundinnen und Freunde⁴¹ die Person hat und wie viele davon eine Beeinträchtigung oder eine Behinderung haben. Eine erste Auswertungsfrage lautet demnach:

1. Unterscheiden sich Menschen mit Beeinträchtigungen (ohne beziehungsweise mit Behinderung) bezüglich der Anzahl ihrer engen Freundinnen und Freunde von Menschen ohne Beeinträchtigungen?

³⁹ Diese zeigen, dass Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen deutlich häufiger keine enge Freundin beziehungsweise keinen engen Freund haben (Abschnitt 3.3.2).

⁴⁰ Ausführlichere methodische Erläuterungen zu diesen Definitionen in der Teilhabebefragung enthält Kapitel 12.

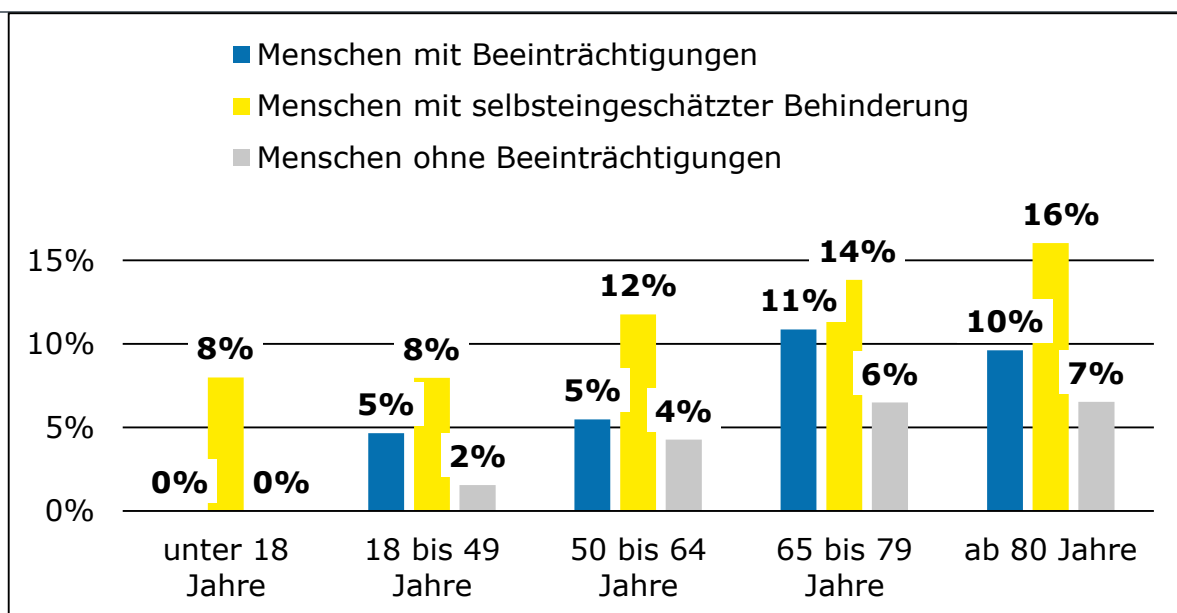
⁴¹ Dieses Item gibt die subjektiven Einschätzungen der Befragten wieder. Von engen Freundinnen und Freunden ausgenommen werden dabei die Partnerinnen beziehungsweise Partner der Befragten.

Das Fehlen von Freundschaften kann für die subjektive Lebensqualität als besonders nachteilig bewertet werden und verdient daher besondere Aufmerksamkeit. Hier zeigt sich, dass Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung mit 11 Prozent wesentlich häufiger angeben, keine engen Freundinnen oder Freunde zu haben als Menschen ohne Beeinträchtigungen (3 %).⁴²

Werden die drei Personengruppen – Menschen mit Beeinträchtigungen, Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung und Menschen ohne Beeinträchtigungen – nach Altersgruppen differenziert betrachtet, so zeigt sich folgendes Bild (Abbildung 22): Zum einen steigt mit zunehmendem Alter der Anteil an Personen, die keine Freundinnen und Freunde (mehr) haben, und zwar unabhängig vom Vorliegen einer Beeinträchtigung. Zugleich wird deutlich, dass in allen betrachteten Altersgruppen Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung am häufigsten keine engen Freundinnen oder Freunde haben und dieser Unterschied zu den anderen beiden Gruppen sich mit dem Alter auch nicht wesentlich ändert.

Ein weiteres Ergebnis besteht in dem festzustellenden Unterschied zwischen Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung und Menschen mit Beeinträchtigungen. Demnach ist der Anteil der Menschen ohne enge Freundinnen und Freunde wesentlich größer, wenn eine Behinderung vorliegt (Abbildung 22).

Abbildung 22: Keine engen Freundinnen und Freunde nach Alter



⁴²Teilhabebefragung, ohne Abbildung.

Quelle: Teilhabebefragung, Berechnung und Darstellung Prognos

Weitere Differenzierungen nach der Anzahl der Freundschaften sowie der stärksten Alltagseinschränkung ergeben:

- Drei und mehr enge Freundinnen und Freunde haben 59 Prozent der Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung im Vergleich zu 80 Prozent der Menschen ohne Beeinträchtigungen.
- Wird nach der stärksten Alltagsbeeinträchtigung unterteilt, haben Menschen mit schweren seelischen oder psychischen Beeinträchtigungen mit durchschnittlich 3,4 engen Freundinnen und Freunden mit Abstand die wenigsten.
- Hingegen haben Menschen mit mehreren gleichstarken Beeinträchtigungen⁴³ mit durchschnittlich 5,7 und Menschen ohne Beeinträchtigungen mit durchschnittlich 5,3 die meisten engen Freundinnen und Freunde.⁴⁴

Durch den oftmals segregierten Lebenslauf von Menschen mit Beeinträchtigungen erfährt diese Gruppe ein hohes Risiko gesellschaftlicher Exklusion. So werden „von den meisten Mitgliedstaaten (...) Menschen mit Behinderungen klar als Bevölkerungsgruppe definiert, die potenziell von sozialer Ausgrenzung bedroht ist“ (Rat der Europäischen Union 2001: 23). Aus diesem Grund hat die Gestaltung der sozialen Beziehungen große Bedeutung für die Teilhabe. Um Inklusion voranzutreiben ist es wichtig, dass sich zwischenmenschliche Beziehungen nicht allein auf Menschen mit Beeinträchtigungen beschränken, sondern auch Menschen ohne Beeinträchtigungen einschließen.⁴⁵ Eine zweite Fragestellung lautet daher:

2. Wie setzt sich der enge Freundeskreis von Menschen zusammen, die mindestens eine enge Freundin oder einen engen Freund haben?

Die Auswertungen zeigen, dass sowohl Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung (49 %) als auch Menschen mit Beeinträchtigungen (40 %) etwa doppelt so häufig enge Freunde mit Beeinträchtigungen haben als Menschen ohne Beeinträchtigungen (22 %; Abbildung 23). Außerdem zeigt sich, dass mehr als drei Viertel (78 %) der Menschen ohne Beeinträchtigungen gar keine engen Freundinnen und Freunde mit Beeinträchtigungen haben. Das ist somit deutlich häufiger der Fall als bei Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung (51 %) oder mit Beeinträchtigungen (60 %).

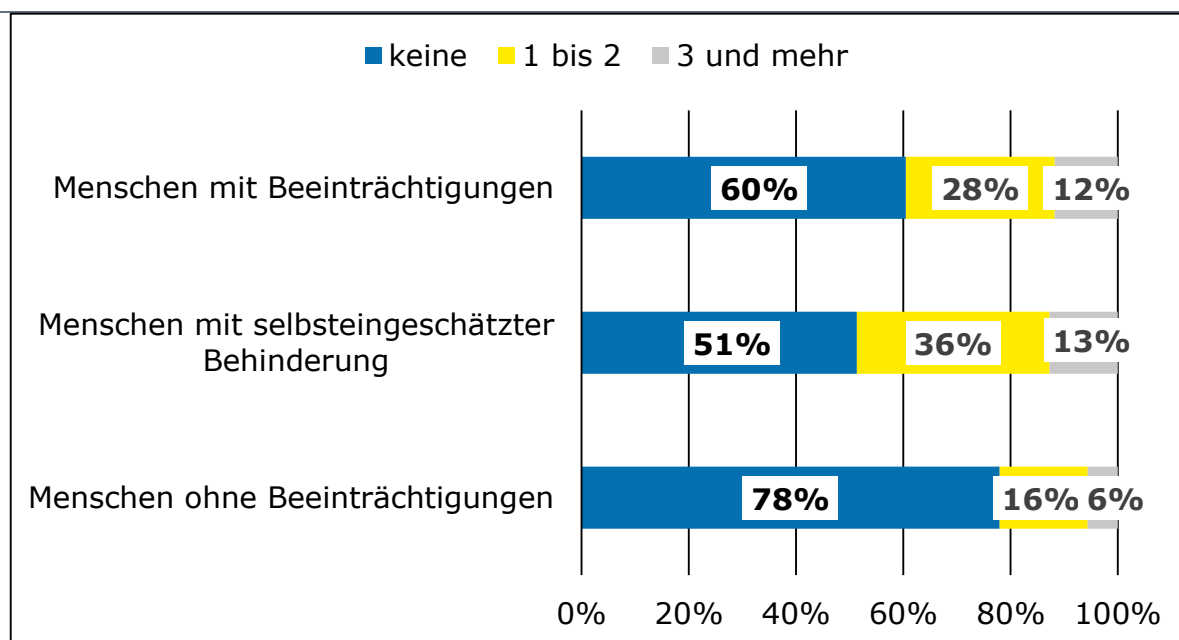
⁴³ Die Befragten haben mehrere Beeinträchtigungen angegeben, wobei keine als die stärkste beziehungsweise die erste Beeinträchtigung ausgewählt wurde. Aus diesem Grund werden sie als gleichstark benannt.

⁴⁴ Teilhabebefragung, ohne Abbildung.

⁴⁵ Siehe hierzu den Kommentar des Wissenschaftlichen Beirats zum ersten Teilhabeberichts (BMAS 2013a).

Diese Ergebnisse sind in ihrer Bedeutung behutsam einzuordnen, denn natürlich spricht es nicht gegen eine inklusive Gesellschaft, wenn Menschen mit Beeinträchtigungen enge Freundschaften untereinander pflegen. Betrachtet wird hier jedoch nicht die individuelle Situation, sondern gesellschaftliche Teilgruppen und es werden Häufigkeiten berichtet, die repräsentativ für die gesamte Gesellschaft sind. Haben die Mitglieder einer Teilgruppe fast ausschließlich enge Freundinnen und Freunde aus derselben Teilgruppe, dann ist das – ähnlich wie im Bereich von Migration und Integration – ein Hinweis auf gesellschaftliche Segregation, hier in der Form einer nicht-institutionellen gesellschaftlichen Ausgrenzungspraxis.

Abbildung 23: Enge Freundinnen und Freunde mit Beeinträchtigungen



Quelle: Teilhabebefragung, Berechnung und Darstellung Prognos

Insbesondere Personen, die beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren die stärkste Alltagsbeeinträchtigung haben sowie Menschen mit mehreren gleichstarken Beeinträchtigungen gaben mit jeweils durchschnittlich 1,7 Personen die meisten engen Freundinnen und Freunde mit Beeinträchtigungen an. Dagegen haben Menschen ohne Beeinträchtigungen mit durchschnittlich 0,3 die wenigsten engen beeinträchtigten Freundinnen und Freunde.⁴⁶

⁴⁶ Teilhabebefragung, ohne Abbildung.

Diese ersten Auswertungen der Teilhabebefragung verdeutlichen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen und insbesondere Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung seltener enge Freundinnen und Freunde haben als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Des Weiteren zeigen sie, dass Menschen mit Beeinträchtigungen wesentlich häufiger mit Personen, die selbst eine Beeinträchtigung oder selbsteingeschätzte Behinderung haben, befreundet sind, als dies bei Menschen ohne Beeinträchtigungen der Fall ist. Dass sich der enge Freundeskreis von Menschen ohne Beeinträchtigungen vorrangig aus nicht beeinträchtigten beziehungsweise behinderten Personen zusammensetzt, zeigt, dass der Weg hin zu einer inklusiven Gesellschaft noch weit ist. Gerade Freundschaften haben das Potential, gegenseitige Vorurteile abzubauen und einander Verständnis entgegenzubringen. Weitere Untersuchungen könnten umgekehrt fragen, in welchem Ausmaß also Menschen mit Beeinträchtigungen auch enge Freundinnen und Freunde ohne Beeinträchtigungen haben. Außerdem ist die Entwicklung im Zeitverlauf von Interesse, also die Frage, ob die Entwicklung von Freundschaften in Richtung einer weniger oder stärkeren Trennung von Menschen mit Beeinträchtigungen und Menschen ohne Beeinträchtigungen geht.

3.4 Entwicklung der Teilhabe im Bereich Familie und soziales Netz

Für eine Gesamteinschätzung der Teilhabeentwicklungen im Bereich „Familie und soziales Netz“, werden zusammenfassend drei Fragestellungen betrachtet.

1. Menschen mit Beeinträchtigungen sollen in Partnerschaft, familiärem und außerfamiliärem sozialem Leben keine Benachteiligungen aufgrund ihrer Beeinträchtigungen erfahren. Gibt es in den vorgestellten Statistiken Anzeichen dafür, dass Menschen mit Beeinträchtigungen ihr soziales Leben in diesen Bereichen nicht im gleichen Maße selbstbestimmt gestalten können wie Menschen ohne Beeinträchtigungen?

Menschen mit Beeinträchtigungen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Bedürfnisse nach sozialer Eingebundenheit und nach einem Familienleben mit oder ohne Kinder kaum von Menschen ohne Beeinträchtigungen. Die dargestellten Statistiken zeigen jedoch, dass sie ihr Leben seltener entsprechend gestalten können. Niedrigere Zufriedenheitswerte hinsichtlich der sozialen Eingebundenheit und dem Familienleben spiegeln die Tatsache, dass ihre Lebenssituation hierzu häufiger nicht der von Menschen ohne Beeinträchtigungen und nicht ihren eigenen Vorstellungen entspricht.

Menschen mit Beeinträchtigungen leben häufiger allein in einem Haushalt und seltener in einer Ehe oder Partnerschaft, obwohl ihnen diese ebenso wichtig sind

wie Menschen ohne Beeinträchtigungen. Über einen längeren Betrachtungszeitraum ändert sich daran aus statistischer Sicht kaum etwas. Für eine beachtliche Zahl von Menschen mit Beeinträchtigungen gilt, dass sie im Erwachsenenalter noch bei den Eltern wohnen. Dies kann mit Einschränkungen in der Selbstbestimmung verbunden sein. (Abschnitt 3.1)

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Verwirklichung eines Kinderwunsches. Bei minimal geringerem Kinderwunsch haben Menschen mit Beeinträchtigungen deutlich seltener ein eigenes Kind als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Das trifft auch dann zu, wenn nur Menschen im jüngeren Erwachsenenalter betrachtet werden. Alleinerziehend sind Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in etwa gleichermaßen häufig, unter den Frauen mit Beeinträchtigungen ist der Anteil der Alleinerziehenden etwas höher. Die Zufriedenheit mit dem Familienleben ist im Durchschnitt deutlich geringer. Hingegen wird für Kinder mit Beeinträchtigungen – im Falle von Kindern unter 10 Jahren durch deren Eltern – eine nahezu genauso hohe Zufriedenheit mit dem Familienleben berichtet wie für Kinder ohne Beeinträchtigungen. (Abschnitt 3.2)

Die Statistiken zeigen auch, dass Menschen mit Beeinträchtigungen die Einbindung in das außerfamiliäre soziale Umfeld insgesamt schlechter verwirklichen können als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Das betrifft Kinder und Jugendliche, von denen ein wesentlich größerer Anteil angibt, keine gute Freundin oder einen guten Freund zu haben. Insgesamt haben Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung deutlich häufiger keine engen Freundinnen oder Freunde als Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Menschen mit Beeinträchtigungen berichten auch wesentlich häufiger, nur in geringem Maße Unterstützung aus dem sozialen Umfeld zu erhalten. Ein weiterer Hinweis auf eine Benachteiligung hinsichtlich der Einbindung in ein soziales Umfeld ist das deutlich geringere Ausmaß von Geselligkeit von Menschen mit Beeinträchtigungen. Damit geht auch eine stärkere Verbreitung des Gefühls fehlender Geselligkeit sowie von Einsamkeit einher. (Abschnitt 3.3)

Zusammen betrachtet ergibt sich das Bild, dass die unmittelbare soziale Teilhabe am familiären und außerfamiliären Leben für Menschen mit Beeinträchtigungen deutlich erschwert ist. Betrachtungen von Entwicklungen im Zeitverlauf zeigen darüber hinaus, dass sich daran wenig ändert.

2. Befinden sich Menschen mit Beeinträchtigungen häufiger in Situationen, die ihr soziales Leben einschränken?

Mehrere Ergebnisse in diesem Kapitel verdeutlichen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen weniger soziale Kontakte haben. Für die seelische Gesundheit und das Gefühl, dazuzugehören, stellt dies einen Risikofaktor dar. Wenn Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen gegenüber denjenigen ohne Beeinträchtigungen fast doppelt so häufig angeben, keinen engeren Freund oder keine engere Freundin zu haben, ist das ein bedeutsames Ergebnis, das auf Teilhabehürden verweist.

Für Erwachsene gibt es ähnliche Befunde. Dazu gehört, dass Menschen mit Beeinträchtigungen häufiger allein leben. Noch unmittelbarer gibt die Tatsache, dass ein größerer Anteil von ihnen selten oder nie Geselligkeit erlebt, Auskunft über Problemfelder im Bereich sozialer Kontakte. Das verbreitete Gefühl, kaum Gesellschaft zu haben, unterstreicht diesen Befund.

Das menschliche Bedürfnis, in einer Gemeinschaft eingebunden zu sein, sich auszutauschen, unterstützt zu werden und viele andere Funktionen der menschlichen Gemeinschaft zu erfahren, scheint den ausgewerteten Statistiken zufolge bei Menschen mit Beeinträchtigungen nicht in gleicher Weise erfüllt zu sein wie bei Menschen ohne Beeinträchtigungen. Die verwendeten Statistiken erlauben keine Aussagen über die genauen Ursachen und das Ausmaß, signalisieren jedoch, dass hier besondere Aufmerksamkeit gefordert ist.

3. Besondere Aufmerksamkeit ist Personen mit mehrfachen Benachteiligungen im Sinne von sich überschneidenden Diskriminierungsformen (Intersektionalität) zu widmen. Welche Personengruppen lassen sich im Kontext von Familie und sozialem Netz als besonders vulnerabel identifizieren?

Frauen mit Beeinträchtigungen befinden sich hinsichtlich ihres Wunsches nach Zusammenleben mit einer Partnerin oder einem Partner in einer doppelt benachteiligten Situation: Bereits das Vorhandensein einer Beeinträchtigung führt dazu, dass Menschen häufiger allein leben. Dieser Anteil ist unter den Frauen mit Beeinträchtigungen nochmals größer. Aus dieser doppelten Benachteiligung ergibt sich, dass der Wunsch nach Ehe oder Partnerschaft bei Frauen mit Beeinträchtigungen häufiger unerfüllt bleibt. Haben Frauen mit Beeinträchtigungen ein Kind, so ist der Anteil der Alleinerziehenden unter ihnen noch größer als bei Frauen ohne Beeinträchtigungen. Dieser Unterschied ist zwar nicht sehr groß, allerdings kann das Zusammentreffen von Beeinträchtigungen und der besonderen Aufgaben Alleinerziehender zu starken Belastungen und einem entsprechend erhöhten Unterstützungsbedarf führen. Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen le-

ben häufiger mit einem Elternteil zusammen als Kinder und Jugendliche ohne Beeinträchtigungen. Das kann bedeuten, dass Partnerschaften von der Beeinträchtigung des Kindes besonders belastet sein können.

Die Teilgruppe der älteren Menschen mit Beeinträchtigungen ist besonders stark von eingeschränkter Geselligkeit betroffen und schätzt dies negativ ein. Sie haben auch häufiger keine engeren Freundinnen oder Freunde. Seltener enge Freundinnen beziehungsweise Freunde haben darüber hinaus Menschen mit schweren seelischen oder psychischen Beeinträchtigungen (mit Behinderung). Das Gefühl fehlender Gesellschaft ist darüber hinaus auch bei Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung und einem hohen GdB überdurchschnittlich ausgeprägt. Das Gleiche gilt für Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund; allerdings geben diese zugleich an, mehr Geselligkeit zu erleben.

3.5 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Familie und soziales Netz

Zur Funktion sozialer Unterstützung und sozialer Beziehungen für die Teilhabe

Der Begriff *Soziales Netzwerk* bezeichnet in der Sozialwissenschaft die vielfältigen Verbindungen von Menschen zu anderen Menschen, aber auch von Organisationen zu anderen Organisationen (zu den Grundlagen siehe z. B. Kupfer / Nestmann 2015). Im voranstehenden Kapitel steht die Teilhabe an persönlichen Beziehungen im Vordergrund. Soziale Beziehungen sind grundlegend für das menschliche Handeln; über soziale Beziehungen wird eine ganze Reihe psychosozialer Bedürfnisse erfüllt, wie die nach Wertschätzung und Anerkennung, nach Bindung, Selbstvergewisserung und Orientierung.

Soziale Netzwerke haben strukturelle und relationale Merkmale. Gemeint sind ihre Größe und Zusammensetzung oder die räumliche Entfernung der Mitglieder, wie häufig und wechselseitig Kontakte sind oder wie Mitglieder untereinander vernetzt sind. Diese Merkmale liefern noch keinen Aufschluss über die Qualität eines Netzwerks. Aus den Beziehungen können dann Leistungen erwachsen, die die Identität sichern und es ermöglichen, unterschiedliche soziale Rollen zu übernehmen. Umgekehrt können soziale Beziehungen aber auch belastende, einengende und identitätsgefährdende Wirkung haben. Daher wird in Theorie und Forschung zwischen dem sozialen Netzwerk als Ganzem und dem supportiven (hilfreichen, unterstützenden) Teil des Netzwerkes unterschieden. In der Forschung sind zwei Wirkungen nachgewiesen, die die Bedeutung sozialer Unterstützung (social support) empirisch untermauern: Zum einen werden durch positiv erlebte soziale Beziehungen die Auswirkungen von Krisen und Belastungen gedämpft beziehungsweise abgefedert. Zum anderen entfalten sie präventive Wirkung, indem

sie generell im Alltag das Selbstwertgefühl und das psychische Wohlbefinden positiv beeinflussen. Soziale Unterstützung kann auch Belastungen, die aus eingeschränkten Handlungsressourcen erwachsen, bis zu einem gewissen Grad kompensieren und stellt zusammen mit der Erwerbstätigkeit einen der bedeutendsten Indikatoren für die soziale Teilhabe dar (Castel 2008). International hat sich soziale Unterstützung in der Stress-, Belastungs- und Bewältigungsforschung, aber auch in der Lebenslagen- und Ungleichheitsforschung als sehr einflussreiche Größe für die Lebenszufriedenheit im Allgemeinen erwiesen. Sie zeigt aber auch Chancen an, um Übergänge im Lebenslauf zu bewältigen sowie mit Belastungen und Krisen umzugehen (Antonovsky 1998; Bauer / Otto 2005; Beck / Greving 2012; Filipp / Aymanns 2010; Kupfer et al. 2015; Stauber et al. 2007).

Zur Einordnung der Daten

Um die in diesem Kapitel dargestellten Daten einzuordnen ist der Blick auf die Grunddaten des vorherigen Kapitels wichtig (Kapitel 2). Hier ragen drei Ergebnisse heraus, die von besonderer Bedeutung für die Frage der sozialen Einbindung, das Familienleben und die soziale Unterstützung und die diesbezügliche Aussagekraft der gewonnenen Daten sind: 1. der Eintrittszeitpunkt der Beeinträchtigung, 2. der demografische Wandel und 3. die Zunahme der psychischen Beeinträchtigungen. Die meisten Beeinträchtigungen treten im Lebenslauf ein und sind Krankheitsfolgen. „Es ist klar, dass es einen Unterschied macht, ob die Behinderung die gesamte Sozialisation beeinflusst hat, ob mit ihr eine starke soziale Abhängigkeit verbunden war, ob die Chance zur Entwicklung einer unbeschädigten Identität gering war, ob die Schädigung mit einer starken gesellschaftlichen Abwertung beziehungsweise Stigmatisierung einhergeht oder ob die Behinderung in der >Blüte der Jahre< eingetreten ist und einen Menschen in seinen sozialen Rollen und Bindungen, also in einer Situation sozusagen >normaler< Integration tangiert hat“ (Wieland 1996: 264). Tritt eine Beeinträchtigung im Erwachsenen- oder höheren Lebensalter ein, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass stabile soziale Beziehungen vorhanden sind. Dennoch verändert sich die soziale Situation des Menschen mit Beeinträchtigung, sei es z. B. durch den Verlust des Arbeitsplatzes oder durch Einschränkungen anderer sozialer Rollen und von Aktivitäten. Gleichzeitig stellt sich die Frage, wieviel und wobei Unterstützung erforderlich ist und ob und wie sie durch informelle Beziehungen im Kreis der Kolleginnen und Kollegen, in der Familie oder durch professionelle Dienste geleistet werden kann. War soziale Unterstützung vielleicht bis dahin nur auf Alltagsroutinen bezogen oder überhaupt nur punktuell und spontan, z. B. im Bereich der Freizeit, gefragt oder aber vorhanden, wird sie jetzt unter Umständen dauerhaft und zuverlässig notwendig, z. B. in Form praktischer Hilfen im Haushalt, zur Mobilität oder Selbstversorgung. „Die amtliche Statistik und sozialepidemiologische Untersuchungen zeigen, dass es einen Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und einer drohenden oder bestehenden Behinderung gibt: Erwerbslosigkeit,

Armut oder ein niedriges Bildungsniveau können die Wahrscheinlichkeit einer Behinderung oder Beeinträchtigung verstärken. Umgekehrt sind bereits bestehende Beeinträchtigungen oder Behinderungen Risiken, die den sozialen Aufstieg verhindern oder den sozialen Abstieg begünstigen. Teilhabechancen können sich so verringern“ (BMAS 2017: 472-473). Für verschiedene Personengruppen liegen sehr differenzierte Befunde mit Netzwerkbezug zu Berufskarrieren, Lohnchancen, Arbeitssuche, qualifikationsadäquaten Stellenbesetzungen, Beschäftigungszufriedenheit vor, nicht aber für Menschen mit Beeinträchtigungen (Zapfel et al. 2020). Verringerte Teilhabechancen können wiederum Folgen für die Bewältigungsmöglichkeiten, die soziale Integration und das psychische Wohlbefinden haben, und das Risiko dafür ist in Abhängigkeit der sozialen Lage ungleich verteilt. Konkrete Hinweise darauf lassen sich anhand der vorliegenden Datengrundlagen im aktuellen Teilhabebericht nicht finden.

Die Bedingungen der (Re-)Konstruktion von sozialen Netzwerken für Menschen stehen in Abhängigkeit zu ihrer Lebensgeschichte und ihren je individuellen Erfahrungen und Ressourcen. Im höheren Lebensalter verkleinern sich die sozialen Netzwerke in der Regel; das Älterwerden ist auch schwerer zu bewältigen, wenn der soziale Status ungünstig ist. Der demografische Wandel führt zu einer wachsenden Zahl von Menschen, die in einer späten Lebensphase Einschränkungen erfahren; er verstärkt somit die Bedeutung informeller Unterstützung durch die Familie und Angehörige, die aber häufig selbst bereits in der Mitte des Lebens mit seinen entsprechenden Anforderungen stehen. Zugleich wächst also in der Regel der Bedarf an formeller, professioneller Unterstützung, verbunden mit Fragen nach dem Zusammenwirken von informeller, professioneller und Selbst- und Laienhilfe. Tritt eine Beeinträchtigung bei Geburt oder in der frühen Kindheit und Jugend ein, ist soziale Unterstützung von Anfang an erforderlich und das soziale Netz wird in seiner Zusammensetzung und Funktion maßgeblich durch die Beeinträchtigung beeinflusst. Meist verändert sich das Netzwerk der gesamten Familie, häufig auch die finanzielle Situation: Professionelle Unterstützung tritt häufig dauerhaft hinzu, während sich private Beziehungen verändern können: Entweder, weil weniger Zeit für Bekanntschaften ist oder sich Personen zurückziehen. Oder, weil die elterliche Berufstätigkeit nicht wie geplant erfolgen kann. Die Lebenserfahrung von Menschen, die eine Beeinträchtigung früh erworben haben, kann stark von der Auseinandersetzung mit Abhängigkeit, Zuschreibungen und Exklusion geprägt, Einkommens- und Berufschancen können deutlich verringert sein.

In diesem Zusammenhang muss der steigenden Zahl der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, und hierunter den vielen jüngeren Personen unter 45 Jahren beziehungsweise unter 60 Jahren, besondere Aufmerksamkeit zuteil werden: Soziale Unterstützung wirkt sich günstig auf das Wohlbefinden aus und

kann die psychischen Folgen von im Leben auftretenden Krisen und Stresserfahrungen abfedern. Im Fall psychischer Beeinträchtigungen fehlt es aber oft an sozialer Einbindung und Unterstützung, während das Risiko der Stigmatisierung und problematischer Beziehungs- ebenso wie von Exklusionserfahrungen hoch ist. Diese können sich wiederum auf Chancen für soziale Kontakte und Rollenübernahme auswirken, wie dies die Daten im Kapitel Erwerbstätigkeit auch klar zeigen. Auf der anderen Seite können psychische Beeinträchtigungen auch durch belastende Beziehungs- oder Exklusionserfahrungen mitverursacht oder verstärkt werden. Solche Erfahrungen, so Kupfer / Nestmann (2015) unter Bezug auf zahlreiche Studien, können äußerst folgenreich mit Blick auf psychische Probleme wie depressive Symptome sein und das vor allem bei bereits vorhandenen Krisen oder Stresserfahrungen, wie z. B. einem Arbeitsplatzverlust. Die wachsende Zahl psychischer Beeinträchtigungen, insbesondere bei den vergleichsweise jüngeren Altersgruppen beeinträchtigter Menschen, lässt mit Blick auf die möglichen sozio-genetischen Faktoren Fragen aufkommen: Welche psychischen Problematiken sind hier vorherrschend? Warum nehmen sie offensichtlich zu? Wie können solche individuellen Stress- und Krisenerfahrungen abgefedert oder aufgefangen werden? Weiter stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, inwieweit Stress- und Krisenerfahrungen, die das Gefüge von Gesundheit, Arbeit und Familie beziehungsweise Partnerschaft betreffen und sich bis zum Eintritt von Beeinträchtigung und Behinderung verstärken können, nicht nur als individuelle Ereignisse begriffen werden sollten, sondern auch als abhängig von generationstypischen Lebensverhältnissen (Kapitel 4).

Die Daten weisen auf Zusammenhänge hin, die sich im zweiten Teilhabebericht bereits andeuteten: Beeinträchtigungen und Behinderung können das soziale Netzwerk und das Familienleben maßgeblich beeinflussen, das bestehende Netzwerk steht in enger Verbindung mit der Behinderung. Dies zeigt sich vor allem, wenn man die Grunddaten mit heranzieht. Die mit angemessenem Bezug zur Gesamtbevölkerung gewonnenen (das heißt für Personen ohne und mit Beeinträchtigungen und Behinderungen repräsentativen) Daten der Teilhabebefragung bestärken diese Folgerung noch zusätzlich. Auch wenn sie nur einen kleinen Ausschnitt, nämlich den der Freundschaften, ins Auge fassen, ist dieser doch hoch bedeutsam. Die Daten der Teilhabebefragung stehen zudem in Einklang mit den anderen Datenquellen, was z. B. die Frage nach dem Zusammenhang mit bestimmten Merkmalen wie Geschlecht, Alter, Schwere und Art der Beeinträchtigung betrifft. Obwohl die vorgelegten Daten insgesamt nur Ausschnitte dessen beleuchten, was soziale Eingebundenheit und Familienleben insgesamt ausmacht, enthalten sie dafür doch Anhaltspunkte. So deutet sich im Hinblick sowohl auf einen frühen als auch einen späten Zeitpunkt im Lebensverlauf an, dass eine Beeinträchtigung immer nachteilig zu sein scheint: Dies zeigen die Werte in Bezug auf Leben in Familien und Partnerschaft, erlebte Geselligkeit oder erlebte Einsamkeit und Freundschaftsbeziehungen. Es kann vermutet werden, bedarf

aber eigener Untersuchungen, dass die Chancen, ein eigenes Netzwerk und eine eigene Familie aufzubauen, erschwert sind, wenn die Beeinträchtigung früh im Leben eintritt. Wenn dagegen die Beeinträchtigung erst später in der Lebensspanne eintritt, könnten dadurch die Rollen- und Beziehungsverluste im Alter verstärkt werden. Damit werden auch die Bedarfe erhöht, auf professionelle Unterstützung angewiesen zu sein. Dies hat wiederum Folgen für das Wohlbefinden (Abschnitt 8.3). Dass sich im Fall eines frühen Eintritts einer Beeinträchtigung erhebliche Folgen für die sozialen Beziehungen ergeben können, zeigt sich auch darin, dass vor allem junge Menschen und Menschen mittleren Alters mit Beeinträchtigungen im Alter zwischen 18 und 49 Jahren vergleichsweise häufig angeben, dass sie nur geringe Unterstützung durch ihr soziales Umfeld erfahren. Ebenso zeigen die Zahlen den Einfluss des Faktors Geschlecht, denn es leben deutlich mehr Frauen mit Beeinträchtigungen allein als Männer. Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund fühlen sich signifikant häufiger einsam als behinderte Menschen ohne Migrationshintergrund. Die Daten verdeutlichen ebenfalls, dass schwere und mit ungünstigen Zuschreibungen verbundene Beeinträchtigungen nochmals mit erhöhten Risiken für die Einschränkung der Teilhabe einhergehen. Die Ergebnisse in den weiteren Kapiteln zu anderen Lebensbereichen bestätigen diese Tendenzen klar und nachhaltig. Auch wenn ein direkter Vergleich der Daten aller drei Teilhabeberichte seit 2012 aus methodischen Gründen nicht möglich ist, zeigen die Daten insgesamt eine eindeutige und stabile Tendenz.

Interpretation der Daten: Problemstellen der sozialen Integration und des Erhalts sozialer Unterstützung

Die soziale Integration von Menschen mit Beeinträchtigungen scheint nicht der von Menschen ohne Beeinträchtigungen zu entsprechen. Dies weist auf Risiken für das psychische Wohlbefinden hin. Diese Risiken scheinen sich in Abhängigkeit von weiteren und stellenweise verbundenen Merkmalen noch zu verstärken. Zwar liegen mit den Daten nur wenige und nahezu ausschließlich strukturelle Hinweise auf die sozialen Netzwerkbeziehungen vor; diese erlauben keine unmittelbaren Schlüsse auf die Leistungen, die aus den sozialen Beziehungen erwachsen. Auch ist das Zustandekommen von sozialer Unterstützung äußerst komplex: Potentielle Quellen von Unterstützung müssen vorhanden sein, man muss sie in Anspruch nehmen wollen und können und als hilfreich empfinden. Dennoch knüpft sich die Wahrscheinlichkeit des Erhalts von bestimmten Arten sozialer Unterstützung auch an bestimmte Beziehungsmerkmale. So ist der Erhalt von emotionaler Unterstützung wahrscheinlicher, wenn die Beziehung eng und vertraut ist, man spricht hier auch von starken Bindungen („strong ties“, Granovetter 1973), die durch Gegenseitigkeit, Vertrauen, Verlässlichkeit, häufige Kontakte und zum Teil auch räumliche Nähe gekennzeichnet sind, wie es für Partner- und Freundschaften typisch ist. „Engere persönliche Beziehungen konstituieren sich in

der Regel nicht aus einer Verbindungs- oder Beziehungsform allein, sondern sie sind mehrgestaltig (multiplex, Barnes 1969). Entsprechend besteht der Kern eines egozentrierten Netzwerks primär aus multiplexen Beziehungen. So kann z. B. eine Person ein Freund, Nachbar und Verwandter gleichzeitig sein" (Laireiter 2008: 11). Demgegenüber eher lose oder oberflächlichere Bekanntschaften („weak ties“) wiederum vermitteln Informationen, bilden Schaltstellen zu anderen Netzwerken über indirekte Kontakte (der ‚Bekannte des Bekannten‘, ‚Vitamin B‘) und Handlungsfeldern, ermöglichen Geselligkeit und Freizeitaktivitäten in größerem Rahmen ebenso wie kleine praktische Hilfeleistungen im Alltag. Gerade diese schwachen und indirekten Beziehungen sind „für instrumentelle und Informationsbedürfnisse von Menschen besonders wichtig“ (Laireiter 2008: 11). Dies ist im Teilhabebericht nicht näher differenziert, sollte aber bei der Interpretation der berichteten Ergebnisse berücksichtigt werden.

Die Daten weisen in beide Richtungen - der starken und der schwachen Bindungen - auf Einschränkungen hin und dies insbesondere für bestimmte Gruppen. Dies kann hier exemplarisch an der Situation der Kinder und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen gezeigt werden: Sie geben generell weniger Freunde und insbesondere weniger enge Freunde als nicht beeinträchtigte Kinder und Jugendliche an. Gerade im Kindes- und frühen Jugendalter steigt aber die Bedeutung von gleichaltrigen Kontakten gegenüber den familiären Kontakten erheblich. Sie haben eine wichtige Sozialisationsfunktion. In einer der wenigen deutschen Längsschnittstudien zu Lebensbewältigung und Lebensverläufen, der *Lebensverläufe ins frühe Erwachsenenalter* (LiFE) - Studie von Fend et al. (2010), die Daten zu den Lebensverläufen von 1.527 Personen (Angaben zu Beeinträchtigungen wurden nicht erhoben) bereitstellt, wurden wichtige Erkenntnisse zur Bedeutung sozial-emotionaler Beziehungen für die psychische Gesundheit gewonnen. Mit Blick auf die Lebensverläufe der erstmals im späten Kindes- und frühen Jugendalter und dann wieder 25 Jahre später untersuchten Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer kamen der psychischen Stärke und der sozialen Eingebundenheit zentrale Bedeutung zu. Die Freundschafts-Kontakte und die erlebte Eingebundenheit in der Jugend deuten bereits hin auf Chancen späterer Eingebundenheit, auf die Lebenszufriedenheit insgesamt und auch auf mögliche kritische Lebensverläufe, mit anhaltenden psychischen oder Beziehungsschwierigkeiten. Die biografischen Zugänge sind also außerordentlich bedeutsam und die Erfahrungen im Lebenslauf wären hier dringlich auf Bruchstellen hin zu beleuchten, auf (womöglich frühe) Erfahrungen von Konflikten und Krisen, die dann unter Umständen zu weiteren Exklusionsrisiken, z. B. am Arbeitsmarkt und in der Folge zu einer steigenden sozialen Isolation führen. Die LiFE-Studie bestätigt die hohe Bedeutung von sozialer Eingebundenheit, von Erfahrungen der Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen und Anerkennung in der Familie, in der Schule und den weiteren privaten und öffentlichen Orten der Teilhabe. Ob und inwieweit die Umsetzung inklusiver Angebote im Schulbereich, vor allem aber auch in Bereichen, in denen zwanglose

nicht-formale Begegnungen möglich sind, z. B. im Rahmen der Offenen Kinder- und Jugendhilfe, hier mehr Chancen bietet, lässt sich aktuell nicht gesichert sagen. Fest steht jedoch, wie die Einstellungsforschung zeigt, dass es nicht der Kontakt an sich ist, der Freundschaftsbeziehungen entstehen lässt, sondern eine Vielzahl von Bedingungen dafür eine Rolle spielen, wie z. B. die Atmosphäre, die Rollenverteilung (ungleich oder auf Augenhöhe), die Beteiligung und gemeinsame Interessen.

Menschen mit Beeinträchtigungen fehlt es aber auch an schwachen Bindungen, insbesondere, aber nicht nur, im hohen Alter, wenn bei vielen Menschen die Möglichkeiten sozialer Kontakte abnehmen. Dies kann sich mit dem Verlust von Freundinnen und Freunden oder der Partnerin beziehungsweise des Partners erschwerend verbinden. Ein Hinweis darauf, dass Bekanntschaftskontakte generell fehlen, ist, dass viele Menschen mit Beeinträchtigungen Geselligkeit vermissen. Andere Einschränkungen, z. B. finanzielle oder der Mobilität, können hier sicher eine Rolle spielen. Aber die Befunde zeigen auch klar erhöhte Raten von erlebter Einsamkeit, die Anlass geben, diese Problematik vertiefend aufzugreifen (siehe Kapitel 8). Dabei müsste auch untersucht werden, ob es sich um emotionale Einsamkeit (Mangel an engen, vertrauten Beziehungen), soziale Einsamkeit (Mangel an Bekanntschaften, Freundschaften und weiteren persönlichen Beziehungen) oder kollektive Einsamkeit handelt (fehlende Zugehörigkeit zu einer größeren Gemeinschaft oder zur Gesellschaft). Die Daten lassen aber den Schluss zu, dass sowohl emotionale als auch soziale Einsamkeit eine Rolle spielen. Damit können Rückschlüsse gezogen werden, dass die psychische Gesundheit und die Alltagsbewältigung von Menschen mit Beeinträchtigungen eingeschränkt sind: Fehlende oder eingeschränkte Ressourcen erschweren den Umgang mit Herausforderungen. Das trifft gerade dann zu, wenn soziale Ressourcen besonders erforderlich sind, nämlich im Fall von schwereren und von psychischen Beeinträchtigungen, im Fall pflegender Angehöriger beziehungsweise Familien und hierunter vor allem der Alleinerziehenden.

Familien und Angehörigen kommt eine herausgehobene Bedeutung für die Alltagsbewältigung und für die Bewältigung der Folgen von Beeinträchtigungen und Behinderung zu. Die meisten Kinder und Jugendlichen mit Beeinträchtigung leben zuhause und die Familien übernehmen alle Leistungen, die die familiäre Erziehung allgemein erfordert und die für eine bedürfnisgerechte Entwicklung behinderter ebenso wie nichtbehinderter Kinder wesentlich sind. Sie übernehmen auch alle Aufgaben, die mit Blick auf die Leistungsfähigkeit und Erwartungen von Institutionen und der Gesellschaft generell bedeutsam sind. Häufig ist aber darüber hinaus sowohl ein Mehr an Betreuungs- und Versorgungsleistungen als auch an 'Herstellungs'leistung für das professionelle Hilfesystem gefordert, indem z. B. Therapien zuhause fortgeführt oder Hilfen beantragt werden müssen. Nicht nur, aber insbesondere im Fall geistiger und schwerer körperlicher Beeinträchtigungen

leben auch volljährige Kinder noch bei den Eltern. Die Zahl aller noch zu Hause lebenden Menschen mit Beeinträchtigungen ist mit 243.000 um circa 26.000 höher als im Jahr 2013. Der Zuwachs ist vor allem bei den jüngeren Volljährigen zwischen 18 und 44 Jahren festzustellen. Welche Passungsprobleme mit dem Hilfesystem eine Rolle spielen, was die Inanspruchnahme von Angeboten zum unterstützten Wohnen betrifft, müsste dringend in den Blick genommen werden. Insbesondere gilt dies, um Übergänge aus dem Elternhaus zu erleichtern, soziale Netzwerke der erwachsenen Kinder zu stützen und die Belastung der älterwerdenden Eltern zu mildern.

Belastungen können soziale Unterstützung verringern oder zusammenbrechen lassen; Kupfer / Nestmann (2015) stellen auf der Basis ihrer Analyse des Forschungsstandes zum Erhalt von Sozialer Unterstützung fest, dass sich Unterstützungsmöglichkeiten verringern, „wenn die Familie der gleichen Belastung wie eines ihrer Mitglieder unterliegt, wenn Belastungen stigmatisiert werden oder Probleme als selbstverschuldet erachtet werden“ (Kupfer / Nestmann 2015: 160). Insbesondere tabuisierte Beeinträchtigungen beeinflussen demnach soziale Unterstützung deutlich negativ. Im Fall der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen kann man annehmen, dass Einstellungen eine wichtige Rolle spielen, aber ganz offensichtlich wirken hier deutlich mehr Faktoren zusammen, denn damit erklärt sich die Lage der oben angeführten Gruppen und das Gesamtbild noch nicht. Weder ist damit klar, wer genau was als Belastung empfindet oder worin die Belastungen eigentlich bestehen. Auch bleibt unklar, wo und wie Defizite auch des professionellen Unterstützungssystems eine Rolle spielen.

Fazit und Forschungsbedarf

Insgesamt ist die Erhellung der Bedingungen der Lebensbewältigung noch mit vielen Forschungsdesideraten behaftet und „gemessen an der Bedeutung des Themas ‚Lebenslauf‘ ist der Forschungsaufwand dazu im Vergleich zu anderen Forschungsinvestitionen gering“ (Fend et al. 2010: 9). Ebenso große Defizite lassen sich konstatieren für die Frage des Bedarfs an und den Erhalt sowie die Wirkungen von Leistungen, insbesondere auch offener Hilfen. Welche Rolle die Beziehungen zum Umfeld und dessen Einstellungen spielen und wie sich dies mit individuellen Kraftquellen, z. B. dem Einkommens- und Erwerbsstatus, verbindet, müsste dringlich erhellte werden. Dabei sollte gleichfalls die Situation der Frauen beziehungsweise Angehörigen und Familien besondere Beachtung finden. Insbesondere gilt dies auch und vor allem hinsichtlich der Folgen, die sich durch Pflege- und weitere Unterstützungsleistungen für Psyche, Körper und Chancen auf Einkommen und Beschäftigung ergeben können. Dazu ist dem Teilhabebericht derzeit nichts zu entnehmen und weiterführende Überlegungen müssen folgen.

Die Fragen nach den Konsequenzen für die Familie als System, nach Belastungen und Bedürfnissen ihrer einzelnen Mitglieder sowie nach inner- und außerfamiliär ablaufenden Prozessen und beeinflussenden Faktoren müssten dabei auch dringlich mit Blick auf veränderte Rollen, insbesondere von Frauen, und veränderte Lebensverhältnisse in den Blick genommen werden. Hier ist ein ‚Modernisierungsdefizit‘ erkennbar, weil Erwartungen an familiäre Betreuungsleistungen auch weiterhin oft mit der traditionellen Rolle der Frauen und Mütter verbunden werden (Brandt 2006, 2013). Es geht dabei zentral um die Verbesserung der Passung zwischen individuellen Bedingungen, den strukturellen gesellschaftlichen Anforderungen und den Leistungen des professionellen Systems für Familien/Alleinerziehende mit beeinträchtigten Kindern beziehungsweise Angehörigen beziehungsweise Eltern und Alleinerziehenden mit Beeinträchtigung (Deindl et al. 2016).

Bewältigungsverläufe unterscheiden sich ebenso stark individuell wie die subjektiven und objektiven Folgen von Beeinträchtigungen. Die Daten des Teilhabeberichts zeigen dennoch auf, dass sich in Abhängigkeit von sozialstrukturellen Variablen und von spezifischen Unterstützungsbedürfnissen Problemlagen mit einem klaren, teilweise besonders dringlichen Bedarf an Unterstützung, aber auch an Untersuchungen identifizieren lassen. Dabei müsste, auch und vor allem mit Hilfe von Längsschnittstudien und mixed-methods-Forschungsdesigns, untersucht werden, wie sich die mögliche und tatsächliche individuelle Nutzung der äußeren, zeitlichen, finanziellen und sozialen Ressourcen gestaltet, auch über längere Zeit und insbesondere an den Übergängen im Lebenslauf. Neben der Alltags- und Belastungsbewältigung, mit Blick auf soziale Unterstützung beeinträchtigter Menschen und ihrer Familien, verweisen die Daten schließlich eindrucklich auf den großen Bedarf an Forschung zur Frage der Einstellungen, zu Einsamkeit und den sozialen Beziehungen einschließlich der (absichtsvollen) Initiierung, Stützung und Förderung sozialer Netzwerke unter Berücksichtigung von Merkmalen wie Art und Schwere der Beeinträchtigung, Geschlecht, Migrationshintergrund sowie dem Zeitpunkt des Eintritts der Beeinträchtigung. Möglicherweise können von der Teilhabebefragung Erkenntnisse zu möglichen Zusammenhängen zwischen dem Eintritt einer Beeinträchtigung und anderen Faktoren wie dem sozialen Status, dem sozialen Netzwerk und so weiter gewonnen werden, aber zusätzlich benötigt werden hier Längsschnittstudien zu den biographischen Verläufen, auch und vor allem in inklusiven Settings, sowie Studien, die die Inanspruchnahme und Wirkung professioneller Leistungen auf die Alltagsbewältigung, die soziale Teilhabe und die Bewältigung von Belastungen in den Blick nehmen.

Literatur zu diesem Kommentar

Antonovsky, Aaron (1998): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dgvt-Verlag, Tübingen.

Bauer, Petra / Otto, Ulrich (Hrsg.) (2005): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band 1: Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslagenperspektive. Band 2: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive. Dgvt-Verlag, Tübingen.

Beck, Iris / Greving, Heinrich (Hrsg.) (2012): Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik. Lebenslage und Lebensbewältigung (Band 5). Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2016): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. BMAS, Bonn.

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2017): Lebenslagen in Deutschland. Der Fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. BMAS, Berlin.

Brandt, Martina (2006): Soziale Kontakte als Weg aus der Erwerbslosigkeit. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Jg. 58, Nr. 3, S. 468 – 488.

Brandt, Martina (2013): Intergenerational Help and Public Assistance in Europe: A Case of Specialization? In: European Societies, Jg. 15, Nr. 1, S. 26 – 56.

Castel, Robert (2008): Die Metamorphosen der sozialen Frage. Eine Chronik der Lohnarbeit. UVK Verlagsgesellschaft, Konstanz.

Deindl, Christian / Brandt, Martina / Hank, Karsten (2016): Social Networks, Social Cohesion, and Later-life Health. In: Social Indicators Research, Jg. 126, Nr. 3, S. 1175 – 1187.

Fend, Helmut / Berger, Fred / Grob, Urs (Hrsg.) (2009): Lebensverläufe, Lebensbewältigung, Lebensglück. Ergebnisse der LiFE-Studie. Springer VS, Wiesbaden.

Filipp, Sigrund-Heide / Aymanns, Peter (2010): Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart.

Granovetter, Mark S. (1973): The Strength of Weak Ties. In: The American Journal of Sociology, Jg. 78, Nr. 6, S. 1360 – 1380

Kupfer, Annett / Nestmann, Frank (2015): Soziale Unterstützung – Social support. Eine zentrale Funktion sozialer Netzwerke. In: Gamper, Markus / Reschke, Linda / Düring, Marten (Hrsg.): Knoten und Kanten III. Soziale Netzwerkanalyse in Geschichts- und Politikforschung. transcript, Bielefeld, S. 151-179.

Laireiter, Anton-Rupert (2008): Soziales Netzwerk in der Psychologie. In: Forum Gemeindepsychologie, Jg. 13, Nr. 1, S. 1 – 24.

Stauber, Barbara / Pohl, Axel / Walther, Andreas (Hrsg.) (2007): Subjektorientierte Übergangsforschung. Rekonstruktion und Unterstützung biographischer Übergänge junger Erwachsener. Beltz Juventa, Weinheim.

Wieland, Heinz (1996). Lebenslauf und Behinderung. Aspekte des demographisch-gesellschaftlichen Umbruchs und seine Bedeutung für die soziale Integration. In: Beck, Iris / Düe, Willy / Wieland, Heinz (Hrsg.): Normalisierung. Behindertenpädagogische und sozialpolitische Perspektiven eines Reformkonzeptes. Universitätsverlag Winter, Heidelberg, S. 257 – 268.

Zapfel, Stefan / Reims, Nancy / Niehaus, Mathilde (2020): Soziale Netzwerke und Behinderung. Zugang und Stabilisierung der Einbindung in den allgemeinen Arbeitsmarkt. In: Klärner, Andreas / Gamper, Markus / Keim-Klärner, Sylvia / von der Lippe, Holger / Moor, Irene / Richter, Matthias / Vonneilich, Nico (Hg.), Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten. Eine neue Perspektive für die Forschung. Springer VS, Wiesbaden, S. 347 – 368.

4 Bildung und Ausbildung

i

Faktenblatt „Bildung und Ausbildung“

Bildung und Ausbildung können die Chancen von Menschen mit Beeinträchtigungen auf Teilhabe und Selbstbestimmung erhöhen. Folgende Herausforderungen sind in den hier vorgestellten Statistiken erkennbar:

- Immer mehr Kinder mit Beeinträchtigungen werden aufgrund einer festgestellten Beeinträchtigung in Bildungseinrichtungen speziell gefördert. Allerdings ergeben sich damit nicht automatisch bessere Perspektiven für die Teilhabe an Bildung und Ausbildung. Die Beteiligung von erwachsenen Menschen mit Beeinträchtigungen an allgemeiner und beruflicher Weiterbildung entspricht nahezu derjenigen von Menschen ohne Beeinträchtigungen. Bei der Hochschulbildung lassen sich aufgrund der Datenlage keine klaren Tendenzen erkennen.
- 91,5 % der Kinder unter acht Jahren mit festgestelltem Förderbedarf wurden im Jahr 2018 in einer regulären Tageseinrichtung betreut, d. h. lediglich 8,5 % dieser Kinder besuchten eine spezielle Tageseinrichtung für Kinder mit Behinderung.
- Im schulischen Bildungssystem ist der Anteil regelbeschulter Kinder und Jugendlicher mit Beeinträchtigungen zwischen 2014 und 2017 deutschlandweit um 7,6 Prozentpunkte auf 41,7 % angestiegen, die Inklusionsquote von 2,36 auf 2,98 %. Gleichwohl führt mehr Inklusion kaum zu weniger Exklusion. So sank die Zahl der Förderschülerinnen und Förderschüler im gleichen Zeitraum nur um rund 5 %, die Sonderschulbesuchsquote lag im Jahr 2017 bei 4,2 %.
- Deutliche Unterschiede bestehen weiterhin hinsichtlich der Schulabschlüsse von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen: Im Jahr 2017 hatten unter den 20- bis 64-jährigen Menschen mit Beeinträchtigungen 8 % (noch) keinen Abschluss (Menschen ohne Beeinträchtigungen: 4,1 %) und 38,3 % einen Hauptschulabschluss (Menschen ohne Beeinträchtigungen: 22,7 %).
- Im Jahr 2016 verließen 71,1 % der Schülerinnen und Schüler an Förderschulen diese ohne Hauptschulabschluss, darunter 58 % aus dem

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Förderschwerpunkt Lernen. Rund 71 % der Jugendlichen ohne Hauptschulabschluss wechseln laut aktuellem Bildungsbericht nach Verlassen der Schule in das Übergangssystem berufsvorbereitender Bildungsmaßnahmen.

- Im Vergleich zu Menschen ohne Beeinträchtigungen (15,0 %) verfügten Menschen mit Beeinträchtigungen (20,5 %) im Jahr 2017 zu höheren Anteilen über keinen beruflichen Abschluss. Gleichzeitig hatten Menschen mit Beeinträchtigungen (10,3 %) zu einem geringeren Anteil einen akademischen Abschluss als Menschen ohne Beeinträchtigungen (23,3 %).
- Im Jahr 2016 waren bundesweit 23 % der Studierenden beeinträchtigt, bei 11 % wirkten sich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen studienerschwerend aus. Ursache der Studienerschwerenisse waren mehrheitlich psychische Beeinträchtigungen beziehungsweise seelische Erkrankungen.

Durch den umfassenden Erwerb von Fähigkeiten und Fertigkeiten, von Wissen und Handlungskompetenzen sowie von schulischen und beruflichen Abschlüssen ist Bildung eine Ressource für gesellschaftliche Teilhabe in jeder Lebensphase (Bellenberg / Forell 2013). Bildung hat damit einen starken Einfluss auf die Lebenslage und den sozialen Status von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen. Das wird besonders offensichtlich, wenn die Bedeutung formaler Bildungsabschlüsse für die Beschäftigungs- und Einkommenschancen betrachtet wird, die wiederum Auswirkungen auf die Wohnverhältnisse, die Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben sowie den Gesundheitszustand haben.

Auch jenseits formaler Kategorien trägt Bildung zur Persönlichkeitsentfaltung bei und schafft die Voraussetzungen für eine selbstbestimmte und aktive gesellschaftliche Teilhabe. Sie soll die Menschen „zu einer eigenständigen und eigenverantwortlichen Lebensführung in sozialer, politischer und kultureller Eingebundenheit und Verantwortung“ befähigen (BMFSFJ 2005: 109). Sie zielt damit auf die individuelle Regulationsfähigkeit, gesellschaftliche Teilhabe und Chancengleichheit (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2018: 191).

Dabei ist Bildung als ein lebenslanger Prozess zu verstehen: Jeder Mensch ist bildungs- und entwicklungsfähig und Lernprozesse sind über die gesamte Lebensspanne hinweg möglich (BMFSFJ 2005).

Bildung ist aber nicht nur eine Ressource für Teilhabe, sie ist gleichzeitig selbst Ausdruck sozialer Teilhabe. Dies wird deutlich, wenn man sich die vielfältigen Orte und sozialen Zusammenhänge vergegenwärtigt, an beziehungsweise in denen Bildung stattfindet: In Bildungs- und Ausbildungseinrichtungen wie Schulen, Ausbildungsbetrieben, Hochschulen et cetera. werden anerkannte allgemeine und berufliche Bildungsabschlüsse erworben (formale Bildung). Außerhalb dieser Institutionen findet Bildung beispielsweise in Angeboten der Frühförderung, in Kindertagesstätten, in Kunst-, Musik- oder Volkshochschulen sowie in Betrieben statt, ohne dass notwendigerweise ein anerkannter Bildungsabschluss angestrebt wird (non-formale Bildung). Außerdem stellen die Bildungs- und Erziehungsleistungen von Eltern und anderen Bezugspersonen, Jugend- beziehungsweise Gleichaltrigengruppen, die offene Kinder- und Jugendarbeit, Vereine – z. B. im kulturellen oder politischen Raum – zugleich informelle Lernwelten dar, in denen überwiegend in alltäglichen Lebenszusammenhängen gelernt wird, auch wenn das von den Lernenden selbst nicht immer als Erweiterung ihres Wissens und ihrer Kompetenzen wahrgenommen wird.

Um die Zugänglichkeit von Bildungsorten zu gewährleisten und damit Teilhabe an Bildung zu ermöglichen, reicht es nicht, bauliche Barrieren zu beseitigen. Es geht auch um die zielgruppenspezifische Information über Lernangebote sowie um die lernförderliche Gestaltung von Beziehungen, Lernkulturen, Lernzugängen und Lerninhalten in Bildungsorganisation und -strukturen, sodass sie den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit Beeinträchtigungen gerecht werden (Boban / Hinz 2003).

Ist die Zugänglichkeit von Bildungsorten und -strukturen nicht in diesem umfassenden Sinne gewährleistet, schränkt dies die Handlungsspielräume von Menschen mit Beeinträchtigungen nachhaltig ein und führt im weiteren Lebensverlauf zu verringerten Kompetenzen und Fähigkeiten, die für die selbstbestimmte Gestaltung des Alltags notwendig sind. Hieraus können Risiken entstehen – unmittelbar oder kumuliert im Lebensverlauf: Exklusionsrisiken bestehen bereits für junge Kinder mit Beeinträchtigungen, wenn sie nicht auf ausreichend anregende Bedingungen für selbsttätige Aneignungsprozesse und Entwicklung stoßen. Das kann sich negativ beim Übergang in das schulische Bildungssystem auswirken oder bei Übergängen vom Primar- zum Sekundar- und Tertiärbereich. Insofern kann die frühe Zuweisung zu einer Regel- oder Förderschule im Primarbereich richtungsweisend für die weitere Schullaufbahn sein.

Die Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs bleibt oftmals nicht ohne Folgen für den Werdegang innerhalb der Bildungsinstitutionen (Boban / Hinz 2003; Wocken 2007; Beck 2016). Der Zugang zu einer beruflichen Ausbil-

dung und in der Folge die Integration in den ersten Arbeitsmarkt können erschwert sein, wenn ein Förderschulabschluss oder kein Schulabschluss erreicht wird. Exklusionsrisiken bestehen auch, wenn Angebote der Aus- und Weiterbildung sowie Umschulungen nicht zugänglich sind. Sie sind vielfach Voraussetzung für eine (Wieder-)Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt (z. B. nach einem beeinträchtigungsbedingt notwendigen Jobwechsel oder Arbeitsplatzverlust).

Betrachtet man Bildungsprozesse in der oben skizzierten Breite, ergeben sich zahlreiche Bezüge zur UN-BRK (Beck 2016). Im Kern definiert Artikel 24 das Recht von Menschen mit Beeinträchtigungen auf Bildung. Die damit verbundenen Ziele präzisiert Artikel 24 Absatz 1 UN-BRK dahingehend, dass Bildung die Persönlichkeit von Menschen zur Entfaltung bringen und die Achtung vor der menschlichen Vielfalt stärken kann. Nach Artikel 4 Absatz 2 UN-BRK sind die Vertragsstaaten zu einer schrittweisen Verwirklichung eines inklusiven Bildungssystems bezogen auf die Merkmale Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Akzeptierbarkeit und Anpassungsfähigkeit verpflichtet. Dies umfasst alle oben genannten Einrichtungen und Orte, an denen Bildung stattfindet. Dabei sind insbesondere die Übergänge innerhalb des Bildungssystems, wie oben beschrieben, von Bedeutung (Bellenberg / Forell 2013).

i**Artikel 24 UN-BRK: Bildung**

(1) Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf Bildung. Um dieses Recht ohne Diskriminierung und auf der Grundlage der Chancengleichheit zu verwirklichen, gewährleisten die Vertragsstaaten ein integratives Bildungssystem auf allen Ebenen und lebenslanges Lernen mit dem Ziel, a) die menschlichen Möglichkeiten sowie das Bewusstsein der Würde und das Selbstwertgefühl des Menschen voll zur Entfaltung zu bringen und die Achtung vor den Menschenrechten, den Grundfreiheiten und der menschlichen Vielfalt zu stärken; b) Menschen mit Behinderungen ihre Persönlichkeit, ihre Begabungen und ihre Kreativität sowie ihre geistigen und körperlichen Fähigkeiten voll zur Entfaltung bringen zu lassen; c) Menschen mit Behinderungen zur wirklichen Teilhabe an einer freien Gesellschaft zu befähigen.

(2) Bei der Verwirklichung dieses Rechts stellen die Vertragsstaaten sicher, dass a) Menschen mit Behinderungen nicht aufgrund von Behinderung vom allgemeinen Bildungssystem ausgeschlossen werden und dass

Kinder mit Behinderungen nicht aufgrund von Behinderung vom unentgeltlichen und obligatorischen Grundschulunterricht oder vom Besuch weiterführender Schulen ausgeschlossen werden; b) Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen in der Gemeinschaft, in der sie leben, Zugang zu einem integrativen, hochwertigen und unentgeltlichen Unterricht an Grundschulen und weiterführenden Schulen haben; c) angemessene Vorkehrungen für die Bedürfnisse des Einzelnen getroffen werden; d) Menschen mit Behinderungen innerhalb des allgemeinen Bildungssystems die notwendige Unterstützung geleistet wird, um ihre erfolgreiche Bildung zu erleichtern; e) in Übereinstimmung mit dem Ziel der vollständigen Integration wirksame individuell angepasste Unterstützungsmaßnahmen in einem Umfeld, das die bestmögliche schulische und soziale Entwicklung gestattet, angeboten werden.

(3) Die Vertragsstaaten ermöglichen Menschen mit Behinderungen, lebenspraktische Fertigkeiten und soziale Kompetenzen zu erwerben, um ihre volle und gleichberechtigte Teilhabe an der Bildung und als Mitglieder der Gemeinschaft zu erleichtern. Zu diesem Zweck ergreifen die Vertragsstaaten geeignete Maßnahmen; unter anderem a) erleichtern sie das Erlernen von Brailleschrift, alternativer Schrift, ergänzenden und alternativen Formen, Mitteln und Formaten der Kommunikation, den Erwerb von Orientierungs- und Mobilitätsfertigkeiten sowie die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen und das Mentoring; b) erleichtern sie das Erlernen der Gebärdensprache und die Förderung der sprachlichen Identität der Gehörlosen; c) stellen sie sicher, dass blinden, gehörlosen oder taubblinden Menschen, insbesondere Kindern, Bildung in den Sprachen und Kommunikationsformen und mit den Kommunikationsmitteln, die für den Einzelnen am besten geeignet sind, sowie in einem Umfeld vermittelt wird, das die bestmögliche schulische und soziale Entwicklung gestattet.

(4) Um zur Verwirklichung dieses Rechts beizutragen, treffen die Vertragsstaaten geeignete Maßnahmen zur Einstellung von Lehrkräften, einschließlich solcher mit Behinderungen, die in Gebärdensprache oder Brailleschrift ausgebildet sind, und zur Schulung von Fachkräften sowie Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen auf allen Ebenen des Bildungswesens. Diese Schulung schließt die Schärfung des Bewusstseins für Behinderungen und die Verwendung geeigneter ergänzender und alternativer For-

men, Mittel und Formate der Kommunikation sowie pädagogische Verfahren und Materialien zur Unterstützung von Menschen mit Behinderungen ein.

(5) Die Vertragsstaaten stellen sicher, dass Menschen mit Behinderungen ohne Diskriminierung und gleichberechtigt mit anderem Zugang zu allgemeiner Hochschulbildung, Berufsausbildung, Erwachsenenbildung und lebenslangem Lernen haben. Zu diesem Zweck stellen die Vertragsstaaten sicher, dass für Menschen mit Behinderungen angemessene Vorkehrungen getroffen werden.

Der UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Fachausschuss) äußert im Rahmen der ersten Staatenprüfung am 13. Mai 2015 in Bezug auf die Umsetzung von Artikel 24 UN-BRK in Deutschland die Kritik, dass Eltern von Kindern mit Beeinträchtigungen nicht frei über die Art der Bildung ihrer Kinder entscheiden können und dass der Großteil der Schülerinnen und Schüler mit Beeinträchtigungen eine Förderschule besucht. In seinen Empfehlungen sprach er sich unter anderem dafür aus, dass auf allen Bildungsebenen angemessene Vorkehrungen getroffen werden müssen, um eine umfassende Barrierefreiheit des Zugangs zu Bildung sicherzustellen (CRPD 2015).

Mit seiner an die Bundesregierung gerichteten Fragenliste im Vorfeld des kombinierten zweiten und dritten Staatenberichts bringt der UN-Fachausschuss sein besonderes Erkenntnisinteresse bezüglich Artikel 24 UN-BRK zum Ausdruck. Er fragt nach den Aktivitäten zur Bewusstseinsbildung für qualitativ hochwertige inklusive Bildung, der Sicherstellung und Unterstützung von adäquatem Personal im Bildungsbereich, nach den Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigung von Lehrkräften und Assistentinnen und Assistenten mit Behinderungen an Regelschulen, nach der Anzahl und dem Anteil an Bildungseinrichtungen, die seit 2009 in ein inklusives Umfeld umgestaltet wurden, sowie nach den Bundesländern, die das Recht von Menschen mit Beeinträchtigungen auf den Besuch von Regelschulen mit angemessenen Vorkehrungen gewährleisten (CRPD 2018).

Das Statement der Monitoring-Stelle zur Sitzung des Ausschusses am 21. September 2018 verweist bezüglich Artikel 24 darauf, dass zwar alle Bundesländer weitere Schritte in Richtung eines inklusiven Bildungssystems unternehmen, jedoch – abhängig vom erreichten Stand, dem jeweiligen Landesrecht und der Ressourcenausstattung – mit sehr unterschiedlichen Ergebnissen. Die Monitoring-

Stelle sieht die Gefahr, dass Inklusionsprozesse im Bildungsbereich zunehmend skeptisch sowie als optional betrachtet werden (DIMR 2018).

Auch die BRK-Allianz weist mit Bezug auf den Bundesbildungsbericht 2014 darauf hin, dass zwar die Zahl der Kinder mit Behinderungen an Regelschulen steigt, doch der Anteil der Kinder an Sonderschulen nicht abnehme, sondern ebenfalls steige. Sie bemerkt in diesem Zusammenhang, dass nahezu alle Bundesländer angeben, ihr Sonderschulsystem fortführen zu wollen, und dass zahlreiche Schulgesetze das Recht auf inklusive Bildung noch immer unter einen umfassenden Ressourcenvorbehalt stellen, sodass Kinder mit Behinderungen weiter an Sonderschulen gezwungen werden (BRK-Allianz 2015).

Das Recht auf den Besuch einer Regelschule für Kinder mit Behinderungen ist in den Schulgesetzen mittlerweile aller Länder verankert, hierfür treffen die Länder angemessene Vorkehrungen (BMAS 2019c).

Die folgenden Abschnitte stellen anhand von Indikatoren die Bildungsbeteiligung von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen dar.⁴⁷ Sie orientieren sich an der zeitlichen Abfolge von Bildungsprozessen im Lebensverlauf. Besondere Erkenntnisinteressen, die nach Möglichkeit mithilfe repräsentativer Daten beleuchtet werden, betreffen – neben dem Bildungserfolg, der sich an den erreichten Schul- und Ausbildungsabschlüssen bemisst – die Übergänge zwischen einzelnen Bildungsstufen, z. B. zwischen frühkindlicher Bildung, Schule und Ausbildung. Weiterhin werden vor dem Hintergrund der föderalen Aufgabenteilung im Bildungsbereich länderspezifische beziehungsweise regionale Besonderheiten als Ausgangspunkt von Disparitäten der Quantität und Qualität von Angeboten betrachtet. Über die grundlegende Schul- und Berufsausbildung hinaus werden Fortbildungs- und Weiterbildungsangebote zur Weiterentwicklung von Qualifikationen und Fähigkeiten im späteren Lebensverlauf zunehmend wichtiger. In diesem Zusammenhang ist zu untersuchen, ob und gegebenenfalls wie sich die Inanspruchnahme von Angeboten der Fort- und Weiterbildung von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen unterscheidet. Abschließend werden die Befunde zur Beantwortung folgender Leitfragen zusammengefasst:

1. Bildung und Ausbildung sollen die Chancen von Menschen mit Beeinträchtigungen auf Teilhabe und Selbstbestimmung erhöhen. Welche Herausforderungen sind diesbezüglich anhand der vorgestellten Statistiken erkennbar?
2. Bildung und Ausbildung sollen so inklusiv wie möglich erfolgen. Wie entwickeln sich die Bildungsangebote in dieser Hinsicht?

⁴⁷ Zur Aussagekraft der Daten in diesem Kapitel beziehungsweise deren Begrenzungen äußert sich der wissenschaftliche Beirat im Kommentar zu diesem Kapitel.

3. Besondere Aufmerksamkeit ist Personen mit mehrfachen Benachteiligungen im Sinne von sich überschneidenden Diskriminierungsformen (Intersektionalität) zu widmen. Welche Personengruppen lassen sich im Kontext von Bildung und Ausbildung als besonders vulnerabel beschreiben?

4.1 Bildung, Betreuung und Erziehung während der frühen Kindheit

Bildungsprozesse verlaufen lebensbegleitend und beginnen mindestens mit dem ersten Lebenstag. In der frühen Kindheit vollziehen sich grundlegende Erfahrungs- und Bewusstwerdungsprozesse bezüglich der Möglichkeiten und Grenzen des eigenen Handelns, der Gestaltung von sozialen Beziehungen und der Umweltfaktoren, die prägend für den weiteren Lebensverlauf sind (Schwarzenburg-von Wedel / Weiß 2010).

Das private beziehungsweise familiäre Umfeld sowie Institutionen der außerfamiliären Kinderbetreuung übernehmen komplementäre Anregungs-, Betreuungs-, Erziehungs- und Begleitungsfunktionen für Kinder. Sie fördern das Leben-Lernen der Kinder in ihrem eigenen Lebensumfeld. Sind diese Strukturen entweder nicht vorhanden oder nicht verlässlich oder weist das Kind Entwicklungsauffälligkeiten auf, gilt es, einen daraus resultierenden besonderen Betreuungs- und Förderbedarf möglichst frühzeitig zu erkennen. Nur so können pädagogische und therapeutische Maßnahmen ergriffen werden, die darauf abzielen, das Entstehen von Beeinträchtigungen zu verhindern beziehungsweise bereits bestehende Beeinträchtigungen zu mildern.

Ein gut vernetztes Präventions- und Hilfesystem kann dazu beitragen, dass diese Unterstützung leicht zugänglich ist und frühzeitig sowie passgenau geleistet wird. Unterstützungsleistungen in der frühen Kindheit umfassen neben regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen Leistungen der Frühförderung und Bildungsangebote für Kinder mit Beeinträchtigungen, die in integrativen beziehungsweise inklusiven Kindertageseinrichtungen und in spezialisierten Förder-Kindertageseinrichtungen angeboten werden. Die *Frühen Hilfen*, die im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe psychosozial belastete Familien mit Kleinkindern beraten und unterstützen, tragen dazu bei, Förderbedarfe zu erkennen. Beide Bereiche werden im Folgenden beleuchtet.

4.1.1 Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege

Angebote der Bildung, Betreuung und Erziehung für Kinder vor der Einschulung wurden in den vergangenen Jahren deutlich ausgebaut. Ein Kind, das das erste Lebensjahr vollendet hat, hat bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres Anspruch auf frühkindliche Förderung in einer Tageseinrichtung oder in Kindertagespflege (§ 24 Absatz 2 SGB VIII). Ein Kind, das das dritte Lebensjahr vollendet hat, hat bis zum Schuleintritt Anspruch auf Förderung in einer Tageseinrichtung (§ 24 Absatz 3 SGB VIII). Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe haben darauf

hinzuwirken, dass für diese Altersgruppe ein bedarfsgerechtes Angebot an Ganztagsplätzen zur Verfügung steht. Das Kind kann bei besonderem Bedarf oder ergänzend auch in Kindertagespflege gefördert werden.

Zum Stichtag 1. März 2018 wurde ein Drittel (34 %) der Kinder unter drei Jahren in einer Kindertageseinrichtung oder in Kindertagespflege betreut; von den Kindern im Alter von drei bis sechs Jahren besuchten 93 Prozent ein Angebot der Kindertagesbetreuung.⁴⁸

Die altersbezogenen Unterschiede in den Betreuungsquoten zeigen sich auch in der Anzahl der Kinder in Kindertagesbetreuung oder öffentlich geförderter Kindertagespflege, die dort Eingliederungshilfe nach SGB VIII oder SGB XII⁴⁹ wegen mindestens einer körperlichen, einer seelischen oder einer drohenden oder seelischen Behinderung erhalten (Tabelle 25). Im Jahr 2018 erhielten insgesamt 80.205 Kinder, die noch nicht zur Schule gingen, diese Leistungen. Davon waren 4.042 Kinder jünger als drei Jahre, 76.163 Kinder waren drei Jahre und älter. Fast alle besuchten eine Kindertageseinrichtung, nur wenige Hundert wurden im Rahmen der Kindertagespflege betreut.

In Bezug auf alle gleichaltrigen Nichtschulkinder erhielten im Jahr 2018 0,5 Prozent der Kinder unter drei Jahren und 3,1 Prozent der Kinder ab drei Jahren Eingliederungshilfe in einer Einrichtung der Kindertagesbetreuung (Tabelle 25). Mit einem Anteil von 59 Prozent bei den Kindern unter drei Jahren beziehungsweise von 67 Prozent bei den Kindern ab drei Jahren erhielten Jungen deutlich häufiger Eingliederungshilfe in der Tagesbetreuung als Mädchen. Im Zeitverlauf seit 2014 stieg die Gesamtzahl der Kinder, die Eingliederungshilfe erhielten, in beiden Altersklassen nur moderat. Die jährlichen Änderungsraten liegen fast immer im Bereich von 1 bis 2 Prozent.

Beachtet werden muss, dass die dargestellten Zahlen nur einen Teil aller Nichtschulkinder mit Beeinträchtigungen abbilden, denn nicht alle dieser Kinder besuchen eine Einrichtung der Kindertagesbetreuung beziehungsweise nicht bei allen wurde ein Eingliederungshilfebedarf festgestellt.⁵⁰

⁴⁸ Quelle: Kinder- und Jugendhilfestatistik, ohne Abbildung.

⁴⁹ Das Recht der Eingliederungshilfe war bis zum 31. Dezember 2019 in den §§ 53 bis 60a SGB XII mit Verweisen auf Kernleistungen des SGB IX geregelt. Das ab dem 1. Januar 2020 geltende neue Eingliederungshilferecht ist in den §§ 90 bis 150 SGB IX geregelt. § 35a SGB VIII (Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche) wird im Zuge der Neuregelung an die Eingliederungshilfe des SGB IX (Teil 2) angepasst.

⁵⁰ Vertiefende Ausführungen zur Frühförderung und Inklusion im Kleinkindalter enthält der Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zu diesem Artikel.

Tabelle 25: Eingliederungshilfe für Nichtschulkinder

Nichtschulkinder, die Eingliederungshilfe in einer Einrichtung der Kindertagesbetreuung (Kindertageseinrichtungen und öffentlich geförderte Kindertagespflege) nach SGB VIII oder SGB XII (alt) erhalten, 2018*

Alter	Anzahl	Anteil an allen Kindern	Anteil Jungen	Anteil Mädchen
unter drei Jahren	4.042	0,5 %	58,7 %	41,3 %
ab drei Jahre	79.163	3,1 %	66,8 %	33,2 %

* zum Stichtag 01.03.2018

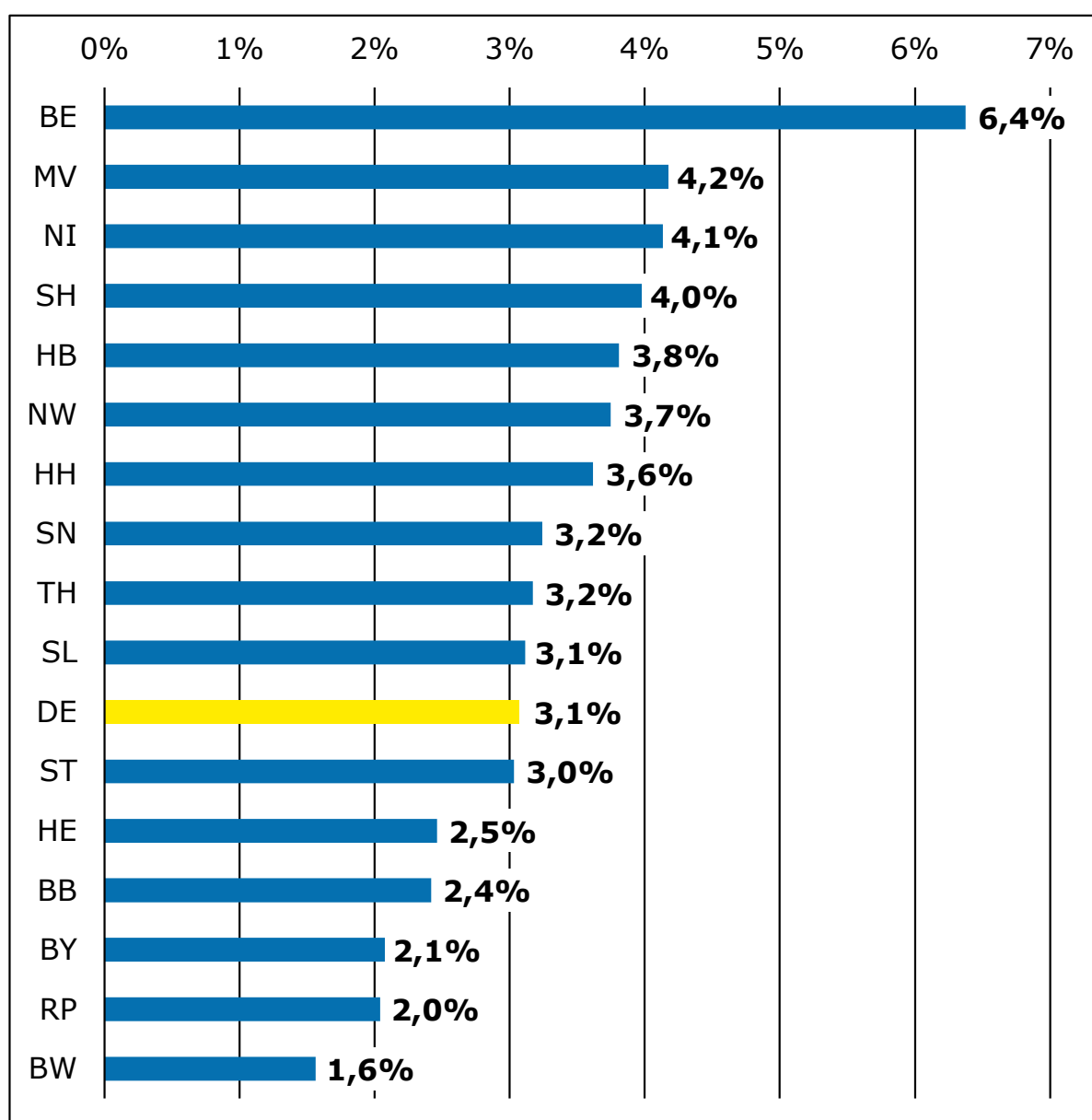
Quelle: Kinder- und Jugendhilfestatistik, Berechnung und Darstellung Prognos

Wie oben dargestellt, besuchen Kinder ab drei Jahren, unabhängig von einer Beeinträchtigung, deutlich häufiger eine Kindertagesbetreuung als jüngere Kinder und wechseln in der Regel zwischen dem sechsten und siebten Lebensjahr an die Grundschule. Um den Anteil der Nichtschulkinder, die Eingliederungshilfe in einer Einrichtung der Kindertagesbetreuung erhalten, zwischen den Bundesländern vergleichen zu können, werden deshalb nur die Zahlen der Kinder in der Altersgruppe von drei bis sechs Jahren betrachtet (Abbildung 24).

Deutschlandweit lag der Anteil der Kinder zwischen drei und sechs Jahren, die Eingliederungshilfe erhielten, an allen gleichaltrigen Kindern in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung im Jahr 2018 bei 3,1 Prozent. Die Länder mit dem höchsten Anteil sind Berlin (6,4 %), Mecklenburg-Vorpommern (4,2 %) und Niedersachsen (4,1 %). Die geringsten Anteile verzeichneten Baden-Württemberg (1,6 %), Rheinland-Pfalz (2,0 %) sowie Bayern (2,1 %). Eine mögliche Erklärung für diese Unterschiede zwischen den Bundesländern könnte sein, dass es verschiedene Instrumente zur Bedarfsfeststellung gibt. Außerdem ist ein Zusammenhang mit der regionalen Angebotsstruktur und der Betreuungspraxis des jeweiligen Bundeslands zu vermuten.

Abbildung 24: Eingliederungshilfe von Nichtschulkindern

Anteil der Nichtschulkinder im Alter von drei bis sechs Jahren, die Eingliederungshilfe in einer Einrichtung der Kindertagesbetreuung (Kindertageseinrichtungen und öffentlich geförderte Kindertagespflege) nach SGB VIII oder SGB XII (alt) erhalten, nach Bundesländern, 2018*



* zum Stichtag 01.03.2018

Quelle: Kinder- und Jugendhilfestatistik, Berechnung und Darstellung Prognos

Bei der Betreuung von Kleinkindern mit Beeinträchtigungen in Kindertageseinrichtungen sind verschiedene Einrichtungsarten zu unterscheiden. Auf der einen

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Seite stehen integrative Tageseinrichtungen, in denen Kinder mit Beeinträchtigungen und Kinder ohne Beeinträchtigungen gemeinsam betreut werden. Hierfür sind in der Regel spezialisierte Fachkräfte angestellt, die sich vorwiegend auf die individuelle Förderung der Kinder mit Beeinträchtigungen konzentrieren. Diese Art der Betreuung entspricht Artikel 24 UN-BRK, wonach alle Kinder mit Behinderungen ein Recht darauf haben, gemeinsam mit anderen Kindern in integrativen Tageseinrichtungen betreut zu werden. Auf der anderen Seite gibt es spezialisierte Tageseinrichtungen für Kinder mit Behinderung.

Deutschlandweit betrug die Zahl der integrativen Tageseinrichtungen⁵¹ 20.623 im Jahr 2018 (Tabelle 26). Gegenüber 2014 entspricht dies einem Zuwachs von gut 15 Prozent. Gleichzeitig ist die Anzahl der dort betreuten Kinder mit Anspruch auf Eingliederungshilfe um knapp 7 Prozent auf 77.421 gestiegen. Die Zahl spezialisierter Tageseinrichtungen für Kinder mit Behinderungen ist im gleichen Zeitraum um circa 5 Prozent zurückgegangen, parallel sank auch die Anzahl der in diesen Einrichtungen betreuten Kinder um gut 6 Prozent.

Somit setzt sich die bereits in der Vergangenheit beobachtete Entwicklung, dass Kinder mit Beeinträchtigungen vermehrt in integrativen Tageseinrichtungen betreut werden, fort. Besuchten im Jahr 2014 9,6 Prozent der Kinder mit Anspruch auf Eingliederungshilfe spezialisierte Tageseinrichtungen für Kinder mit Behinderungen (sogenannter Exklusionsanteil), waren es im Jahr 2018 nur noch 8,5 Prozent, während 91,5 Prozent in integrative Tageseinrichtungen gingen (sogenannter Inklusionsanteil).

⁵¹ In der Kinder- und Jugendhilfestatistik werden hierunter automatisch Einrichtungen gezählt, sobald mindestens ein Kind in der Einrichtung Eingliederungshilfe wegen körperlicher, geistiger oder (drohender) seelischer Behinderung erhält.

Tabelle 26: Anzahl der Kindertageseinrichtungen und Anzahl der Kinder, die Eingliederungshilfe erhalten

Anzahl der Kindertageseinrichtungen und Anzahl der Kinder, die Eingliederungshilfe in Kindertageseinrichtungen nach SGB VIII oder SGB XII (alt) erhalten, nach Einrichtungsart*

Jahr	integrative Tageseinrichtungen			Tageseinrichtungen für Kinder mit Behinderung		
	Anzahl Einrich- tungen	Anzahl Kinder	Inklusi- onsan- teil**	Anzahl Einrich- tungen	Anzahl Kinder	Exklusi- onsan- teil***
2014	17.875	72.392	90,4 %	262	7.704	9,6 %
2015	18.572	72.931	90,8 %	260	7.368	9,2 %
2016	19.209	74.753	91,3 %	252	7.153	8,7 %
2017	19.657	75.470	91,2 %	251	7.312	8,8 %
2018	20.623	77.412	91,5 %	248	7.208	8,5 %
Veränderung 2014–2018	+ 15,4 %	+ 6,9 %		- 5,3 %	- 6,4 %	

* jeweils zum Stichtag 01.03.

** Inklusionsanteil: Anteil der Kinder, die Eingliederungshilfe in integrativen Tageseinrichtungen erhalten, an allen Kindern, die Eingliederungshilfe in Kindertageseinrichtungen erhalten

*** Exklusionsanteil: Anteil der Kinder in Tageseinrichtungen für Kinder mit Behinderungen an allen Kindern, die Eingliederungshilfe in Kindertageseinrichtungen erhalten

Quellen: Kinder- und Jugendhilfestatistik, Berechnung und Darstellung Prognos

4.1.2 Heilpädagogische Leistungen und Frühförderung

Die Leistungen der Eingliederungshilfe für Kinder mit Behinderungen oder für von Behinderungen bedrohte Kinder im Vorschulalter umfassen neben den Leistungen in Kindertageseinrichtungen (integrativ oder heilpädagogisch spezialisiert) auch Leistungen der Frühförderung. Kennzeichnend für die Frühförderung ist die Kombination medizinischer Leistungen zur Früherkennung und Frühbehandlung mit heilpädagogischen Leistungen als sogenannte Komplexleistung. Gemeinsame Leistungsträger sind die Träger der Eingliederungshilfe, die Träger der Jugendhilfe und die Krankenkassen. Die Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung erfolgt in den Ländern und Kommunen sehr unterschiedlich. Die Leistungen wer-

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

den von familien- und wohnortnahen *Interdisziplinären Frühförderstellen* und *Sozialpädiatrischen Zentren* sowie, in sehr geringem Umfang und mit abnehmender Tendenz, in stationärer Unterbringung erbracht.

Im Laufe des Berichtsjahres 2018 erhielten 159.344 Kinder unter sieben Jahren heilpädagogische Leistungen für Kinder (Tabelle 27). Gegenüber 2014 ist diese Zahl um 11,4 Prozent gestiegen. Etwa zwei Drittel dieser Kinder sind Jungen, ein Drittel Mädchen. Die im zweiten Teilhabebericht diagnostizierten leichten Angleichungstendenzen haben sich nicht fortgesetzt. Im Gegenteil: Die Anzahl der Beziehenden von heilpädagogischen Leistungen für Kinder stieg seit 2014 bei Jungen um fast 15 Prozent, bei Mädchen um rund 5 Prozent. Damit stieg der männliche Anteil von 2014 bis 2019 wieder an (+ 2 Prozentpunkte).

Tabelle 27: Heilpädagogische Leistungen für Kinder

Empfängerinnen und Empfänger unter sieben Jahren von heilpädagogischen Leistungen für Kinder*

Jahr	Anzahl Kinder	Anzahl Jungen	Anteil Jungen	Anzahl Mädchen	Anteil Mädchen
2014	142.988	91.852	64,2 %	51.136	35,8 %
2015	144.690	93.276	64,5 %	51.414	35,5 %
2016	146.103	94.755	64,9 %	51.348	35,1 %
2017	149.759	98.155	65,5 %	51.604	34,5 %
2018	159.344	105.459	66,2 %	53.885	33,8 %
Veränderung 2014–2018	+ 11,4 %	+ 14,8 %		+ 5,4 %	

* im Laufe des Berichtsjahres

Quelle: Sozialhilfestatistik, Berechnung und Darstellung Prognos

4.2 Bildung im Schulalter

Im Kontext der schulischen Bildung kommen Beeinträchtigungen in Form spezifischer Förderung zum Ausdruck. Ein sogenannter sonderpädagogischer Förderbedarf wird durch Begutachtung festgestellt und ist unabhängig von der amtlichen Anerkennung einer Behinderung durch die zuständigen Behörden. Auch steht nicht die Feststellung persönlicher Einschränkungen im Vordergrund, sondern es geht darum, behinderungsspezifische Förderschwerpunkte aus einem oder mehreren Entwicklungsbereichen mit erzieherischen und unterrichtlichen Aufgaben zu

verknüpfen und geeignete Maßnahmen zur Unterstützung der kindlichen Entwicklung zu identifizieren.

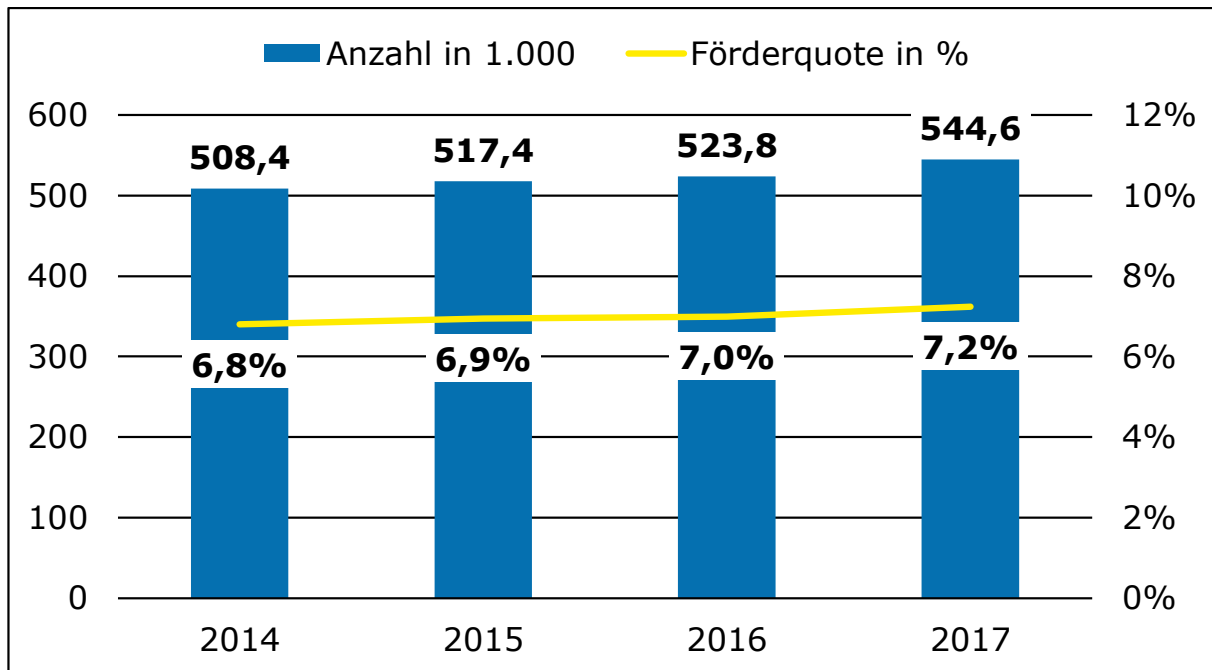
Die statistischen Veröffentlichungen der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder (KMK-Statistik) enthalten Informationen über Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung. Beachtet werden muss hierbei, dass nur solche Schülerinnen und Schüler statistisch erfasst werden, die tatsächlich sonderpädagogisch gefördert werden, unabhängig davon, ob ein sonderpädagogischer Förderbedarf förmlich festgestellt wurde oder nicht. Zudem wachsen in einigen Bundesländern die Unsicherheiten bei der statistischen Erfassung der inklusiven Beschulung (Abschnitt 4.2.3). So werden Feststellungsverfahren für bestimmte Förderschwerpunkte in Grundschulen zunehmend ausgesetzt⁵² und Personal- und Finanzmittel für Prävention und Inklusion den Schulen pauschal zugewiesen. Außerdem ist es zum Teil Ziel der Politik, durch festgestellte Förderbedarfe entstehende Stigmatisierungen der betreffenden Kinder zu vermeiden. (Sekretariat der KMK 2018)

4.2.1 Sonderpädagogische Förderung an Schulen

Die Gesamtzahl der Schülerinnen und Schüler, die sonderpädagogisch gefördert werden, stieg in der Vergangenheit von Jahr zu Jahr nahezu kontinuierlich an und lag 2017 bei etwa 545.000. Gegenüber dem Jahr 2014 entspricht dies einem Zuwachs von 7,1 Prozent. Die zugehörige Förderquote, also der Anteil der sonderpädagogisch geförderten Schülerinnen und Schüler an allen Schülerinnen und Schülern im Alter der Vollzeitschulpflicht (das heißt der Klassen 1 bis 9/10), hat sich in demselben Zeitraum von 6,8 Prozent auf 7,2 Prozent erhöht. Zu den Gründen dieses Anstiegs gibt es bisher keine wissenschaftlichen Untersuchungen. Es ist aber davon auszugehen, dass die beschriebene Entwicklung eher mit der Praxis der Mittelzuweisung an Schulen sowie einer veränderten Bedarfsfeststellung in Zusammenhang steht als mit einer realen Zunahme von Behinderungen beziehungsweise Lernschwierigkeiten unter Kindern im Schulalter (Die Welt 2015).

⁵² Dies betrifft insbesondere die Förderschwerpunkte Lernen, Sprache sowie emotionale und soziale Entwicklung (LSE).

Abbildung 25: Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung und Förderquote



* Anteil der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung an allen Schülerinnen und Schülern im Alter der Vollzeitschulpflicht. Die Quotenberechnung erfolgt ohne *Schulen für Kranke*.

Quellen: KMK-Statistik, Berechnung und Darstellung Prognos

Der Migrationshintergrund von Schülerinnen und Schülern wird in der KMK-Statistik nur insofern erfasst, als dass die Zahlen derjenigen mit einer nicht deutschen Staatsangehörigkeit ausgewiesen werden. Über Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund und einer deutschen Staatsangehörigkeit sind dagegen auf Basis der KMK-Statistik keine Aussagen möglich. Im Schuljahr 2017/2018 wurden insgesamt 50.893 (im genannten Sinn) ausländische Schülerinnen und Schüler sonderpädagogisch gefördert, was einem Anteil von rund 9 Prozent an allen Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischer Förderung entspricht.⁵³

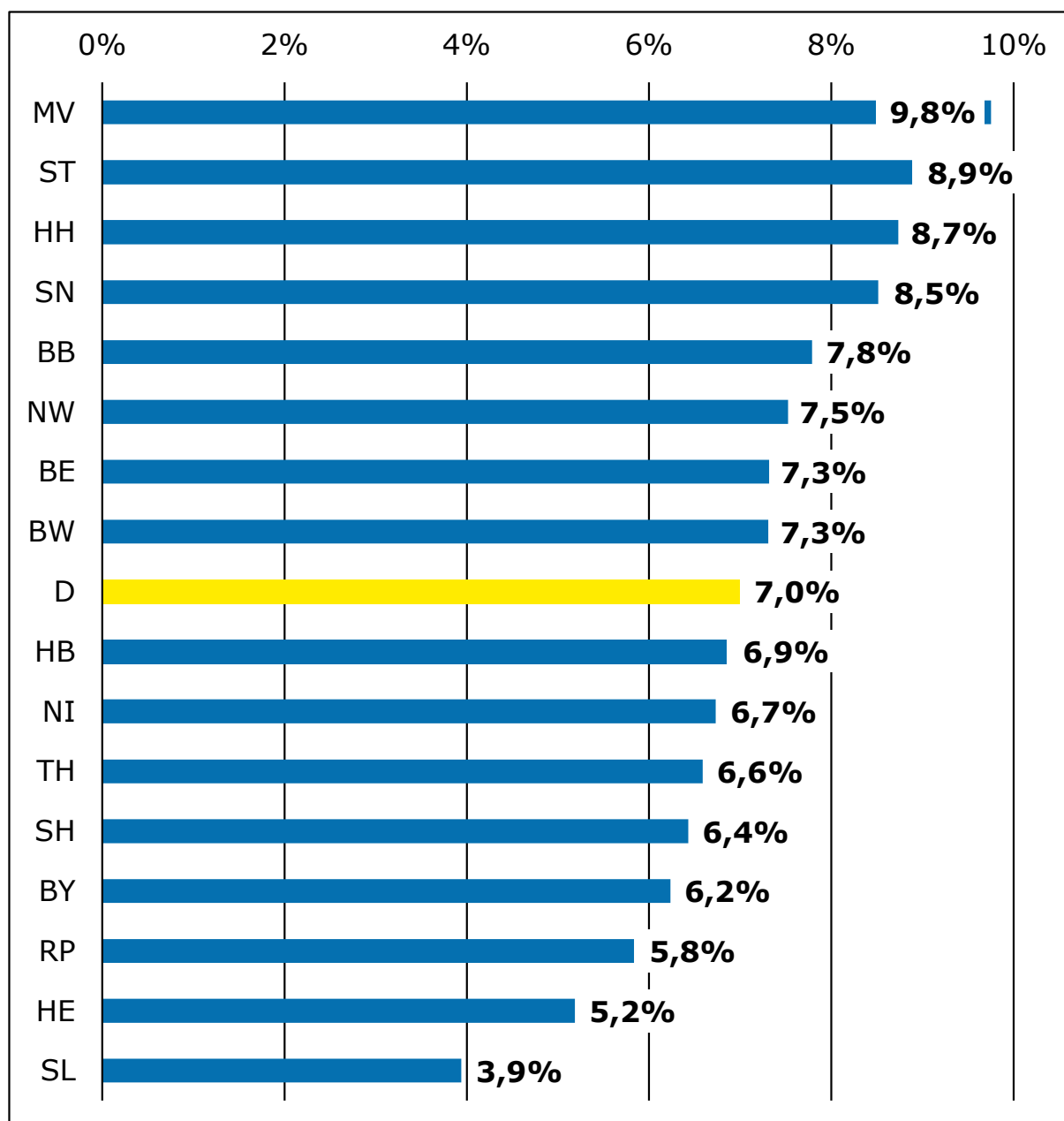
Zwischen den Bundesländern unterscheiden sich die Förderquoten sehr deutlich voneinander (Abbildung 26). So hatte Mecklenburg-Vorpommern im Schuljahr 2016/2017 mit 9,8 Prozent die höchste Förderquote, gefolgt von Sachsen-Anhalt mit 8,9 Prozent und Hamburg mit 8,7 Prozent. Acht Bundesländer liegen unter dem bundesweiten Durchschnitt von 7,0 Prozent, die geringsten Werte weisen

⁵³ Quelle: KMK-Statistik, ohne Abbildung.

das Saarland mit 3,9 Prozent, Hessen mit 5,2 Prozent sowie Rheinland-Pfalz mit 5,8 Prozent auf.

Zumindest teilweise sind länderspezifische Unterschiede in der Bedarfsfeststellung für diese erhebliche Spreizung verantwortlich. Einige Bundesländer, darunter auch das Saarland mit seiner sehr niedrigen Förderquote, verzichten in den ersten Schuljahren an den allgemeinen Schulen auf die Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs bei den Förderschwerpunkten *Lernen, Emotionale und soziale Entwicklung* und *Sprache* (z. B. Tabelle 28) oder sogar gänzlich. Sie weisen allein aufgrund dieser Praxis niedrigere Förderquoten auf und haben nicht notwendigerweise einen geringeren Anteil an Schülerinnen und Schülern mit Beeinträchtigungen (Klemm 2018).

Abbildung 26: Förderquoten
nach Bundesländern, Schuljahr 2016/2017*



* Anteil der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung an allen Schülerinnen und Schülern im Alter der Vollzeitschulpflicht. Die Quotenberechnung erfolgt ohne *Schulen für Kranke*.

Quelle: KMK-Statistik, Berechnung und Darstellung Prognos

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Was die von der KMK beschlossenen Förderschwerpunkte betrifft, war mit einer Anzahl von 175.000 im Jahr 2017 der weitaus größte Anteil (32 %) der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung dem Förderschwerpunkt *Lernen* zugeordnet (Tabelle 28). Verhältnismäßig viele Lernende waren auch den Förderschwerpunkten *Geistige Entwicklung*, *Emotionale und soziale Entwicklung* sowie *Sprache* zugerechnet.

In der zeitlichen Entwicklung sind einige quantitative Verschiebungen auffällig. So waren noch 2014 knapp 192.000 Schülerinnen und Schüler dem Förderschwerpunkt *Lernen* zugeordnet, der Rückgang bis 2017 betrug mehr als 16.000 Schülerinnen und Schüler beziehungsweise knapp 9 Prozent. Nennenswerte Zuwächse der Förderzahlen von 2014 bis 2017 verzeichneten hingegen die Förderschwerpunkte *Geistige Entwicklung* (circa + 8.600, + 11 %) sowie *Emotionale und Soziale Entwicklung* (circa + 6.000, + 7 %).

Tabelle 28: Förderschwerpunkt von Schülerinnen und Schülern

Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung nach Förderschwerpunkt

Förderschwerpunkt	2014	2015	2016	2017
Lernen	191.546	190.376	191.169	175.155
Sehen	7.949	8.004	8.149	9.009
Hören	18.544	19.160	19.161	20.356
Sprache	55.111	56.098	55.932	54.187
körperliche und motorische Entwicklung	35.451	36.678	36.586	36.516
geistige Entwicklung	81.905	84.362	87.516	90.526
emotionale und soziale Entwicklung	81.675	85.644	86.794	87.724
förderschwerpunktübergreifend	13.502	13.741	15.075	16.206
keinem Schwerpunkt zugeordnet	11.329	11.902	12.323	19.755
Kranke	11.374	11.419	11.108	12.158
Insgesamt	508.386	517.384	523.813	544.630*

* Aufgrund einer Umstellung des Verfahrens in Bayern im Schuljahr 2017/2018 stimmt die Aufsummierung der Förderschwerpunkte nicht mit dem dargestellten Gesamtergebnis überein.

Quellen: KMK-Statistik, Berechnung und Darstellung Prognos

4.2.2 Verteilung von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischer Förderung auf die Schularten

Die Frage, ob ein Kind sonderpädagogische Förderung auf einer Regelschule erhalten oder auf einer spezialisierten Förderschule unterrichtet werden soll, wird je nach Wohnort unterschiedlich und oftmals in einem komplexen Zusammenspiel von Eltern, Lehrkräften und Schulbehörden entschieden. Tabelle 29 zeigt einerseits, dass immer mehr Kinder mit sonderpädagogischer Förderung gemeinsam mit Kindern ohne Beeinträchtigungen lernen. So erhöhte sich die Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die inklusiv beschult werden, von 2014 bis 2017 um

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

31 Prozent. Gleichzeitig stieg der Inklusionsanteil, also ihr Anteil an allen Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischer Förderung, um 7,6 Prozentpunkte auf 41,7 Prozent.

Andererseits zeigt Tabelle 29, dass der überwiegende Teil der Kinder mit sonderpädagogischer Förderung nach wie vor eine Förderschule besuchte; 2017 traf dies auf rund 317.000 Schülerinnen und Schüler zu. Der Exklusionsanteil betrug in diesem Jahr 58,3 Prozent. Auch spiegelt sich der beschriebene starke Anstieg der inklusiv beschulten Schülerinnen und Schüler nicht in gleichem Ausmaß in einem Rückgang der Förderschülerinnen und -schüler wider. So sank deren Anzahl im Zeitraum 2014 bis 2017 nur um 5,2 Prozent.

Tabelle 29: Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischer Förderung in verschiedenen Schularten

	Regelschule		Förderschule	
Jahr	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
2014	173.392	34,1 %	334.994	65,9 %
2015	194.866	37,7 %	322.518	62,3 %
2016	205.811	39,3 %	318.002	60,7 %
2017	227.150	41,7 %	317.480	58,3 %
Veränderung 2014–2017	+ 31,0 %		- 5,2 %	

Quellen: KMK-Statistik, Berechnung und Darstellung Prognos

Ausländische Schülerinnen und Schüler, die sonderpädagogisch gefördert werden, besuchen überproportional häufig eine Förderschule. So lag der Exklusionsanteil unter ausländischen Schülerinnen und Schülern im Schuljahr 2017/2018 bei 71,1 Prozent, der Inklusionsanteil betrug 28,9 Prozent.⁵⁴

Die Inklusionsquote setzt die Zahl der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung in Regelschulen ins Verhältnis zu allen Schülerinnen und Schülern im Alter der Vollzeitschulpflicht.⁵⁵ Zwischen 2014 und 2017 erhöhte sich

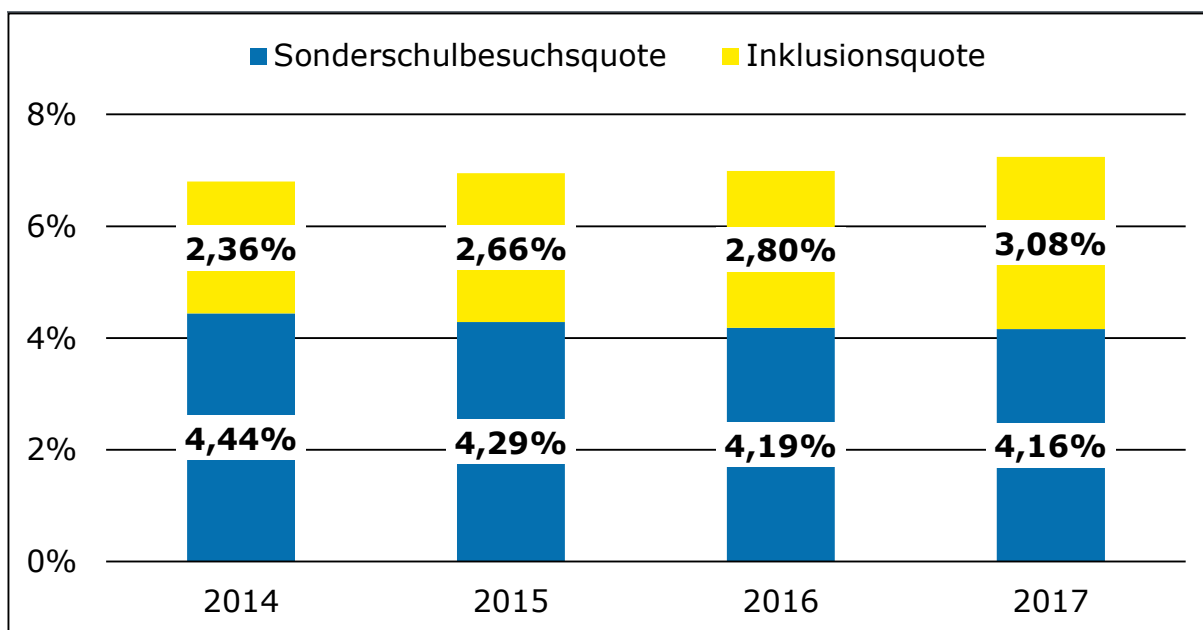
⁵⁴ Quelle: KMK-Statistik, ohne Abbildung.

⁵⁵ Die Berechnung der Inklusions- und Sonderschulbesuchsquote erfolgt ohne *Schulen für Kranke*.

die Inklusionsquote in Deutschland um rund 0,62 Prozentpunkte auf 2,98 Prozent im Jahr 2017 (Abbildung 27). Die Sonderschulbesuchsquote, das heißt der Anteil der Förderschülerinnen und -schüler an allen Schulkindern, sank im betrachteten Zeitraum um 0,28 Prozentpunkte auf 4,16 Prozent im Jahr 2017. Allerdings kann die beschriebene Entwicklung nicht ohne Weiteres als Fortschritt auf dem Weg zu mehr schulischer Inklusion gewertet werden. Die Steigerung von Inklusionsquote und Inklusionsanteil hängt vor allem mit der Ausweitung der sonderpädagogischen Förderung insgesamt zusammen und führt nicht zwangsläufig zu weniger schulischer Exklusion, wie bereits in Tabelle 29 ersichtlich wurde.

Abbildung 27: Inklusions- und Sonderschulbesuchsquote von Schülerinnen und Schülern

Inklusions-* und Sonderschulbesuchsquote** von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischer Förderung



* Inklusionsquote: Anteil der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung, die eine Regelschule besuchen, an allen Schülerinnen und Schülern im Alter der Vollzeitschulpflicht.

** Sonderschulbesuchsquote: Anteil der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung, die eine Förderschule besuchen, an allen Schülerinnen und Schülern im Alter der Vollzeitschulpflicht.

Quelle: KMK-Statistik, Berechnung und Darstellung Prognos

Wie viele Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung gemeinsam mit Kindern ohne Beeinträchtigungen zur Schule gehen, variiert erheblich in Abhängigkeit von der Art des Förderbedarfs. Am häufigsten wurden im Schuljahr

2017/2018 Schülerinnen und Schüler mit Förderbedarf im Bereich der *Emotionalen* oder *Sozialen Entwicklung*⁵⁶ an Regelschulen unterrichtet (55 %). Es folgten Schülerinnen und Schüler mit Beeinträchtigungen in einem der Bereiche *Lernen* (51 %), *Sehen* (49 %), *Hören* (48 %) oder *Sprache* (47 %). Schülerinnen und Schüler mit Förderung der *Geistigen Entwicklung* besuchten hingegen fast immer die Förderschule (12 %). Hingewiesen werden muss an dieser Stelle noch einmal auf die unterschiedliche Praxis der Zuweisung des Förderbedarfs in den Bundesländern und die damit verbundene Problematik der statistischen Erfassung (Abschnitt 4.2). Außerdem unterscheidet sich die Betrachtungsweise je nach Bundesland, was als inklusive Beschulungsform gilt. Nichtsdestotrotz geben die Statistiken deutliche Hinweise darauf, dass Schülerinnen und Schüler mit hohem Unterstützungs-, Pflege- und Therapiebedarf strukturell benachteiligt werden, was ihre Chancen auf inklusive Beschulung betrifft (Beck / Franz 2017).

⁵⁶ Da es in einigen Bundesländern keinen eigenen Förderschwerpunkt *Emotionale und soziale Entwicklung* gibt, wurde von der KMK im Jahr 2013 zusätzlich die Sammelkategorie *Lernen, Sprache und emotionale und soziale Entwicklung* (LSE)“ eingeführt. Fallzahlen zu den beiden genannten Kategorien sind daher nur eingeschränkt belastbar.

Tabelle 30: Förderschwerpunkt und Schulart von Schülerinnen und Schülern

Förderschwerpunkt und Schulart von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischer Förderung, Schuljahr 2017/18

	Regelschule		Förderschule	
Förderschwerpunkt	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Lernen	88.955	50,8 %	86.200	49,2 %
Sehen	4.394	48,8 %	4.615	51,2 %
Hören	9.741	47,9 %	10.615	52,1 %
Sprache	25.344	46,8 %	28.843	53,2 %
körperliche und motorische Entwicklung	12.708	34,8 %	23.808	65,2 %
geistige Entwicklung	11.153	12,3 %	79.373	87,7 %
emotionale und soziale Entwicklung	47.841	54,5 %	39.883	45,5 %
förderschwerpunkt-übergreifend	1.494	31,5 %	3.246	68,5 %
Lernen, Sprache, emotionale und soziale Entwicklung (LSE)			19.755	100,0 %
noch keinem Förderschwerpunkt zugeordnet	1.241	10,8 %	10.225	89,2 %
Schulen für Kranke	419	3,7 %	10.917	96,3 %
Insgesamt	227.150*	41,7 %	317.480	58,3 %

* Aufgrund einer Umstellung des Verfahrens in Bayern im Schuljahr 2017/18 stimmt die Aufsummierung der Förderschwerpunkte nicht mit dem dargestellten Gesamtergebnis überein.

Quellen: KMK-Statistik, Berechnung und Darstellung Prognos

4.2.3 Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung an Regelschulen

Kinder mit Beeinträchtigungen, die gemeinsam mit Kindern ohne Beeinträchtigungen zur Schule gehen, erhalten Unterstützung durch sonderpädagogische

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Fachkräfte. Ihre persönlichen Voraussetzungen werden berücksichtigt. Differenziert nach Schulform wies im Schuljahr 2017/2018 die schulartunabhängige Orientierungsstufe mit 6,2 Prozent den höchsten Anteil an Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischer Förderung, die inklusiv beschult werden, an allen Schülerinnen und Schülern auf (Tabelle 31). Danach folgte die integrierte Gesamtschule mit 5,7 Prozent sowie die Hauptschule mit 4,9 Prozent. Die geringste Inklusionsquote wiesen Gymnasien mit nur 0,5 Prozent auf. Gemessen an absoluten Zahlen bilden Grundschulkinder mit rund 83.000 die größte Gruppe der Schülerinnen und Schüler, die inklusiv beschult werden.

Tabelle 31: Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung an Regelschulen

Schuljahr 2017/2018, Anzahl und Inklusionsquote, nach Schulformen

Schulform	Anzahl	Inklusionsquote*
Grundschule	83.307	3,0 %
Orientierungsstufe	6.672	6,2 %
Hauptschule	19.317	4,9 %
Schularten mit mehreren Bildungsgängen	20.236	3,9 %
Realschule	8.148	1,0 %
Gymnasium	7.702	0,5 %
Integrierte Gesamtschule	50.066	5,7 %
Freie Waldorfschule	593	0,9 %
gesamt	227.150**	3,0 %

* Inklusionsquote: Anteil der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung, die eine Regelschule besuchen, an allen Schülerinnen und Schülern im Alter der Vollzeitschulpflicht.

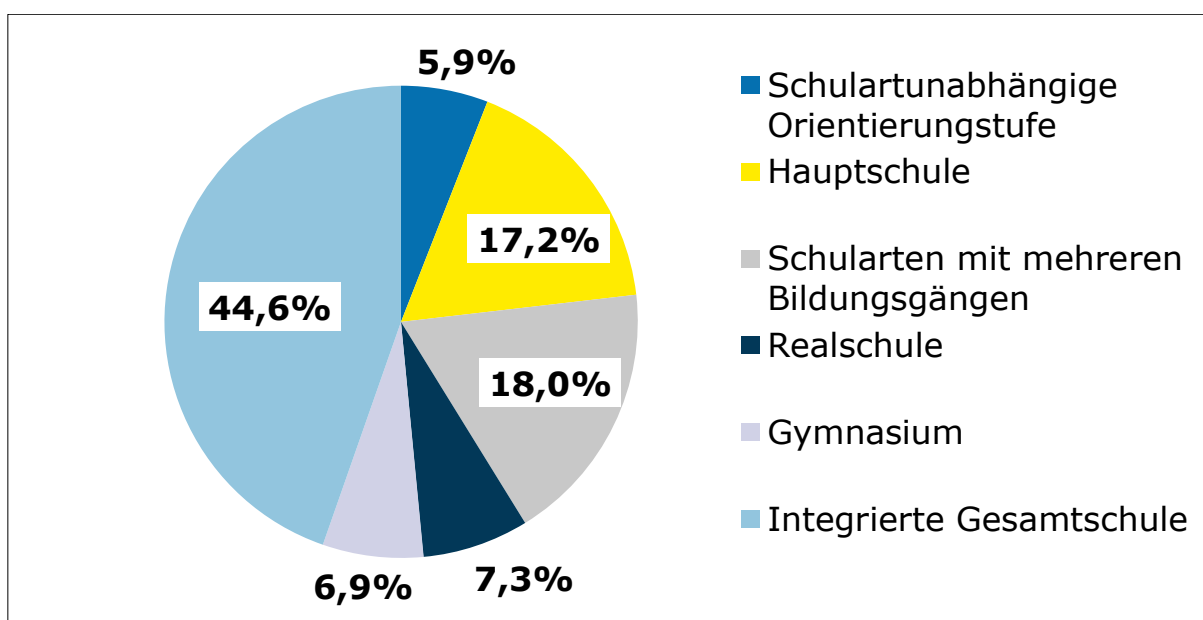
** Die Aufsummierung über die einzelnen Schularten stimmt aufgrund statistischer Unsicherheiten nicht mit der Gesamtsumme aller Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung an Regelschulen überein.

Quelle: KMK-Statistik, Berechnung und Darstellung Prognos

Betrachtet man nur die weiterführenden Schulen, so besuchte fast die Hälfte (44,6 %) der inklusiv beschulten Schülerinnen und Schüler im Schuljahr 2017/2018 eine *Integrierte Gesamtschule* (Abbildung 28). Danach folgten Schularten mit mehreren Bildungsgängen (18,0 %) und die Hauptschule (17,2 %).

Abbildung 28: Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung an weiterführenden Schulen

Verteilung der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung an weiterführenden Schulen auf die Schulformen*, Schuljahr 2017/2018



* ohne Freie Waldorfschulen

Quelle: KMK-Statistik, Berechnung und Darstellung Prognos

Von den Schülerinnen und Schülern mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit, die auf einer weiterführenden Schule sonderpädagogisch gefördert wurden, besuchten laut KMK-Statistik 2017/2018 überproportional viele die *Integrierte Gesamtschule* (52,4 %) sowie die Orientierungsstufe (8,9 %). Bei Gymnasien (7,3 %) und Realschulen (8,6 %) zeigen sich kaum Unterschiede im Vergleich zu den Zahlen aller Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung. Auf die Hauptschule gingen ausländische Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung hingegen vergleichsweise selten (10,3 %).

Wie bereits im zweiten Teilhabebericht dargestellt, gewinnen non-formale und informelle Lernerfahrungen wie Klassenfahrten, freiwillige schulische Veranstaltungen oder Praktika während der Schulzeit zunehmend an Bedeutung. Systematische Aussagen über die Teilhabesituation von Schülerinnen und Schülern mit Beeinträchtigungen lassen sich jedoch für diesen Bereich (bis jetzt) nicht machen.

4.2.4 Schülerinnen und Schüler an Förderschulen

Förderschulen haben zumeist den gleichen Bildungsauftrag wie Regelschulen und dienen der Förderung und Betreuung körperlich, geistig und/oder seelisch beeinträchtigter sowie sozial gefährdeter Kinder. Durch einen sonderpädagogischen Unterricht mit speziellem Zuschnitt auf verschiedene Formen von Beeinträchtigungen soll den betreffenden Kindern eine bessere Entwicklung ermöglicht werden als sie an einer Regelschule ohne eine solche Unterstützung möglich wäre.

Tabelle 32 stellt die Sonderschulbesuchsquoten in Deutschland nach Förderschwerpunkten und im Zeitverlauf dar. Im Jahr 2017 wurden in Deutschland 1,2 Prozent aller Schülerinnen und Schüler im Alter der Vollzeitschulpflicht in Förderschulen unterrichtet und im Schwerpunkt *Lernen* sonderpädagogisch gefördert. Gegenüber 2014 sank die Sonderschulbesuchsquote hier um 0,4 Prozentpunkte. Mit Ausnahme von *Geistiger Entwicklung* liegen die Sonderschulbesuchsquoten der übrigen Schwerpunkte jeweils weit unter 1 Prozent, größere Verschiebungen im Zeitverlauf lassen sich nicht erkennen.

Tabelle 32: Sonderschulbesuchsquoten nach Förderschwerpunkten

Förderschwerpunkt	2014	2015	2016	2017
Lernen	1,6 %	1,4 %	1,3 %	1,2 %
Sehen	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Hören	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Sprache	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %
körperliche und motorische Entwicklung	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %
geistige Entwicklung	1,0 %	1,0 %	1,1 %	1,1 %
emotionale und soziale Entwicklung	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %
förderschwerpunktübergreifend beziehungsweise ohne Zuordnung	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %
Lernen, Sprache, emotionale und soziale Entwicklung (LSE)	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %
alle Förderschwerpunkte	4,4 %	4,3 %	4,2 %	4,2 %

* Sonderschulbesuchsquote: Anteil der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung, die eine Förderschule besuchen, an allen Schülerinnen und Schülern im Alter der Vollzeitschulpflicht.

Quelle: KMK-Statistik, Berechnung und Darstellung Prognos

Im Jahr 2017 gab es in Deutschland insgesamt 2.057 Förderschulen mit Ganztagsschulbetrieb (Tabelle 33). Dies entsprach gut 74 Prozent aller Förderschulen. Im Vergleich zum Jahr 2014 stieg der Anteil der Schulen mit Ganztagsbetrieb an allen Förderschulen um mehr als 5 Prozentpunkte. Förderschulen waren im Schuljahr 2016/2017 die Schulart, die am häufigsten einen Ganztagsbetrieb anboten (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2018). Die deutlich weitere Verbreitung des Ganztagsschulbetriebs an den Förderschulen stellt einen wesentlichen Unterschied zu den allgemeinen Schulen dar und ist für einige Gruppen von Schülerinnen und Schülern beziehungsweise deren Eltern attraktiv. Korrespondierend mit dieser Entwicklung stieg die Zahl der Schülerinnen und Schüler, die in einer Förderschule mit Ganztagsbetreuung unterrichtet wurden. Im Jahr 2017 besuchten 57,1 Prozent aller Schülerinnen und Schüler an Förderschulen eine Schule mit Ganztagsbetreuung.

Tabelle 33: Schülerinnen und Schüler an Förderschulen im Ganztagsschulbetrieb

Jahr	Förderschulen im Ganztagsschulbetrieb	Anteil an allen Förderschulen	Anzahl Schülerinnen und Schüler	Anteil an allen Förderschülerinnen und -schülern
2014	2.072	69,0 %	171.571	52,7 %
2015	2.047	70,3 %	170.173	54,4 %
2016	2.040	72,6 %	173.582	56,3 %
2017	2.057	74,4 %	175.679	57,1 %
Veränderung 2014–2017	- 0,7 %		+ 2,4 %	

Quelle: KMK-Statistik, Berechnung und Darstellung Prognos

Die Mehrheit aller Kinder und Jugendlichen an Förderschulen ist männlich (65,1 %; Tabelle 34). Der Förderschwerpunkt *Lernen* ist mit einem Anteil von

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

insgesamt 27,2 Prozent aller Schülerinnen und Schülern an Förderschulen der größte. 30,7 Prozent der Förderschülerinnen und 25,3 Prozent der Förderschüler weisen diesen Förderbedarf auf. Mit einem Anteil von 25,0 Prozent an allen Kindern und Jugendlichen an Förderschulen steht der Förderschwerpunkt *Geistige Entwicklung* an zweiter Stelle. Diesen Förderbedarf haben 26,7 Prozent der Förderschülerinnen und 24,1 Prozent der Förderschüler. 12,6 Prozent der Förderschülerinnen und Förderschüler haben einen Förderbedarf im Bereich der *Emotionalen und sozialen Entwicklung*. Hier ist der Anteil der Förderschüler mit 16,1 Prozent deutlich höher als der Anteil der Förderschülerinnen (6,0 %). Die niedrigste Zahl weist der Schwerpunkt *Sehen* mit einem Anteil von 1,5 Prozent an allen Kindern und Jugendlichen an Förderschulen auf (1,3 % der Jungen und 1,7 % der Mädchen).⁵⁷

⁵⁷ Zur Gefahr der Segmentierung zwischen Schülerinnen und Schülern in unterschiedliche Schularten im Zusammenhang mit dem Förderschwerpunkt äußert sich der wissenschaftliche Beirat im Kommentar zu diesem Kapitel.

Tabelle 34: Schülerinnen und Schüler an Förderschulen nach Förderschwerpunkt und Geschlecht
Schuljahr 2017/2018

Förderschwerpunkt	insgesamt		männlich		weiblich	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Lernen	86.130	27,2 %	52.145	25,3 %	33.985	30,7 %
Sehen	4.613	1,5 %	2.740	1,3 %	1.873	1,7 %
Hören	10.614	3,3 %	6.453	3,1 %	4.161	3,8 %
Sprache	28.843	9,1 %	20.077	9,7 %	8.766	7,9 %
körperliche und motorische Entwicklung	23.879	7,5 %	15.274	7,4 %	8.605	7,8 %
geistige Entwicklung	79.245	25,0 %	49.679	24,1 %	29.566	26,7 %
emotionale und soziale Entwicklung	39.881	12,6 %	33.230	16,1 %	6.651	6,0 %
förderschwerpunkt-übergreifend	22.901	7,2 %	14.121	6,8 %	8.780	7,9 %
keinem Schwerpunkt zugeordnet	10.325	3,3 %	6.929	3,4 %	3.396	3,1 %
Kranke	10.774	3,4 %	5.764	2,8 %	5.010	4,5 %
Insgesamt	317.205	100 %	206.412	100 %	110.793	100 %

Quelle: KMK-Statistik, Berechnung und Darstellung Prognos

Unter den 36.188 Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischer Förderung und ausländischer Staatsangehörigkeit an Förderschulen unterschied sich die Aufteilung auf die einzelnen Förderschwerpunkte im Schuljahr 2017/2018 nur leicht von der Gesamtheit aller Förderschülerinnen und -schüler. Auch in dieser Gruppe war *Lernen* der im Verhältnis häufigste Schwerpunkt mit einem leicht erhöhten Anteil von 31,0 Prozent. Im Verhältnis etwas weniger gefördert wurde die

Emotionale und soziale Entwicklung (8,0 Prozent), während schwerpunktübergreifend unter ausländischen Förderschülerinnen und -schülern nur in sehr geringem Maße (0,9 Prozent) gefördert wurde.⁵⁸

4.2.5 Einschätzungen und Bewertungen der schulischen Inklusion

Damit schulische Inklusion flächendeckend umgesetzt werden kann, ist ein hohes Maß an Akzeptanz und Befürwortung vonseiten aller beteiligten Akteurinnen und Akteure notwendig. Im Gegensatz zum Veröffentlichungszeitpunkt des zweiten Teilhabeberichts liegen mittlerweile repräsentative Daten zur Einschätzung und Bewertung der Bildungsangebote für Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen vor.

So beschäftigt sich eine von der *Aktion Mensch* und der Zeitschrift *Die Zeit* herausgegebene und im Frühjahr 2019 erschienene Studie mit den Einstellungen der allgemeinen Bevölkerung zur schulischen Inklusion. Die Befragung von 1.500 Personen zeigt, dass Inklusion als wünschenswertes Ziel hoch akzeptiert und die – zunächst abstrakte – Idee einer vollen und wirksamen Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen sehr positiv bewertet wird – auch im schulischen Bereich. Mit zunehmender Konkretisierung des Inklusionsgedankens steigt jedoch der Anteil kritischer Stimmen. Einerseits wird zwar die Verbesserung der Chancengleichheit anerkannt, andererseits befürchten die Befragten aber, dass unterschiedliche Leistungsniveaus nicht gleichermaßen berücksichtigt werden können, dass Lehrkräfte nicht ausreichend qualifiziert sind oder Klassengrößen und Personalausstattung keine adäquate Umsetzung der schulischen Inklusion zulassen. (Aktion Mensch e. V. / Die ZEIT / infas 2019)

Weitere Studien befassen sich konkret mit den Einstellungen von Eltern – sowohl von Kindern mit als auch ohne sonderpädagogische Förderung – zum Thema schulische Inklusion. Klemm und Klaus (2015) stellten fest, dass die Lernumgebung in inklusiven Schulen im Vergleich zu nicht inklusiven Schulen durchweg positiver eingeschätzt wird. Zur Lernumgebung zählen beispielsweise der soziale Zusammenhalt, die Möglichkeiten der Kinder, im eigenen Tempo zu lernen, der Unterrichtsausfall oder das Engagement der Eltern. Auch bewerteten Eltern die Kompetenz der Lehrkräfte und deren Kooperation untereinander als besser und den Unterricht als deutlich individualisierender. Im Rahmen des groß angelegten Projekts *EiBiSch – Evaluation inklusiver Bildung in Hamburgs Schulen* wurden alle Akteurinnen und Akteure im Umfeld des Schulsystems befragt – auch die Eltern. Auch hier teilten diese eine überaus positive allgemeine Einstellung zur In-

⁵⁸ Quelle: KMK-Statistik, ohne Abbildung.

klusion. Eltern von Kindern mit dem Förderschwerpunkt *Emotional-soziale Entwicklung* waren jedoch im Vergleich zu denen von Kindern mit anderen Förderschwerpunkten deutlich unzufriedener mit der Situation ihres Kindes und dem Schulalltag. (Schuck et al. 2018)

Aufseiten der pädagogischen Fachkräfte sind die Vorbehalte bezüglich schulischer Inklusion größer. So sagten im Rahmen einer 2017 bereits in der zweiten Welle durchgeführten bundesweiten Forsa-Befragung von 2.050 Lehrerinnen und Lehrern 42 Prozent, es sei auch im Falle von ausreichenden finanziellen und personellen Ressourcen sinnvoll, dass Kinder mit Beeinträchtigungen in speziellen Förderschulen unterrichtet werden. Gegenüber der ersten Befragungswelle aus dem Jahr 2015 hatte sich dieser Wert nicht verändert. Als Argumente gegen einen inklusiven Unterricht wurden unter anderem eine Überbelastung der Lehrkräfte, die Überforderung der Schülerinnen und Schüler sowie eine Benachteiligung von Kindern ohne Behinderungen in der Regelschule angeführt. Demgegenüber betonten die 54 Prozent, die einen gemeinsamen Unterricht grundsätzlich für sinnvoll erachten, die Förderung sozialer Kompetenzen wie Toleranz oder eine bessere Integration von Kindern mit Beeinträchtigungen. Von einem Teil der Lehrerinnen und Lehrer wurde angemerkt, dass das Für und Wider einer gemeinsamen Unterrichtung auch abhängig sei von der Art beziehungsweise der Schwere der Beeinträchtigung eines Kindes. (Forsa 2017) Bei den im Rahmen der *EiBiSch*-Studie befragten Lehrkräften war die Zufriedenheit mit der inklusiven Schule hoch, allerdings führten auch sie Belastungen durch die sonderpädagogisch geförderten Schülerinnen und Schüler – insbesondere aus dem Schwerpunkt *Emotional-soziale Entwicklung* – an. Die als mangelhaft wahrgenommene Ressourcenausstattung war der deutlichste Kritikpunkt der Lehrkräfte. (Schuck et al. 2018)

Von den im Rahmen des *EiBiSch*-Projekts befragten Schülerinnen und Schülern schätzten fast alle den inklusiven Unterricht und die Handlungsweisen ihrer Lehrkräfte positiv ein, ungeachtet des Vorliegens einer eigenen sonderpädagogischen Förderung. An weiterführenden Schulen war die positive Einschätzung jedoch etwas schwächer als an den Grundschulen. Einziger negativer Umstand, von dem häufig berichtet wurde, war das Auftreten von Unterrichtsstörungen. (Schuck et al. 2018)

4.3 Berufliche Bildung

Die Phase der beruflichen Ausbildung ist entscheidend dafür, wie gut Menschen mit Beeinträchtigungen der Einstieg in das Arbeitsleben gelingt. An dieser

Schnittstelle zwischen Schule und Beruf setzt eine Reihe von Unterstützungsmaßnahmen an, um Jugendlichen mit Beeinträchtigungen einen gelingenden Übergang zur Erwerbstätigkeit zu ermöglichen.⁵⁹

4.3.1 Formen der beruflichen Ausbildung

Berufliche Bildung von Menschen mit Behinderungen findet auf Basis unterschiedlicher gesetzlicher Grundlagen und auf verschiedenen Niveaustufen sowie an unterschiedlichen Lernorten statt. Menschen mit Behinderungen sollen ebenso wie Menschen ohne Behinderungen die Möglichkeit haben, in anerkannten Ausbildungsberufen ausgebildet zu werden. Dieses Anrecht ist im Berufsbildungsgesetz (BBiG) festgeschrieben (§ 64 BBiG). Grundsätzlich gibt es in Deutschland drei Wege der beruflichen Qualifizierung: im Rahmen einer Berufsausbildung im dualen System, über eine vollzeitschulische Ausbildung sowie im Rahmen eines Hochschulstudiums.

Im Rahmen der dualen Ausbildung erfolgt die berufliche Ausbildung normalerweise in Betrieben, parallel findet Unterricht in einer Berufsschule statt. Während der Ausbildung sollen die besonderen Verhältnisse von Menschen mit Behinderungen berücksichtigt werden. Dies gilt insbesondere für die zeitliche und sachliche Gliederung der Ausbildung, die Dauer von Prüfungszeiten, die Zulassung von Hilfsmitteln und die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen Dritter wie Gebärdensprachdolmetscher/innen für hörbehinderte Menschen (Gewährung eines Nachteilsausgleichs⁶⁰). Diese Sachverhalte sind in § 65 BBiG und §42p der Handwerksordnung (HwO) sowie den Schulgesetzen der Länder verankert. Für die Gewährung eines Nachteilsausgleichs ist deren Beantragung durch die Auszubildenden selbst unter Angabe der Beeinträchtigung und Nennung des konkret benötigten Ausgleichsbedarfs bei der zuständigen Stelle notwendig. Dass eine diagnostizierte Behinderung vorliegt, ist nur im berufspraktischen Teil der Ausbildung Grundvoraussetzung für die Gewährung eines Nachteilsausgleichs. Im berufsschulischen Teil sind die Voraussetzungen niedrigschwelliger. Nachteilsausgleiche werden einzelfallbezogen ermöglicht und sind in ihrer Form sehr vielfältig. Sie umfassen z. B. die Anpassung der Zeitstrukturen, der Räumlichkeiten, in denen die Lehre und die Prüfungen stattfinden, und/oder der inhaltlich-fachlichen Aufgabenstellung von Prüfungen sowie das Zulassen technischer Hilfsmittel oder personeller Unterstützung durch Dritte (Der Paritätische 2018).

⁵⁹ Zum Thema Übergang von Schule in den Beruf äußert sich der wissenschaftliche Beirat im Kommentar zu diesem Kapitel.

⁶⁰ Der hier beschriebene Nachteilsausgleich unterscheidet sich von Nachteilsausgleichen bei einer Schwerbehinderung im Rahmen des SGB IX, die durch das Integrationsamt gewährt werden (z. B. Assistenzleistungen, besonderer Kündigungsschutz, Zusatzurlaub).

Für Jugendliche, denen wegen Art oder Schwere der Behinderung eine Ausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf nicht möglich ist, besteht alternativ das Angebot, eine Ausbildung auf der Basis einer Ausbildungsregelung einer zuständigen Stelle (§ 66 BBiG beziehungsweise § 42p HWO) zu absolvieren. Diese wird in vielen Fällen in Form einer außerbetrieblichen Ausbildung in Berufsbildungswerken (BBW) oder vergleichbaren Einrichtungen durchgeführt. Solche Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Aus- und Weiterbildung sind nachrangig zu den allgemeinen Leistungen. Die BBW als besondere Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation vereinen in der Regel moderne Ausbildungsstätten, Berufsschulen und Wohngelegenheiten mit fachlicher Betreuung und vielfältigem Freizeitangebot. An BBW kann eine berufliche Erstausbildung oder eine Berufsvorbereitung absolviert werden. Zu den Zielgruppen der Bildungsangebote der BBW gehören körperlich oder psychisch beeinträchtigte und sozial benachteiligte junge Menschen ebenso wie Jugendliche und junge Erwachsene mit Beeinträchtigungen des Hörens und des Sehens. In Deutschland gibt es aktuell an mehr als 50 Standorten BBW, die Ausbildungsplätze in über 250 Berufen anbieten (BAG BBW 2020). Dabei können sowohl nach § 5 BBiG anerkannte Berufsausbildungen als auch die auf der Basis von § 66 BBiG oder § 42r HWO gesondert geregelten Ausbildungen absolviert werden.

Junge Menschen mit Beeinträchtigungen können diverse Unterstützungsmaßnahmen der Bundesagentur für Arbeit (BA) nutzen, die grundsätzlich allen Auszubildenden zur Verfügung stehen. Dazu gehören die *ausbildungsbegleitenden Hilfen* sowie die *assistierte Ausbildung* (BA 2020a, 2020b). Zurzeit gibt es entsprechende Ausbildungsregelungen in 61 Bereichen (BA 2020c).

Wenn Menschen mit Behinderungen bei einer Berufsausbildung oder einer Berufsvorbereitungsmaßnahme besondere Hilfe benötigen, kann die sogenannte *Unterstützte Beschäftigung* nach § 55 SGB IX ihnen eine Beschäftigungsperspektive bieten. Im Rahmen der Unterstützten Beschäftigung werden Menschen mit Behinderungen entsprechend ihren Fähigkeiten und Neigungen in einem Unternehmen eingearbeitet und unterstützt, bis ein Arbeitsvertrag abgeschlossen werden kann (BMAS 2018b).

Neben den genannten dualen Ausbildungsmöglichkeiten bieten die *Werkstätten für behinderte Menschen* (WfbM) nach § 219 SGB IX berufliche Bildungsangebote für Menschen mit Behinderungen zur beruflichen Qualifizierung an. Die berufliche Bildung in den *Werkstätten für behinderte Menschen* gliedert sich in ein Eingangsverfahren, das der Analyse des Leistungspotenzials der Werkstattbeschäftigten dient, und einen Berufsbildungsbereich. Im November 2018 wurden 29.348 Personen im Berufsbildungsbereich der Mitgliedswerkstätten der Bundes-

arbeitsgemeinschaft (BAG) Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) qualifiziert (BAG WfbM 2018a). Das maximal dreimonatige Eingangsverfahren sowie der hieran anschließende Berufsbildungsbereich mit einer zweijährigen Qualifikationsphase enden nicht mit einem anerkannten, gesetzlich definierten Bildungsnachweis und eröffnen auch keinen Zugang zu anerkannten Ausbildungsberufen. Laut Fachkonzept der BA als zuständigem Leistungsträger hat der Berufsbildungsbereich das Ziel, die persönliche Entwicklung sowie die beruflichen und lebenspraktischen Fähigkeiten der Lernenden zu fördern und sie auf Tätigkeiten im Arbeitsbereich einer WfbM beziehungsweise dem allgemeinen Arbeitsmarkt vorzubereiten (BA 2010). Einige Werkstätten stellen ihren Absolventinnen und Absolventen ein Zertifikat nach Abschluss des Berufsbildungsbereichs aus und die Mitgliedswerkstätten der BAG WfbM haben ihre Bildungsrahmenpläne harmonisiert. Allerdings gibt es noch keine bundeseinheitlichen Zertifikate, die es etwa potenziellen Arbeitgebern besser ermöglichen würden, die erworbenen Qualifizierungen nachzuvollziehen (BAG WfbM 2018b).

Das bundesweit zum 1. Januar 2020 eingeführte Budget für Ausbildung (§ 61a SGB IX) ergänzt das Budget für Arbeit (Abschnitt 5.3.4), da mit den dort geförderten Maßnahmen kein anerkannter Berufsabschluss erworben wird. Es ist eine Alternative zu den Leistungen nach § 57 SGB IX im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich der Werkstätten oder bei anderen Leistungsanbietern und ermöglicht es den Menschen mit Behinderungen, eine Ausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf (§ 5 BBiG) oder auf Basis einer Ausbildungsregelung einer zuständigen Stelle (§ 66 BBiG beziehungsweise § 42r HWO) auf dem ersten Arbeitsmarkt aufzunehmen. Die Durchführung der Ausbildung erfolgt im Ausbildungsbetrieb und in der Berufsschule. Falls eine Teilnahme am Berufsschulunterricht wegen der Art und Schwere der Behinderung nicht möglich ist, kann der schulische Teil der Ausbildung in einer Einrichtung der beruflichen Rehabilitation (nach § 51 SGB IX) erfolgen. Die Ausbildungsvergütung sowie die Kosten für Anleitung und Begleitung am Ausbildungsplatz und in der Berufsschule werden erstattet. Das soll Arbeitgeber dazu zu bewegen, mit einem Menschen mit Behinderung trotz dessen voller Erwerbsminderung einen dem BBiG beziehungsweise der HWO entsprechenden Ausbildungsvertrag abzuschließen. (Deutscher Bundestag 2019c: 2, 36-37)

Der Übergang von der Schule in die Ausbildung ist eine wichtige Schlüsselpassage, die großen Einfluss auf den weiteren Lebensverlauf eines Menschen hat. Repräsentative Daten darüber, wie sich Übergänge zwischen Schule und Ausbildung bei Menschen mit Beeinträchtigungen gestalten, liegen bislang nicht vor.

Auch sind quantitative Daten zur vollzeitschulischen Ausbildung kaum vorhanden. Längerfristig ermöglicht das *Nationale Bildungspanel* (NEPS) Auswertungen der Bildungsverläufe von Menschen mit Beeinträchtigungen.

4.3.2 Auszubildende

In Deutschland befanden sich zum Jahresende 2017 gut 1,3 Millionen Menschen in Ausbildung (63 % männliche und 37 % weibliche Auszubildende). Darunter waren 21.957 Auszubildende, die eine Ausbildung in Berufen für Menschen mit Behinderungen nach § 66 BBiG beziehungsweise § 42r HwO absolvierten (Tabelle 35). Die Zahl der Auszubildenden in diesen besonderen Berufen für Menschen mit Behinderungen ist seit dem Jahr 2014 überdurchschnittlich stark zurückgegangen (- 12,3 %). Damit ist der Anteil dieser Auszubildenden (§ 66 BBiG beziehungsweise § 42r HwO) an der Gesamtzahl der Auszubildenden zwischen 2014 und 2017 um 0,2 Prozentpunkte auf 1,7 Prozent gesunken. Der Anteil der Demografie (Veränderung der Anzahl der Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren im Beobachtungszeitraum) an dieser Entwicklung liegt bei rund 11 Prozent.

In den Ausbildungsberufen nach § 5 BBiG wurden im Durchschnitt des Jahres 2017 nach Angaben von Betrieben mit 20 oder mehr Arbeitsplätzen 7.548 Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung oder ihnen gleichgestellte Menschen ausgebildet. Die Anzahl der Auszubildenden mit anerkannter Schwerbehinderung ist demzufolge seit 2014 um 7,7 Prozent gestiegen – ihr Anteil an allen Auszubildenden bleibt jedoch unverändert und lag im Jahr 2017 bei 0,7 Prozent (Tabelle 35).

Tabelle 35: Auszubildende insgesamt und in Betrieben mit 20 oder mehr Arbeitsplätzen*

Jahr	Auszubildende insgesamt	davon Menschen mit Behinderungen	Anteil an Auszubildenden insgesamt
2014	1.358.550	25.023	1,8 %
2015	1.337.004	23.877	1,8 %
2016	1.321.197	22.947	1,7 %
2017	1.323.894	21.957	1,7 %
Veränderung 2014–2017	- 2,6 %	- 12,3 %	
Jahr	Auszubildende in Betrieben mit 20 oder mehr Arbeitsplätzen insgesamt	davon Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung	Anteil an Auszubildenden insgesamt
2014	1.109.250	7.008	0,63 %
2015	1.113.701	7.099	0,64 %
2016	1.114.434	7.229	0,65 %
2017	1.137.151	7.548	0,66 %
Veränderung 2014–2017	+ 2,5 %	+ 7,7 %	

* Jeweils zum Stichtag 31.12.

Quellen: Berufsbildungsstatistik und Statistik der BA, Berechnung und Darstellung Prognos

Über zukünftige Entwicklungen im Ausbildungsbereich geben neu abgeschlossene Ausbildungsverträge Aufschluss. Neuabschlüsse sind definiert als die in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse nach BBiG beziehungsweise HwO eingetragenen Berufsausbildungsverträge, die im jeweiligen Kalenderjahr begonnen

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

haben und bis zum 31. Dezember nicht gelöst wurden. Es werden dabei nur solche Ausbildungsverhältnisse erfasst, die auch tatsächlich zustande kamen.⁶¹

Im Jahr 2017 wurden in Deutschland insgesamt 515.679 Ausbildungsverträge neu abgeschlossen, darunter knapp 8.259 in Berufen für Menschen mit Behinderungen auf der Basis von Ausbildungsregelungen nach § 66 BBiG (1,6 % der Gesamtzahl neu abgeschlossener Ausbildungsverhältnisse; Tabelle 36). Während die Anzahl der Neuabschlüsse von Ausbildungsverträgen insgesamt im Zeitraum von 2014 bis 2017 um 0,5 Prozent zurückging, kam es bei den Neuabschlüssen in Berufen für Menschen mit Behinderungen im selben Zeitraum zu einem deutlich stärkeren Rückgang (- 13,9 %). Seit 2014 hat sich der Anteil der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge auf der Basis von Ausbildungsregelungen nach § 66 BBiG an allen Ausbildungsverträgen insgesamt jedoch lediglich um 0,2 Prozentpunkte (auf 1,6 %) verringert. Ob der Rückgang der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge in Berufen für Menschen mit Behinderungen darauf zurückzuführen ist, dass ein kleinerer Teil der Jugendlichen mit Behinderung nach dem Schulbesuch eine solche Ausbildung beginnt und dass es einem größeren Teil von ihnen gelingt, eine reguläre Ausbildung zu beginnen, ist nicht bekannt. Ebenso kann nicht ermittelt werden, ob es sich bei den oben genannten Zahlen um Ausbildungsplätze in Betrieben oder um von den BBW bereitgestellte Ausbildungsplätze handelt. Zudem sei darauf hingewiesen, dass die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen in Berufen für Menschen mit Behinderungen nach wie vor das Angebot übersteigt. (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2018)

⁶¹ Dabei ist zu beachten, dass Neuabschlüsse von Ausbildungsverträgen nicht mit Ausbildungsanfängen gleichzusetzen sind, da Ausbildungsverträge auch dann neu abgeschlossen werden, wenn sogenannte *Anschlussverträge* vorliegen oder wenn nach Abschluss einer dualen Berufsausbildung noch eine Zweitausbildung begonnen wird. Außerdem schließt ein Teil der Auszubildenden bei vorzeitiger Beendigung eines Ausbildungsvertrages aufgrund eines Wechsels des Ausbildungsbetriebs und/oder des Ausbildungsberufs erneut einen Ausbildungsvertrag ab, sodass Vertragsauflösungen nicht unbedingt mit einem Ausbildungsabbruch gleichzusetzen sind. Vergleiche hierzu das *Datensystem Auszubildende* des Bundesinstituts für Berufsbildung auf Basis der Daten der Berufsbildungsstatistik der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, abrufbar unter: <https://www.bibb.de/dazubi>.

Tabelle 36: Neuabschlüsse von Ausbildungsverträgen

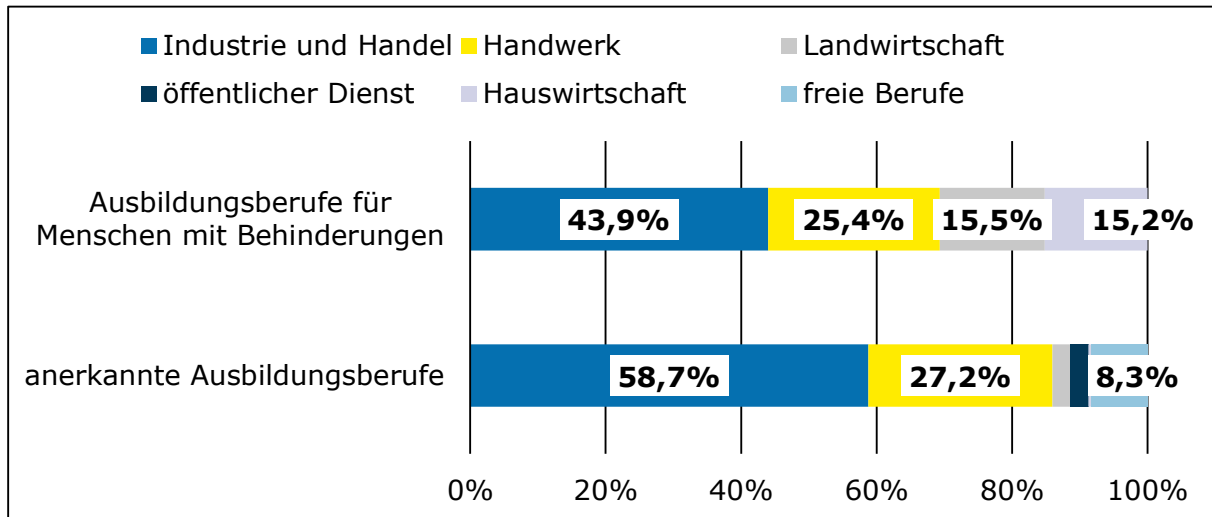
Jahr	Neuabschlüsse insgesamt	davon in Berufen für Menschen mit Behinderungen	Anteil der Neuabschlüsse in Berufen für Menschen mit Behinderungen an allen Neuabschlüssen
2014	518.394	9.588	1,8 %
2015	516.639	9.159	1,8 %
2016	509.997	8.781	1,7 %
2017	515.679	8.259	1,6 %
Veränderung 2014–2017	- 0,5 %	- 13,9 %	

Quelle: Berufsbildungsstatistik, Berechnung und Darstellung Prognos

Zwischen Ausbildungen in anerkannten Ausbildungsberufen nach § 5 BBiG und Ausbildungsregelungen nach § 66 BBiG gibt es deutliche Unterschiede hinsichtlich der Ausbildungsbereiche, in denen die jeweiligen Ausbildungen stattfinden (Abbildung 29). Im öffentlichen Dienst sowie in den freien Berufen gab es im Jahr 2017 keine Neuabschlüsse von Ausbildungsverträgen in Berufen für Menschen mit Behinderungen. Für Menschen mit Behinderungen werden Ausbildungsmöglichkeiten auf der Basis des § 66 BBiG im Vergleich zu den anerkannten Ausbildungsberufen (§ 5 BBiG) überproportional in den Bereichen Hauswirtschaft und Landwirtschaft angeboten.

Abbildung 29: Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge in Ausbildungsberufen für Menschen mit Behinderungen (§ 66 BBiG) und in anerkannten Ausbildungsberufen (§ 5 BBiG)

nach Ausbildungsbereichen, 2017



Quelle: Berufsbildungsstatistik, Berechnung und Darstellung Prognos

Schaut man sich an, in welchen Ausbildungsbereichen Frauen und Männer eine Ausbildung machen, zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Berufsausbildungen in anerkannten Ausbildungsberufen und Berufsausbildungen für Menschen mit Behinderungen (Tabelle 37). Von den Frauen, die einen Ausbildungsvertrag in einem Beruf für Menschen mit Behinderungen nach § 66 BBiG beziehungsweise § 42m HwO abschließen, absolvieren 36,7 Prozent eine Ausbildung im Bereich Hauswirtschaft. Im Ausbildungsberuf Hauswirtschafter oder Hauswirtschafterin sind dies nur 0,9 Prozent der Frauen. Bei den Männern zeigt sich eine deutliche Konzentration im Bereich der Landwirtschaft: Während 19,8 Prozent der Männer in einer Ausbildung auf der Basis des § 66 BBiG eine entsprechende Ausbildung im Ausbildungsbereich Landwirtschaft machen, entfallen nur 3,2 Prozent auf die 14 anerkannten Ausbildungsberufe in diesem Bereich.

Tabelle 37: Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge in Ausbildungsberufen für Menschen mit Behinderungen (§ 66 BBiG) und in anerkannten Ausbildungsberufen (§ 5 BBiG)

nach Ausbildungsbereichen und Geschlecht, 2017

Ausbildungs- bereiche	Berufsausbildungen für Menschen mit Behinderung		Berufsausbildungen in aner- kannten Ausbildungsberufen	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Industrie und Han- del	42,6 %	46,4 %	59,8 %	57,0 %
Handwerk	34,3 %	9,3 %	34,3 %	15,5 %
Landwirtschaft	19,8 %	7,6 %	3,2 %	1,6 %
öffentlicher Dienst	0,0 %	0,0 %	1,6 %	4,5 %
Hauswirtschaft	3,3 %	36,7 %	0,1 %	0,9 %
freie Berufe	0,0 %	0,0 %	1,1 %	20,4 %
gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Anzahl insgesamt	5.316	2.946	321.471	194.205

Quelle: Berufsbildungsstatistik, Berechnung und Darstellung Prognos

Begonnene Ausbildungsverhältnisse werden nicht immer planmäßig abgeschlos-
sen, sondern mitunter vorzeitig aufgelöst. Die Quote der vorzeitigen Vertragsauf-
lösungen regulärer Ausbildungsverhältnisse lag laut Bundesinstitut für Berufsbil-
dung (BIBB) im Jahr 2017 bei 25,7 Prozent. Bei den Ausbildungsverhältnissen in
Berufen für Menschen mit Behinderungen hingegen war die entsprechende Quote
mit 29,3 Prozent etwas höher. Bei Menschen mit Behinderungen wird der Vertrag
im Durchschnitt etwas später im Verlauf der Ausbildung aufgelöst als bei Auszu-
bildenden insgesamt. 65,8 Prozent (Menschen mit Behinderungen) beziehungs-
weise 77,5 Prozent (Auszubildende insgesamt) der Vertragsauflösungen betrafen
im Jahr 2017 Ausbildungsverträge, die entweder im Jahr 2017 oder im Vorjahr
abgeschlossen worden waren.⁶²

4.3.3 Übergang von der Ausbildung in den Beruf

Eine wesentliche Voraussetzung für einen gelingenden Übergang in den Beruf ist
eine erfolgreich abgeschlossene Ausbildung. Die Erfolgsquoten lagen im Jahr

⁶² Auswertung der Prognos AG auf Basis der Berufsbildungsstatistik, ohne Abbildung.

2017 sowohl für die Absolventinnen und Absolventen insgesamt als auch für diejenigen in Ausbildungsberufen für Menschen mit Behinderungen (nach §§ 64ff BBiG beziehungsweise § 42m HwO) bei gut 90 Prozent. Absolventinnen sind mit einer Erfolgsquote von jeweils circa 92 Prozent geringfügig erfolgreicher als ihre Kollegen mit knapp 90 Prozent.⁶³

4.4 Schulische und berufsqualifizierende Abschlüsse

4.4.1 Schulabschlüsse

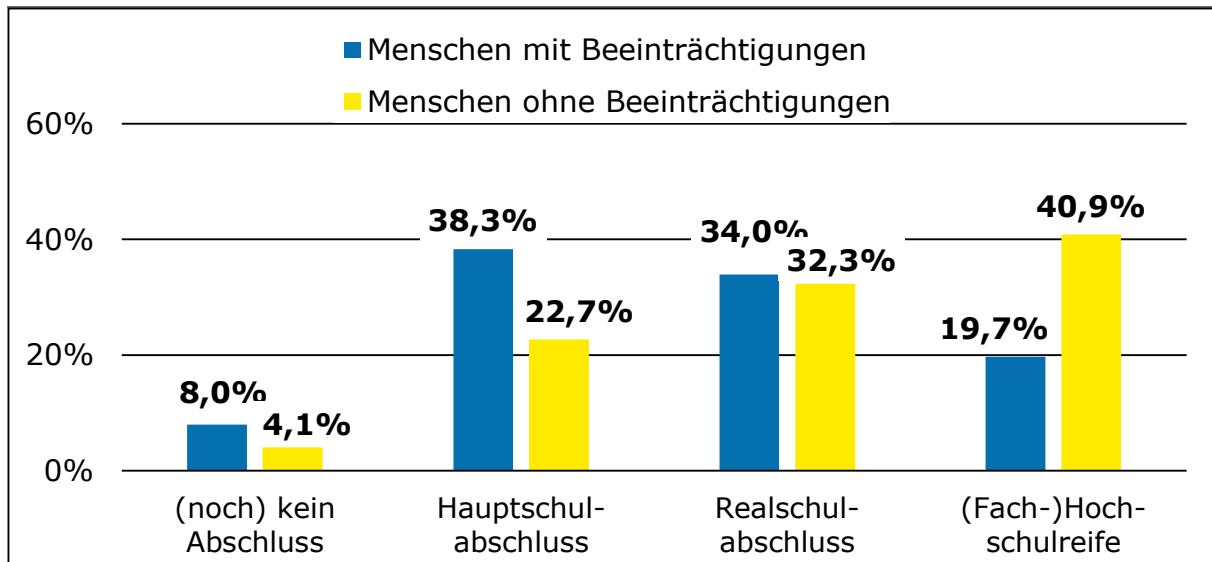
Insbesondere die Art des erreichten Schulabschlusses entscheidet darüber, welche hieran anschließenden schulischen und beruflichen Bildungsmöglichkeiten offenstehen, und somit, welche weiteren Qualifikationen erworben werden können.⁶⁴

Menschen mit Beeinträchtigungen haben häufiger Schulabschlüsse mit geringerem Abschlussniveau als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Im Jahr 2017 erwarben Menschen mit Beeinträchtigungen im Alter von 20 bis 64 Jahren (19,7 %) weniger als halb so oft die Hochschulreife oder Fachhochschulreife wie Menschen ohne Beeinträchtigungen (40,9 %; Abbildung 30). Sie erwarben wesentlich häufiger als Menschen ohne Beeinträchtigungen einen Hauptschulabschluss oder (noch) gar keinen Abschluss.

⁶³ Auswertung der Prognos AG auf Basis der Berufsbildungsstatistik, ohne Abbildung.

⁶⁴ Zum Thema schulische und berufsqualifizierende Abschlüsse äußert sich der wissenschaftliche Beirat im Kommentar zu diesem Kapitel.

Abbildung 30: Höchster Schulabschluss der Bevölkerung
im Alter von 20 bis 64 Jahren, 2017

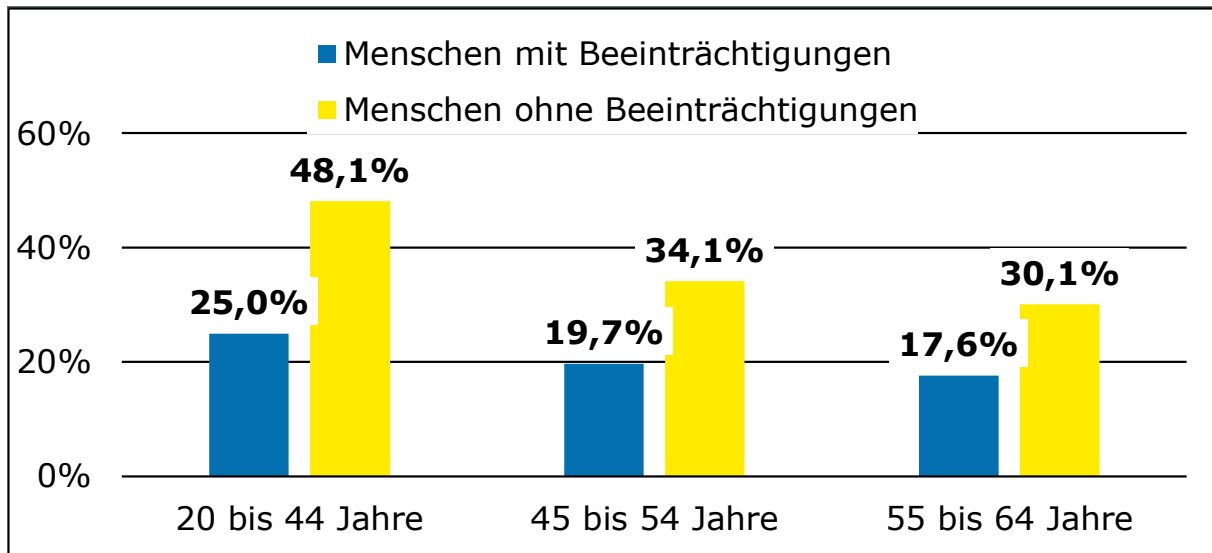


Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Höhere Schulabschlüsse

Insgesamt ist bei den allgemeinbildenden Schullaufbahnen ein Trend zu höheren Bildungsabschlüssen zu beobachten. Menschen ohne Beeinträchtigungen im Alter von 20 bis 44 Jahren haben zu 48,1 Prozent einen (Fach-)Hochschulabschluss, während es in der Altersgruppe der 45- bis 54-Jährigen nur 34,1 Prozent sind (Abbildung 31). Dieser Trend zeigt sich in deutlich abgeschwächter Form auch bei den Menschen mit Beeinträchtigungen. Der Anteil an höheren Schulabschlüssen ist bei ihnen jedoch in allen Altersgruppen wesentlich geringer als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen. Besonders ausgeprägt ist der Unterschied in der Gruppe der 20- bis 44-Jährigen: Nur 25,0 Prozent der jüngeren Menschen mit Beeinträchtigungen besitzen die (Fach-)Hochschulreife und damit fast nur halb so viele wie in der entsprechenden Altersgruppe derjenigen ohne Beeinträchtigungen. Der Abstand zwischen beiden Gruppen verringert sich, je älter die Kohorten sind.

Abbildung 31: Bevölkerung mit (Fach-)Hochschulreife
im Alter von 20 bis 64 Jahren, 2017



Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

In Hinblick auf das Erreichen eines höheren Schulabschlusses bestehen kaum Unterschiede zwischen Frauen und Männern sowie zwischen Menschen ohne und mit Migrationshintergrund (Tabelle 38). Eine differenzierte Betrachtung der Menschen mit Beeinträchtigungen nach Teilgruppen zeigt, dass Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung mit 19,0 Prozent etwas seltener einen höheren Schulabschluss haben als chronisch kranke Menschen (ohne anerkannte Behinderung) mit 21,3 Prozent.

Im untersuchten Zeitraum nahm in der Gruppe der Menschen ohne Beeinträchtigungen der Anteil derjenigen, die die (Fach-)Hochschulreife erreichten, von 33,6 Prozent im Jahr 2009 über 36,9 Prozent im Jahr 2013 auf 40,9 Prozent im Jahr 2017 zu (+ 7,3 Prozentpunkte; Tabelle 38). In der Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen stieg das Qualifikationsniveau hingegen nicht in gleichem Maße an. Hier stieg der Anteil derjenigen mit (Fach-)Hochschulreife von 16,0 Prozent im Jahr 2009 über 17,4 Prozent im Jahr 2013 auf 19,7 Prozent im Jahr 2017 (+ 3,7 Prozentpunkte).

Tabelle 38: Bevölkerung mit (Fach-)Hochschulreife nach Geschlecht, Migrationshintergrund, Altersgruppen und Teilgruppen der Beeinträchtigungen

im Alter von 20 bis 64 Jahren

	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen		
	2009	2013	2017	2009	2013	2017
Insgesamt	16,0 %	17,4 %	19,7 %	33,6 %	36,9 %	40,9 %
Geschlecht						
Männer	16,7 %	17,3 %	18,9 %	34,9 %	37,7 %	41,0 %
Frauen	15,1 %	17,5 %	20,6 %	32,3 %	36,9 %	40,9 %
Alter						
20–44 Jahre	19,3 %	21,3 %	25,0 %	38,6 %	43,0 %	48,1 %
45–54 Jahre	16,0 %	17,2 %	19,7 %	28,1 %	31,3 %	34,1 %
55–64 Jahre	14,2 %	15,8 %	17,6 %	24,2 %	26,8 %	30,1 %
Herkunft						
ohne Migrati- onshinter- grund	15,8 %	17,2 %	19,4 %	33,8 %	37,2 %	41,3 %
mit Migrati- onshinter- grund	17,2 %	18,7 %	21,5 %	32,7 %	35,8 %	39,5 %
Teilgruppen der Beeinträchtigungen						
chronisch kranke Men- schen (ohne anerkannte Behinderung)	19,0 %	19,5 %	21,3 %			
anerkannte Behinderung GdB unter 50	15,7 %	17,4 %	20,0 %			
anerkannte Behinderung GdB ab 50	15,1 %	16,6 %	19,7 %			

Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

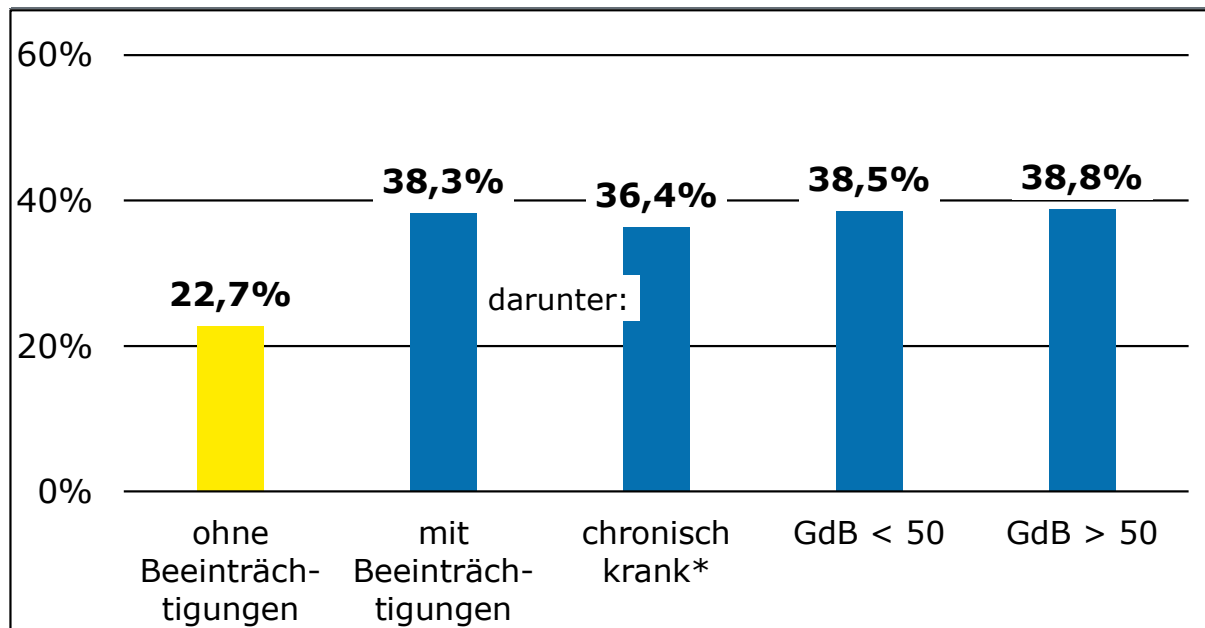
Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Niedrigere Schulabschlüsse

Die 20- bis 64-Jährigen mit Beeinträchtigungen haben häufiger einen Hauptschulabschluss (38,3 %) als die Gleichaltrigen ohne Beeinträchtigungen (22,7 %; Abbildung 32). Insbesondere Menschen mit einer anerkannten Behinderung erwerben häufig einen Hauptschulabschluss (38,5 % mit Grad der Behinderung [GdB] unter 50 und 38,8 % mit GdB ab 50), unter den Menschen mit chronischen Erkrankungen (ohne anerkannte Behinderung) ist dieser Anteil mit 36,4 Prozent etwas niedriger. Zwischen 2009 und 2017 ging der Anteil derjenigen, die einen Hauptschulabschluss erwarben, sowohl bei Menschen ohne als auch mit Beeinträchtigungen deutlich um 14,6 Prozentpunkte beziehungsweise 19,0 Prozentpunkte zurück, wobei der Großteil des Rückgangs in den Zeitraum zwischen 2009 und 2013 fiel (- 11,2 Prozentpunkte beziehungsweise 12,6 Prozentpunkte). Erheblich war der Rückgang im Zeitraum zwischen 2009 und 2017 bei den Personen mit einer anerkannten Behinderung und einem GdB unter 50 (- 21,0 %).⁶⁵

Abbildung 32: Menschen mit Hauptschulabschluss

im Alter von 20 bis 64 Jahren, nach Teilgruppen der Beeinträchtigungen, 2017



* ohne anerkannte Behinderung

Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

⁶⁵ Auswertung der Prognos AG auf Basis des Mikrozensus, ohne Abbildung.

Keinen Schulabschluss haben 4,1 Prozent der 20- bis 64-Jährigen ohne Beeinträchtigungen gegenüber 8,0 Prozent der Gleichaltrigen mit Beeinträchtigungen, darunter 3,8 Prozent der Menschen mit anerkannter Behinderung und einem Grad der Behinderung unter 50, 7,7 Prozent der Menschen mit chronischen Erkrankungen ohne anerkannte Behinderung und 10,7 Prozent der Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung (Tabelle 39). Von der Personengruppe mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund haben 19,3 Prozent keinen Schulabschluss gegenüber 5,6 Prozent derjenigen mit Beeinträchtigungen ohne Migrationshintergrund.

Der Anteil der 20- bis 64-Jährigen ohne Schulabschluss veränderte sich im Zeitraum von 2009 bis 2017 nur geringfügig (Schwankungen von beziehungsweise Anstieg um bis zu gut 1 Prozentpunkt; Tabelle 39). Die deutlichste Veränderung ist bei Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund festzustellen. Bei ihnen kam es im Beobachtungszeitraum zu einem Rückgang des Anteils um 3,2 Prozentpunkte auf 19,3 Prozent. Das gleichzeitige Vorliegen von Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund ist damit nach wie vor mit einem besonders hohen Anteil bei niedrigen Schulabschlüssen verbunden, wodurch der Zugang zu weiteren Lebenschancen erheblich erschwert werden kann.

Tabelle 39: Bevölkerung ohne Schulabschluss nach Teilgruppen der Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund
im Alter von 20 bis 64 Jahren

	2009	2013	2017
Menschen ohne Beeinträchtigungen	3,4 %	3,3 %	4,1 %
Menschen mit Beeinträchtigungen	7,9 %	7,5 %	8,0 %
darunter:			
chronisch kranke Menschen (ohne anerkannte Behinderung)	7,1 %	7,8 %	7,7 %
anerkannte Behinderung GdB unter 50	3,8 %	3,4 %	3,8 %
anerkannte Behinderung GdB ab 50	10,5 %	9,8 %	10,7 %
darunter:			
ohne Migrationshintergrund	5,1 %	5,3 %	5,6 %
mit Migrationshintergrund	22,5 %	18,7 %	19,3 %

Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Abschlüsse von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischer Förderung

Der Anteil der Abgängerinnen und Abgänger von Förderschulen ohne Hauptschulabschluss lag seit 2014 stabil bei rund 71 Prozent (2016: 71,1 %). Mehr als die Hälfte (2016: 58 %) von ihnen stammte aus Förderschulklassen mit Förderschwerpunkt *Lernen*. Dieser hohe Anteil erklärt unter anderem den eingangs genannten Anteil von 8,0 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen ohne Schulabschluss. Auch der Anteil mit einem Hauptschulabschluss veränderte sich im Betrachtungszeitraum kaum und lag 2016 bei 24,6 Prozent. Die Anteile von Realschul- und höheren Abschlüssen bleiben auf niedrigem Niveau. Nur rund 4,1 Prozent der Abgängerinnen und Abgänger von Förderschulen erwarben einen Realschulabschluss und lediglich 0,2 Prozent einen (Fach-)Hochschulabschluss (Tabelle 40).

Tabelle 40: Abgängerinnen und Abgänger von Förderschulen nach Art des Abschlusses

	2014	2015	2016
ohne Hauptschulabschluss	70,6 %	71,2 %	71,1 %
mit Hauptschulabschluss	25,7 %	24,8 %	24,6 %
Realschulabschluss	3,6 %	3,8 %	4,1 %
(Fach-)Hochschulreife	0,1 %	0,2 %	0,2 %

Quelle: KMK-Statistik, Berechnung und Darstellung Prognos

Für Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung an allgemeinen Schulen liegen keine deutschlandweiten Zahlen zu den erworbenen Abschlüssen vor. Daten aus einzelnen Bundesländern⁶⁶ zeigen, dass der Anteil derjenigen, die keinen Hauptschulabschluss erworben haben – bei starken Schwan-

⁶⁶ Es handelt sich um die Bundesländer Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Thüringen.

kungen –, teilweise deutlich geringer ist als unter Förderschülerinnen und -schülern, bei einer Spannweite von 29 bis 69 Prozent (Tabelle 41). Daraus kann laut der Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2018) nicht generell auf eine bessere Förderung im gemeinsamen Unterricht geschlossen werden. Die Ergebnisse deuten laut den Autorinnen und Autoren jedoch darauf hin, dass die Inklusionsbemühungen in den jeweiligen Bundesländern die Aussichten auf einen Schulabschluss zumindest nicht verschlechtert haben (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2018).

Tabelle 41: Abschlüsse von Jugendlichen mit sonderpädagogischer Förderung an allgemeinen Schulen in ausgewählten Bundesländern 2016*

Bundesland	ohne Hauptschulabschluss	mit Hauptschulabschluss	mit mittlerem Abschluss	mit Hochschulreife
Bremen	37 %	48 %	13 %	1 %
Hamburg	29 %	28 %	19 %	23 %
Nordrhein-Westfalen	45 %	37 %	15 %	3 %
Rheinland-Pfalz	49 %	48 %	3 %	1 %
Schleswig-Holstein	69 %	17 %	9 %	5 %
Thüringen	36 %	36 %	25 %	4 %

* Bundesländer, in denen die Schulabschlüsse und -abgänge von Jugendlichen mit sonderpädagogischer Förderung sowohl in Förderschulen als auch in sonstigen Schularten erfasst werden.

Quelle: Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2018, Berechnung und Darstellung Prognos

Daten zu den Ausbildungsverläufen von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischer Förderung nach Beendigung der allgemeinbildenden Schullaufbahn liegen nicht vor. Solche Daten gibt es jedoch für Schülerinnen und Schüler ohne Hauptschulabschluss, zu denen, wie eben beschrieben, ein großer Teil der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung – davon mehr als die Hälfte mit Förderschwerpunkt *Lernen* – auch zählen. Im Jahr 2016 wechselten etwa 71 Prozent der Jugendlichen ohne Hauptschulabschluss nach Verlassen der Schule in das Übergangssystem (berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen).

Demnach konnte nicht einmal ein Drittel von ihnen eine vollqualifizierende Berufsausbildung unmittelbar im Anschluss an die Beendigung der allgemeinbildenden Schullaufbahn beginnen (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2018). Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, einen allgemeinbildenden Abschluss an einer beruflichen Schule nachträglich zu erwerben. In welchem Umfang dies der Fall war, ist nicht bekannt.

4.4.2 Berufsqualifizierende Abschlüsse

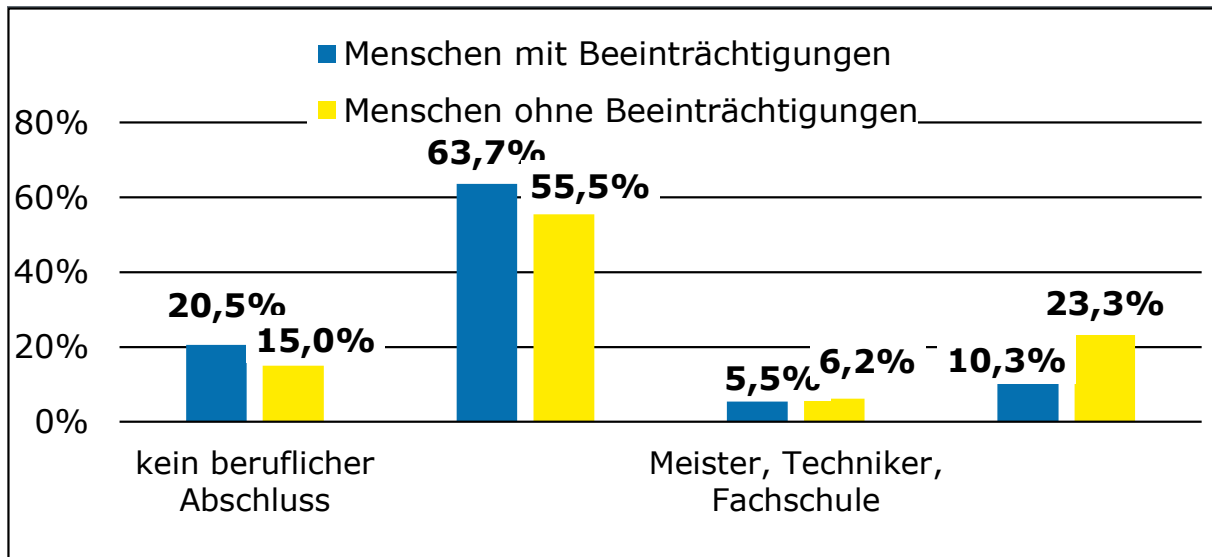
Auf die abgeschlossene Schulausbildung aufbauend folgen weitere schulische oder berufliche Qualifizierungen mit entsprechenden Abschlüssen. Unterschieden werden dabei (Fach-)Hochschulabschluss einschließlich Promotion sowie mittlerer und höherer beruflicher Abschluss.⁶⁷ Eine weitere Kategorie ist die eines fehlenden beruflichen Abschlusses, die im Hinblick auf die beruflichen Inklusionschancen als besonders problematisch zu bewerten ist.

Wie bereits im zweiten Teilhabebericht werden die beruflichen Abschlüsse der Personen im Alter von 30 bis 64 Jahren dargestellt. Bei der unteren Altersgrenze kann davon ausgegangen werden, dass die Phase der beruflichen Ausbildung überwiegend abgeschlossen ist. Personen im Rentenalter werden nicht berücksichtigt, weil der Zusammenhang zwischen beruflichem Abschluss und beruflicher Tätigkeit bei den älteren Personengruppen weniger eindeutig ist.

Die meisten Erwachsenen im Alter von 30 bis 64 Jahren haben einen mittleren beruflichen Abschluss, dazu gehören duale und schulische Berufsausbildungen. Im Jahr 2017 verfügten 63,7 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen und 55,5 Prozent der Menschen ohne Beeinträchtigungen über einen solchen Berufsabschluss (Abbildung 33). Sowohl unter den Menschen ohne als auch mit Beeinträchtigungen besaß nur ein kleiner Teil einen höheren beruflichen Abschluss (Meister, Techniker, Fachschulabschluss). Deutliche Unterschiede zwischen beiden Gruppen gibt es bei den akademischen Abschlüssen (Fachhochschul- oder Hochschulabschluss, Promotion). Hier war der Anteil bei den Menschen mit Beeinträchtigungen im Jahr 2017 mit 10,3 Prozent deutlich kleiner als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen (23,3 %). Anders verhält es sich beim Anteil der Menschen ohne beruflichen Abschluss. Hier bildeten Menschen mit Beeinträchtigungen mit 20,5 Prozent einen höheren Anteil als Menschen ohne Beeinträchtigungen (15,0 %).

⁶⁷ Die Abschlüsse werden anhand der International Standard Classification of Education (ISCED) abgebildet.

Abbildung 33: Höchster beruflicher Abschluss
im Alter von 30 bis 64 Jahren, 2017

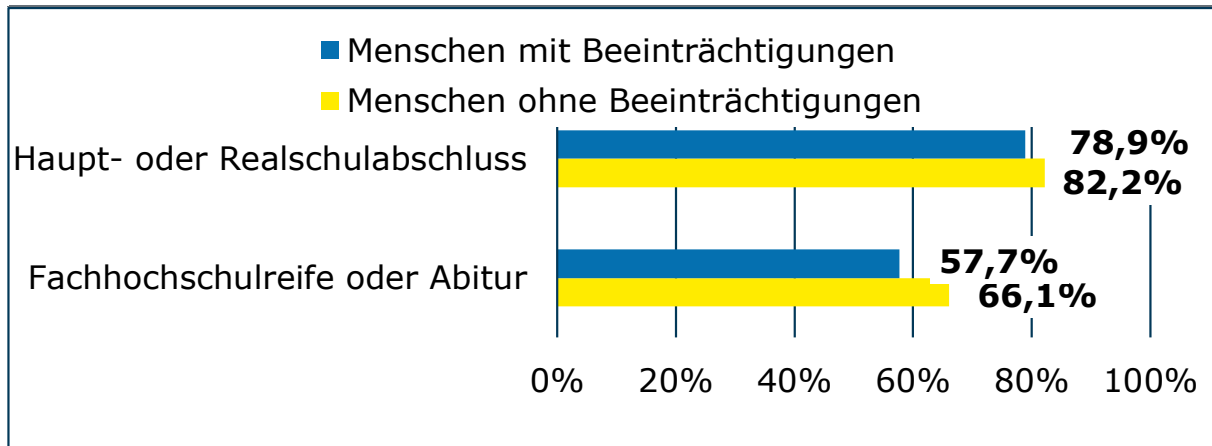


Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Werden schulische Abschlüsse und berufliche Qualifikationen zueinander in Beziehung gesetzt, zeigt sich, dass Menschen mit Beeinträchtigungen seltener einen ihrem Schulabschluss entsprechenden beruflichen Abschluss erreichen als Menschen ohne Beeinträchtigungen.⁶⁸ Von den Menschen mit Beeinträchtigungen, die einen Haupt- oder Realschulabschluss erworben haben, erlangen 78,9 Prozent einen mittleren Berufsabschluss – dieser Anteil ist nur geringfügig geringer als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen (82,2 %). Menschen mit Beeinträchtigungen und einem (Fach-)Hochschulabschluss oder Abitur erwerben hingegen zu 57,7 Prozent – und damit deutlich seltener als Menschen ohne Beeinträchtigungen (66,1 %) – einen akademischen Berufsabschluss.

⁶⁸ Bei einem Haupt- oder Realschulabschluss gilt ein mittlerer beruflicher Ausbildungsabschluss als entsprechend. Bei Fachhochschulreife oder Abitur gilt ein akademischer Abschluss als entsprechend.

Abbildung 34: Menschen, die einen ihrem Schulabschluss entsprechenden beruflichen Abschluss erwerben
im Alter von 30 bis 64 Jahren, 2018*



* Bei einem Haupt- oder Realschulabschluss gilt ein beruflicher Abschluss als entsprechend, der dem Niveau einer mittleren beruflichen Ausbildung entspricht. Bei Fachhochschulreife oder Abitur gilt ein beruflicher Abschluss als entsprechend, der dem Niveau einer höheren beruflichen Ausbildung oder einem (Fach-)Hochschulabschluss entspricht.

Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Höhere berufliche Abschlüsse

Mit einem höheren beruflichen Abschluss oder dem Abschluss eines Studiums (im Folgenden zusammenfassend als höhere Abschlüsse bezeichnet) können im weiteren Lebenslauf höhere berufliche Positionen, die bessere Einkommenschancen bieten, erreicht werden als mit mittleren Abschlüssen oder ohne beruflichen Abschluss.

Menschen mit Beeinträchtigungen erreichen wesentlich seltener einen akademischen Abschluss als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Bei Abschlüssen der höherqualifizierenden Berufsbildung besteht ebenfalls ein Unterschied. Dieser fällt aber deutlich geringer aus. Im Jahr 2017 konnten 15,8 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen im Alter von 30 bis 64 Jahren einen solchen Abschluss vorweisen, im Vergleich zu 29,5 Prozent der Menschen ohne Beeinträchtigungen (Tabelle 42).

Frauen mit Beeinträchtigungen in dieser Altersgruppe hatten deutlich seltener einen höheren beruflichen oder akademischen Abschluss als Männer mit Beeinträchtigungen (Tabelle 42). Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede bestehen unabhängig vom Vorliegen einer Beeinträchtigung. Menschen mit Beeinträchti-

gungen und Migrationshintergrund haben besonders selten einen höheren beruflichen oder akademischen Abschluss. Das ist jedoch ein Unterschied, der sich nicht aus der Kombination dieser beiden Merkmale ergibt. Das zeigt sich daran, dass er sogar etwas kleiner ist als der entsprechende Unterschied zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund, wenn keine Beeinträchtigungen vorliegen. Innerhalb der Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen haben Menschen mit einer anerkannten Behinderung und einem Grad der Behinderung unter 50 häufiger einen höheren beruflichen Abschluss als Menschen mit chronischen Erkrankungen und Menschen mit einer anerkannten Behinderung und einem Grad der Behinderung ab 50. Eine nach Alter differenzierende Auswertung liegt nicht vor, mögliche Unterschiede in den Alterskohorten sind daher nicht in Tabelle 42 abgebildet.

Tabelle 42: Bevölke

**rung mit einem höheren beruflichen oder akademischen Abschluss nach
Geschlecht, Herkunft und Teilgruppen der Beeinträchtigung**
im Alter von 30 bis 64 Jahren

	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen		
	2009	2013	2017	2009	2013	2017
Insgesamt	17,1 %	15,4 %	15,8 %	28,6 %	28,2 %	29,5 %
Geschlecht						
Männer	19,2 %	17,9 %	17,5 %	33,0 %	33,4 %	34,2 %
Frauen	14,8 %	12,7 %	14,0 %	24,1 %	23,1 %	24,8 %
Herkunft						
ohne Migra- tionshinter- grund	17,9 %	16,2 %	16,5 %	30,1 %	29,7 %	31,0 %
mit Migrati- onshinter- grund	13,0 %	10,9 %	12,6 %	22,2 %	22,5 %	24,6 %
Teilgruppen der Beeinträchtigung						
chronisch kranke Men- schen (ohne anerkannte Behinderung)	17,9 %	14,8 %	15,1 %			
anerkannte Behinderung (GdB unter 50)	17,7 %	16,0 %	16,7 %			
anerkannte Behinderung (GdB ab 50)	16,6 %	15,2 %	15,4 %			

Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Im Zeitverlauf änderte sich an diesen Zahlen nur wenig, das lag jedoch auch an der Größe der betrachteten Altersklasse: Mögliche Änderungen in den jüngeren Jahrgängen machten sich hierdurch kaum bemerkbar. Dennoch sank der Anteil

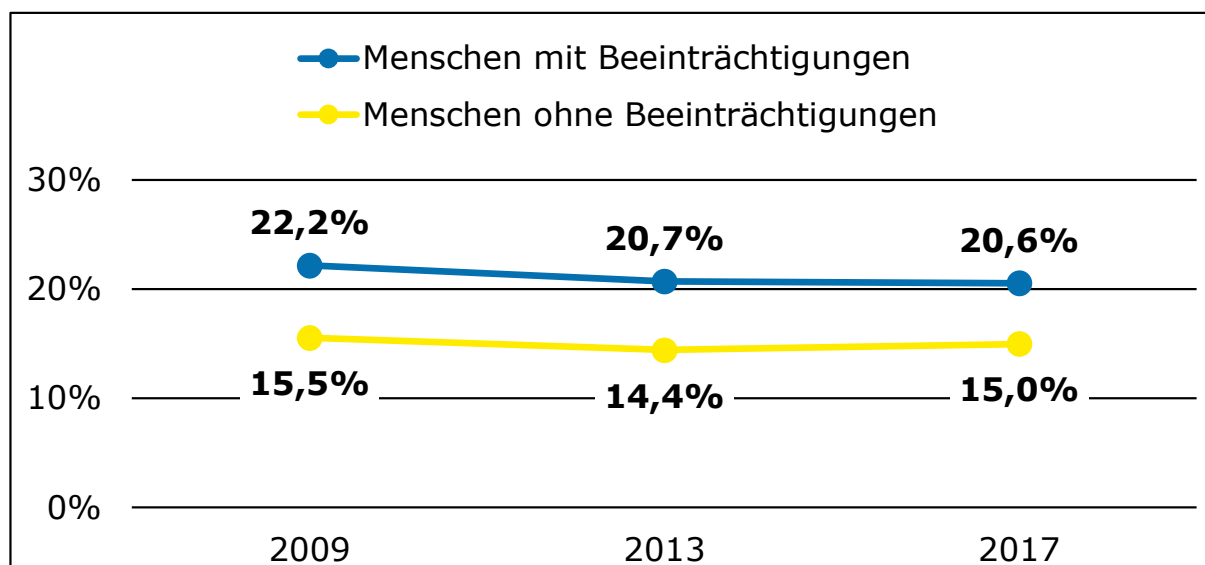
Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

höherer beruflicher und akademischer Abschlüsse bei Menschen mit Beeinträchtigungen insgesamt zwischen 2009 und 2017 geringfügig, bei Menschen ohne Beeinträchtigungen insgesamt verhielt es sich umgekehrt.

Fehlender beruflicher Abschluss

Personen ohne beruflichen Abschluss sind einem höheren Risiko von Arbeitslosigkeit oder atypischen Beschäftigungsformen⁶⁹ mit schlechter Vergütung ausgesetzt. Menschen mit Beeinträchtigungen befinden sich häufiger in dieser benachteiligten Situation. Im Jahr 2017 war die Zahl der Personen ohne beruflichen Abschluss unter den 30- bis 64-Jährigen mit 20,6 Prozent um fast 6 Prozentpunkte höher als bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen (Abbildung 35). Seit dem Jahr 2009 war dieser Anteil bei den Menschen mit Beeinträchtigungen leicht gesunken.

Abbildung 35: Bevölkerung ohne beruflichen Abschluss
im Alter von 30 bis 64 Jahren



Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Frauen mit Beeinträchtigungen haben häufiger keinen beruflichen Abschluss als Männer (Tabelle 43). Im Jahr 2017 hatten 21,9 Prozent der Frauen mit Beein-

⁶⁹ Zu den atypischen Beschäftigungsformen werden nach dem statistischen Bundesamt – in Abgrenzung vom Normalarbeitsverhältnis – Teilzeitbeschäftigungen mit 20 oder weniger Arbeitsstunden pro Woche, geringfügige Beschäftigungen, befristete Beschäftigungen sowie Zeitarbeitsverhältnisse gezählt (siehe hierzu auch das Kapitel 5 *Erwerbstätigkeit und materielle Lebenssituation* in diesem Teilhabebericht).

trächtigungen keinen beruflichen Abschluss, bei den Männern waren es 19,3 Prozent. Die doppelte Benachteiligung durch einen Migrationshintergrund und eine Beeinträchtigung wird daran deutlich, dass 43,1 Prozent dieser Personengruppe im Jahr 2017 keinen beruflichen Abschluss hatten – gegenüber 15,8 Prozent der Gleichaltrigen mit Beeinträchtigungen ohne Migrationshintergrund. Innerhalb der Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen hatten Menschen mit einer anerkannten Behinderung und einem Grad der Behinderung ab 50 sowie Menschen mit chronischen Erkrankungen (ohne anerkannte Behinderung) deutlich häufiger keinen beruflichen Abschluss als Menschen mit einer anerkannten Behinderung und einem Grad der Behinderung unter 50 (Tabelle 43).

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Tabelle 43: Bevölkerung ohne beruflichen Abschluss nach Geschlecht, Herkunft und Teilgruppen der Beeinträchtigungen
im Alter von 30 bis 64 Jahren

	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen		
	2009	2013	2017	2009	2013	2017
Insgesamt	22,2 %	20,7 %	20,6 %	15,5 %	14,4 %	15,0 %
Geschlecht						
Männer	18,0 %	17,6 %	19,3 %	13,0 %	12,4 %	13,8 %
Frauen	26,8 %	24,1 %	21,9 %	18,1 %	16,5 %	16,2 %
Herkunft						
ohne Migrati- onshinter- grund	17,5 %	16,3 %	15,8 %	9,9 %	8,8 %	8,3 %
mit Migrati- onshinter- grund	47,0 %	43,3 %	43,1 %	39,0 %	36,0 %	36,5 %
Teilgruppen der Beeinträchtigung						
chronisch kranke Men- schen (ohne anerkannte Behinderung)	23,8 %	23,7 %	24,1 %			
anerkannte Behinderung GdB unter 50	16,7 %	15,0 %	14,6 %			
anerkannte Behinderung GdB ab 50	24,8 %	23,1 %	23,2 %			

Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

4.5 Hochschulbildung

Artikel 24 Absatz 5 UN-BRK fordert nicht nur die Inklusion im Bereich der Schulbildung, sondern hält die Vertragsstaaten auch dazu an, sicherzustellen, dass „Menschen mit Behinderungen ohne Diskriminierung und gleichberechtigt mit anderen Zugang zu allgemeiner Hochschulbildung (...) haben“. Wie bereits im zweiten Teilhabebericht geschildert, sind die Bundesländer für die Hochschulbildung zuständig. In den Hochschulgesetzen der Länder ist festgelegt, dass Studierende mit Behinderungen oder chronischer Erkrankung in ihrem Studium nicht benachteiligt werden dürfen und die Angebote der Hochschulen möglichst ohne fremde Hilfe in Anspruch nehmen können.

4.5.1 Studierende mit Beeinträchtigungen

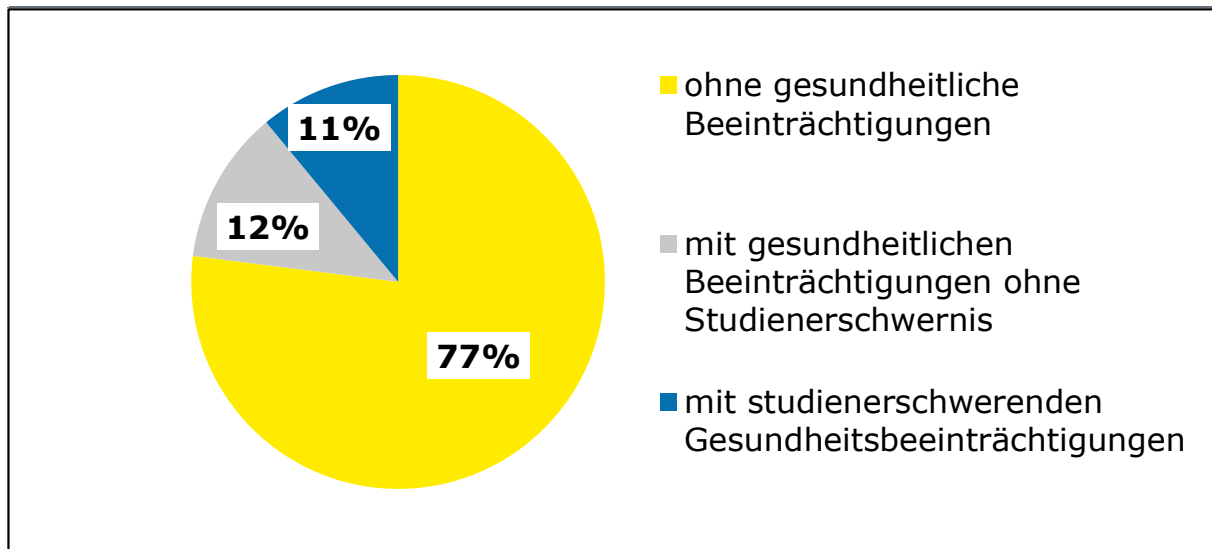
Im Jahr 2016 waren der 21. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks (Middendorff et al. 2017) zufolge bundesweit 23 Prozent der Studierenden gesundheitlich beeinträchtigt. Bei 11 Prozent aller Studierenden wirkten sich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach eigener Aussage studienerschwerend⁷⁰ aus, 6 Prozent gaben sogar eine starke beziehungsweise sehr starke Studienerschwerung an.⁷¹ Studierende mit studienrelevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen gehören zur Gruppe der Menschen mit Behinderungen. Entsprechend dem SGB IX und der UN-BRK werden gesundheitliche Beeinträchtigungen dann zu Behinderungen, wenn sie länger andauern und in Wechselwirkung mit Barrieren in der Umwelt negative Auswirkungen auf die Teilhabe haben.

⁷⁰ Gesundheitliche Beeinträchtigungen sind nach der Definition der Studie des Studentenwerks in Einklang mit der UN-BRK Definition dann studienrelevant, wenn sie länger andauern und im Wechselspiel mit bestehenden Barrieren zu Studienerschwerungen und zu Teilhabeeinschränkungen beim Zugang zum und bei der Durchführung des Studiums führen.

⁷¹ Auswertung der Prognos AG auf Basis von Middendorff / Apolinarski et al. 2017, ohne Abbildung.

Abbildung 36: Studierende mit Beeinträchtigungen

Studierende mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach Grad der Studienschwernis, 2016



Quelle: Middendorff et al. 2017, Berechnung und Darstellung Prognos

Studienrelevante Beeinträchtigungen wirken sich in hohem Maße auf den Studienverlauf aus. Der 21. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerkes zufolge wechselten Studierende mit studienschwerenden Beeinträchtigungen (31 %) häufiger als diejenigen ohne Beeinträchtigungen (21 %) ihren Studiengang beziehungsweise ihre Hochschule (22 % vs. 16 %). Deutliche Unterschiede zeigten sich zudem bei der Häufigkeit von Studienunterbrechungen. Studierende mit studienschwerenden Beeinträchtigungen unterbrachen ihr Studium anteilig mehr als doppelt so häufig (32 %) wie diejenigen ohne Beeinträchtigungen (13 %). Als Gründe für ihre Studienunterbrechung(en) nannten Studierende mit Beeinträchtigungen im Rahmen der Befragung am häufigsten akute gesundheitliche Probleme (57 % vs. 10 % ohne Studienbeeinträchtigung).⁷²

Eine wichtige Datengrundlage zur Situation von Studierenden mit Beeinträchtigungen ist die bundesweite Umfrage des Deutschen Studentenwerks *beeinträchtigt studieren*, die sowohl im Sommersemester 2011 als auch im Wintersemester 2016/2017 durchgeführt wurde (Deutsches Studentenwerk, 2012 und 2018).⁷³

⁷² Auswertung der Prognos AG auf Basis von Middendorff / Apolinarski et al. 2017, ohne Abbildung.

⁷³ Um eine ausreichend hohe Zahl Studierender mit studienrelevanten Beeinträchtigungen zu erreichen und gleichzeitig die erhebliche Vielfalt der Zielgruppe abzubilden, wurden im Wintersemester 2016/2017 insgesamt circa 1,2 Millionen Studierende angeschrieben (Sommersemester 2011: fast jede beziehungsweise jeder dritte

Dabei wurden ausschließlich Studierende befragt, die nach eigenen Angaben studienerschwerende gesundheitliche Beeinträchtigungen haben.⁷⁴ In der aktuellen Befragung 2016/2017⁷⁵ gaben 15 Prozent der befragten Studierenden an, eine anerkannte Behinderung zu haben, von diesen hatten 9 Prozent eine anerkannte Schwerbehinderung.⁷⁶

Tabelle 44 zeigt, welche Arten von Beeinträchtigungen die Studierenden aufweisen, die sich an der Umfrage beteiligten.⁷⁷ Mehr als die Hälfte der befragten Studierenden gaben als häufigsten Grund für eine Studienerschwerung eine psychische Beeinträchtigung beziehungsweise eine seelische Erkrankung an (53 %). Im Vergleich zum Jahr 2011⁷⁸ nahm diese Beeinträchtigungsform damit um 8 Prozentpunkte zu. Die meisten Befragten mit studienerschwerenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen gaben ein mindestens mittleres Maß der Studienerschwerung an, am häufigsten war dies bei Studierenden mit psychischen Beeinträchtigungen beziehungsweise seelischen Erkrankungen der Fall. Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Studierenden waren eher gering ausgeprägt.⁷⁹

Studierende in Deutschland wurde angeschrieben), von denen jedoch lediglich Studierende mit studienrelevanten Beeinträchtigungen gebeten wurden, sich an der Befragung zu beteiligen. An der Online-Erhebung im Wintersemester 2016/2017 beteiligten sich fast 21.000 Studierende mit studienerschwerenden Beeinträchtigungen (Sommersemester 2011: fast 16.000) und gaben ausführlich Auskunft über beeinträchtigungsbezogene Schwierigkeiten im Studium und bei der Studienaufnahme sowie ihre Strategien im Umgang mit der Beeinträchtigung. Die Daten der Befragung wurden per Ausgleichsgewichtung an die Daten der 21. Sozialerhebung hinsichtlich der Merkmale Form der Beeinträchtigung, Alter, Geschlecht, Bundesland und Hochschulart angepasst. Sie sind repräsentativ für Studierende mit studienrelevanten Beeinträchtigungen, die im Wintersemester 2016/2017 an staatlichen und staatlich anerkannten Hochschulen der Hochschulrektorenkonferenz eingeschrieben waren. (Sommersemester 2011: Die Ergebnisse der Umfrage sind für die Gruppe der Studierenden mit Behinderung/chronischer Krankheit repräsentativ.)

⁷⁴ Dies entspricht der Abgrenzung aus der 21. Sozialerhebung des Studentenwerks oben.

⁷⁵ In der aktuellen Studie wird darauf hingewiesen, dass die Veränderungen der Anteile gegenüber der Studie des Jahres 2011 an dieser Stelle insofern zurückhaltend zu interpretieren sind, als im Sommersemester 2011 zum Teil andere Hochschulen an der Studie teilnahmen und ein anderes Gewichtungsverfahren angewendet wurde. Würde dies berücksichtigt, bestünden den Autorinnen und Autoren zufolge kaum Unterschiede im Zeitvergleich beim Vorliegen einer amtlichen Behinderung.

⁷⁶ Auswertung der Prognos AG auf Basis des Deutschen Studentenwerks 2018, ohne Abbildung.

⁷⁷ Bei mehrfachen Beeinträchtigungen wurde die Beeinträchtigungsform gewählt, die sich nach Aussagen der Befragten am stärksten auf den Studienverlauf auswirkt.

⁷⁸ Auswertung der Prognos AG auf Basis des Deutschen Studentenwerks 2012, ohne Abbildung.

⁷⁹ Zum den Beeinträchtigungen von Studierenden äußert sich der wissenschaftliche Beirat im Kommentar zu diesem Kapitel.

Tabelle 44: Studierende mit studienerschwerenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach Art und Ausmaß der Beeinträchtigung und Geschlecht

Wintersemester 2016/2017

Form der Beeinträchtigung, die sich am stärksten im Studium auswirkt	Anteil insgesamt	Geschlecht		Anteil der Studierenden mit mindestens mittlerer Studienerschwernis**
		männlich	weiblich	
psychische Beeinträchtigung/seelische Erkrankung	53 %	50 %	55 %	96 %
chronisch-somatische Krankheit	20 %	19 %	22 %	85 %
sonstige Beeinträchtigung/Erkrankung	6 %	7 %	5 %	84 %
Teilleistungsstörung	4 %	6 %	3 %	83 %
Mobilitäts- und Bewegungsbeeinträchtigung	4 %	5 %	4 %	81 %
Sehbeeinträchtigung	3 %	5 %	2 %	75 %
Hör-/Sprechbeeinträchtigung	3 %	4 %	2 %	78 %
psychische Beeinträchtigungen und chronisch-somatische Erkrankung	2 %	2 %	2 %	99 %
andere Mehrfachbeeinträchtigungen*	5 %	5 %	5 %	98 %
insgesamt	100 %	100 %	100 %	91 %

* In dieser Kategorie sind alle Studierenden zusammengefasst, die in mehreren Kategorien in gleichem Maße im Studium beeinträchtigt sind.

** Es liegt eine vierstufige Skala (sehr stark, eher stark, teils/teils, eher/sehr schwach) zugrunde. Der Anteil bezieht sich auf alle Studierenden ohne diejenigen mit eher/sehr schwachen Studienerschwernis. Daher ist der Anteil insgesamt in dieser Spalte kleiner 100 Prozent.

Quelle: Deutsches Studentenwerk 2018, Berechnung und Darstellung Prognos

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

4.5.2 Barrierefreie Hochschule

Bauliche Barrierefreiheit ist für Menschen mit Beeinträchtigungen eine grundlegende Zugangsvoraussetzung für den Besuch einer Hochschule. Die im Rahmen der aktuellen Studie *beeinträchtigt studieren* befragten Studierenden machten im Wintersemester 2016/2017 Angaben zu ihrem Bedarf an baulicher Barrierefreiheit, räumlichen Bedingungen oder technischen/personellen Hilfsmitteln.⁸⁰ Insgesamt 32 Prozent der Befragten hatten aufgrund ihrer Beeinträchtigungen einen entsprechenden Bedarf. Mit Abstand am höchsten war der Bedarf an Ruhe- und Rückzugsräumen (21 %).⁸¹ Der hohe ungedeckte Bedarf an Ruhe- und Rückzugsräumen war schon bei der Befragung im Sommersemester 2011 ein wichtiges Thema.⁸²

Studierende, die aufgrund ihrer Beeinträchtigung Bedarf an baulicher Barrierefreiheit/räumlichen Vorkehrungen hatten, wurden zudem nach konkreten Schwierigkeiten im Zusammenhang mit baulichen Barrieren und/oder räumlichen Bedingungen gefragt. Von den Studierenden mit studienrelevanten Beeinträchtigungen gaben 28 Prozent an, dass sie zur Durchführung ihres Studiums auf bauliche Barrierefreiheit und/oder bestimmte räumliche Bedingungen angewiesen sind, das heißt einen entsprechenden Bedarf besitzen. Von den Studierenden mit studienrelevanten Beeinträchtigungen berichteten 7 Prozent, dass ihnen aufgrund baulicher Barrieren oder unzureichender räumlicher Bedingungen tatsächlich beeinträchtigungsbezogene Schwierigkeiten bei der Studiendurchführung entstanden sind. Besondere Bedeutung haben die baulichen Gegebenheiten und räumlichen Bedingungen für Studierende mit Bewegungsbeeinträchtigungen, mit Sinnesbeeinträchtigungen und mit Mehrfachbeeinträchtigungen, von denen jeweils mehr als zwei Fünftel auf bauliche Barrierefreiheit und/oder bestimmte räumliche Bedingungen angewiesen sind. Gleichzeitig haben Studierende mit diesen Beeinträchtigungen häufig Schwierigkeiten in diesem Bereich (Tabelle 45).

⁸⁰ Die Abfrage hat sich im Vergleich zur Befragung im Jahr 2011 verändert. 2011 lagen differenzierte Aussagen zum beeinträchtigungsbedingten Bedarf bezogen auf Raumqualität und Raumangebote sowie Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von Gebäuden vor.

⁸¹ Auswertung der Prognos AG auf Basis des Deutschen Studentenwerks 2018, ohne Abbildung.

⁸² Auswertung der Prognos AG auf Basis des Deutschen Studentenwerks 2012, ohne Abbildung.

Tabelle 45: Bedarf an baulicher Barrierefreiheit an Hochschulen
Wintersemester 2016/2017

Form der Beeinträchtigung, die sich am stärksten im Studium auswirkt	Anteil Studierender mit Bedarf an baulicher Barrierefreiheit/räumlichen Bedingungen	Anteil Studierender mit konkreten Schwierigkeiten im Bereich baulich-räumliche Bedingungen
Mobilitäts- und Bewegungsbeeinträchtigung	43 %	29 %
Hör-/Sprechbeeinträchtigung	56 %	29 %
Sehbeeinträchtigung	48 %	20 %
andere Mehrfachbeeinträchtigungen*	48 %	17 %
chronisch-somatische Krankheit	25 %	7 %
sonstige Beeinträchtigung/Erkrankung	34 %	8 %
psychische Beeinträchtigungen und chronisch-somatische Erkrankung	37 %	7 %
psychische Beeinträchtigung/seelische Erkrankung	24 %	3 %
Teilleistungsstörung	22 %	2,4 %
Insgesamt	28 %	7 %

* In dieser Kategorie sind alle Studierenden zusammengefasst, die in mehreren Kategorien in gleichem Maße im Studium beeinträchtigt sind.

Quelle: Deutsches Studentenwerk 2018, Berechnung und Darstellung Prognos

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Zu einer Barriere kann auch die finanzielle Situation werden, insbesondere dann, wenn aufgrund von Beeinträchtigungen ein finanzieller Mehrbedarf vorhanden ist. Ein finanzieller Mehrbedarf kann unmittelbar durch die Beeinträchtigung und damit unabhängig vom Studium entstehen (beeinträchtigungsbedingte Zusatzkosten) oder im Zusammenhang mit dem Studium stehen (studienbezogene Zusatzkosten). Nachteilsausgleiche sollen Benachteiligungen, die aufgrund von Beeinträchtigungen bestehen, individuell ausgleichen und können sowohl für die Organisation und Durchführung des Studiums beantragt werden als auch für Prüfungen und Leistungsnachweise. Im Wintersemester 2016/2017 stellte etwa ein Drittel der Befragten einen entsprechenden Antrag.⁸³ Als Gründe für die Nichtbeantragung der Leistung nannten jeweils ungefähr die Hälfte der Studierenden, dass ihnen die Anspruchsberechtigung oder die Chancen des Antrages unklar waren, dass sie Hemmungen hatten, sich an jemanden zu wenden, oder dass sie keine „Sonderbehandlung“ wollten. Der Bekanntheitsgrad der Leistung scheint im Vergleich zur vorherigen Befragung gestiegen zu sein: Der Anteil der Befragten, denen die Möglichkeit der Leistungsbeantragung nicht bekannt war und die deshalb keinen Antrag stellten, sank um 13 Prozentpunkte auf 44 Prozent. Dagegen stieg der Anteil derer, die von einer Antragsstellung absahen, weil sie nicht wollten, dass ihre Beeinträchtigung bekannt wird, um 11 Prozentpunkte auf 42 Prozent an.⁸⁴

In fast allen Bundesländern ist mittlerweile die Bestellung oder Benennung von Hochschulbeauftragten für die Belange von Studierenden mit Behinderungen beziehungsweise von Diversitätsbeauftragten gesetzlich verankert. Lediglich in Bremen, Hessen und Sachsen sind keine entsprechenden Regelungen vorhanden. Die Regelungen zu den Mitwirkungsrechten der Behindertenbeauftragten sind in den Bundesländern unterschiedlich konkret und umfassend ausgestaltet. (Deutsches Studentenwerk 2020)

4.5.3 Studienwunsch und tatsächliche Aufnahme eines Studiums

Von den Studierenden, deren Beeinträchtigungen bereits vor Studienbeginn aufgetreten sind, gaben 44 Prozent in der Befragung des Studentenwerkes *beeinträchtigt studieren* im Wintersemester 2016/2017 an, dass ihr derzeitiger Studiengang nicht ihr ursprünglicher Wunschstudiengang ist (2011: 40 %). Für 45 Prozent der an der Befragung Teilnehmenden waren die Gründe dafür ihre Beeinträchtigungen. Im Sommersemester 2011 gaben dies nur 23 Prozent an, demnach verursacht eine Beeinträchtigung häufiger einen Wechsel des Studiengangs. Insgesamt studierte laut der Befragung best 2 (2016/17) ein Fünftel aller

⁸³ Auswertung der Prognos AG auf Basis des Deutschen Studentenwerks 2018, ohne Abbildung.

⁸⁴ Auswertung der Prognos AG auf Basis des Deutschen Studentenwerks 2018 und 2012, ohne Abbildung.

Studierenden, deren Beeinträchtigungen schon vor Studienaufnahme bestanden, aus beeinträchtigungsbedingten Gründen nicht das ursprüngliche Wunschstudienfach. Im Jahr 2011 gaben das nur 9 Prozent dieser Gruppe an. Als wichtigste beeinträchtigungsbezogene Gründe für eine Entscheidung gegen das Wunschstudienfach nannten die Studierenden die eingeschränkte Studierbarkeit (61 %) und schlechte Berufsaussichten mit Beeinträchtigung (29%). Insbesondere Studierende mit psychischen Beeinträchtigungen in Kombination mit chronisch-somatischen Erkrankungen sowie mit Mehrfachbeeinträchtigungen studieren häufiger als andere aus beeinträchtigungsbezogenen Gründen nicht im Wunschstudienfach.⁸⁵

4.5.4 Promotionsstudium

Den formalen Rahmen für den Zugang zur Promotion sowie deren Ablauf bilden die Promotionsordnungen, die von den zuständigen Fachbereichen beziehungsweise Fakultäten verabschiedet werden. Während in § 16 des Hochschulrahmengesetzes (HRG) geregelt ist, dass Prüfungsordnungen „die besonderen Belange behinderter Studierender zur Wahrung ihrer Chancengleichheit“ berücksichtigen müssen, gibt es keine vergleichbare Regelung für Promotionsordnungen.

Es ist nicht bekannt, wie viele Promovierende mit Behinderungen es in Deutschland gibt. Neben statistischen Daten fehlen auch empirische Befunde zur Situation von (Nachwuchs-)Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen.⁸⁶ (Konsortium Bundesbericht Wissenschaftlicher Nachwuchs 2013) Vereinzelt wissenschaftliche Untersuchungen geben jedoch Hinweise darauf, dass Teilhabebarrrieren für Promovierende mit Beeinträchtigungen bestehen. Ein Großteil der hierzu vorliegenden Forschungsergebnisse stammt aus dem vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) geförderten Projekt *PROMI – Promotion inklusive*, in dessen Rahmen in den Jahren 2013 bis 2016 insgesamt 45 Promotionsstellen für Hochschulabsolventinnen und -absolventen mit Behinderungen an 21 kooperierenden Hochschulen in Deutschland geschaffen wurden.⁸⁷ Seit dem Jahr 2013 wird das Förderprogramm durch

⁸⁵ Auswertung der Prognos AG auf Basis des Deutschen Studentenwerks 2018 und 2012, ohne Abbildung.

⁸⁶ Im aktuellen Bundesbericht Wissenschaftlicher Nachwuchs aus dem Jahr 2017 wird das Thema Datenlücke bezüglich Menschen mit Behinderungen in der Wissenschaft nicht mehr explizit erwähnt. Es wird lediglich darauf hingewiesen, dass bislang nur vereinzelt Forschungsergebnisse dazu vorliegen, wie eine mögliche Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in der Wissenschaft deren Karrierechancen beeinflussen.

⁸⁷ Bei den Promotionsstellen handelt es sich um halbe wissenschaftliche Stellen, die zunächst auf drei Jahre befristet sind, auf individuellen begründeten Antrag jedoch um bis zu zwei weitere Jahre verlängert werden können. Die teilnehmenden Hochschulen sind über ganz Deutschland verteilt und befinden sich in insgesamt zwölf Bundesländern.

die Universität Köln wissenschaftlich begleitet und evaluiert (Evaluation läuft bis 2021) (Universität zu Köln 2020).

Im Rahmen der Evaluation des *PROMI*-Projektes wurden die insgesamt 199 Promotionsordnungen (inklusive der dazugehörigen Ordnungen zur Änderung der Promotionsordnungen) der 20 am *PROMI*-Projekt beteiligten Universitäten mit Promotionsrecht ausgewertet.⁸⁸ Die Analyse dieser Dokumente (Stand: 1/2017) ergab, dass die meisten dieser Ordnungen keine besonderen Regelungen für Promovierende mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen treffen. Insgesamt finden sich in 41 Ordnungen (Anteil von 20 % an allen Promotionsordnungen) von zehn Hochschulen Regelungen, in denen Promovierende mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen oder dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen erwähnt werden. Die getroffenen Regelungen verbleiben häufig auf einem eher abstrakten Niveau, ohne dass beispielsweise konkrete Anregungen zu möglichen Nachteilsausgleichen gegeben werden.⁸⁹ Ein Zwischenergebnis der Evaluation ist außerdem, dass das Promovieren mit Behinderungen nicht nur als Querschnittsthema, sondern auch als Längsschnittthema betrachtet werden sollte. So spielen dem Evaluationsteam zufolge beispielsweise die Inklusivität des gesamten Bildungssystems, die Gestaltung von Übergängen (von der Schule zum Studium, vom Studium zur Promotion et cetera) sowie die Überwindung von Barrieren in den Köpfen (z. B. Vorurteile gegenüber Menschen mit Behinderungen) und die Etablierung einer inklusiven Unternehmenskultur eine bedeutende Rolle dabei, Menschen mit Behinderungen einen chancengerechten Zugang zur Promotion zu ermöglichen. (Bauer et al. 2017)

4.5.5 Übergang vom Hochschulstudium in den Beruf

Der Bildungsbericht des Jahres 2014, der ein gesondertes Kapitel zum Thema Menschen mit Behinderungen im Bildungssystem enthält, zeigt auf Basis von Daten des Mikrozensus 2011, dass die Erwerbsbeteiligung von Hochschulabsolventinnen und -absolventen mit Behinderungen im Alter von 25 bis unter 45 Jahren mit 61,2 Prozent um 25,4 Prozent geringer ist als unter gleich qualifizierten Mitarbeiterinnen und -bewerbern ohne Behinderungen. (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2014) Diese Differenz in der Erwerbsbeteiligung deutet darauf

⁸⁸ Als 21. Kooperationspartnerin hat die Hochschule Bremen kein eigenes Promotionsrecht, sondern ermöglicht die Promotion in Kooperation mit der Universität Bremen.

⁸⁹ Die (fehlende) Erwähnung von Menschen mit Behinderungen in der Promotionsordnung lässt keine zwingenden Aussagen darüber zu, wie barrierefrei oder inklusiv eine Hochschule tatsächlich aufgestellt ist und ob auf Bedarfe von Promovierenden mit Behinderungen in der Praxis eingegangen wird. Der Prozess, wie individuelle Lösungen tatsächlich gefunden werden, wird im Rahmen des Projektes *PROMI* – Promotion inklusive noch umfassender analysiert werden.

hin, dass für Hochschulabsolventinnen und -absolventen mit Behinderungen Teilhabebarrieren auf dem Arbeitsmarkt existieren, die ihre Chancen auf einen erfolgreichen Übergang vom Studium in den Beruf verringern.

Eine explorative Pilotstudie⁹⁰ zur beruflichen Teilhabe für hochqualifizierte Menschen mit Behinderungen von Niehaus und Bauer aus dem Jahr 2013 liefert Hinweise darauf, dass beim Übergang von Studierenden mit Behinderungen in den Beruf vor allem Barrieren in den Köpfen eine wichtige Rolle zu spielen scheinen. So bestehen bei potenziellen Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern – sofern eine Behinderung in der Bewerbung beziehungsweise im Bewerbungsprozess erkennbar ist – nicht selten Berührungsängste, Unsicherheiten und Vorurteile, z. B. bezüglich einer verringerten Leistungsfähigkeit oder häufigerer Krankmeldungen von Bewerberinnen und Bewerbern mit Behinderungen. Dies führt zu einer Chancungleichheit für Bewerberinnen und Bewerber mit Behinderungen. Für Bewerberinnen und Bewerber, deren Behinderung nicht auf den ersten Blick sichtbar ist, liegt es daher nahe, ihre Behinderung bei der Bewerbung zu verschweigen. Aufgrund der fehlenden Barrierefreiheit von Praktika, Nebenjobs und Auslandsaufenthalten können sie zudem im Vergleich zu Bewerberinnen und Bewerbern ohne Behinderungen zusätzlich benachteiligt sein. Die im Rahmen der Pilotstudie befragten Studierenden mit Behinderungen bemängelten in diesem Zusammenhang die fehlende Unterstützung bei der Schärfung ihres beruflichen Qualifikationsprofils und wünschten sich Coachings oder Schulungen zum Thema Umgang mit eigenen Fähigkeiten und Beeinträchtigungen im beruflichen Orientierungs- und Bewerbungsprozess. Auch von den befragten Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern wurden solche Angebote als sinnvoll eingestuft. (Niehaus / Bauer 2013)

Studierende auf eine zukünftige berufliche Tätigkeit vorzubereiten, ist eine wichtige Aufgabe von Hochschulen (§ 2 Absatz 1 und § 7 HRG). Die 11. Mitgliederversammlung der Hochschulrektorenkonferenz (HRK) beschloss 2011 in einer Empfehlung, an den Hochschulen sogenannte Career Services einzurichten, welche die Fachbereiche und Fakultäten darin unterstützen sollen, die Studierenden auf den Übergang in die Berufstätigkeit vorzubereiten und gleichzeitig Unternehmen als Anlaufstelle zu dienen. (HRK 2011)

⁹⁰ Es handelt sich um keine repräsentative deutschlandweite Datenerhebung. Für die Studie wurden bereits verfügbare öffentliche Daten und Statistiken ausgewertet und Erfahrungen und Expertisen relevanter Akteure über eine Zukunftswerkstatt sowie über Online-Experteninterviews eingebunden.

Die beiden bisherigen Befragungen der Career Services an deutschen Hochschulen in den Jahren 2014⁹¹ und 2017⁹² zeigen jedoch, dass bisher nur wenige Career Services spezifische Beratungsangebote für Studierende beziehungsweise Alumni mit Behinderungen vorhalten. Im Jahr 2017 boten 45,0 Prozent (n=54) der 120 befragten Career Services überhaupt zielgruppenspezifische Angebote an.⁹³ Nur 99 der befragten Career Services machten im Jahr 2017 Aussagen dazu, an welche Zielgruppe sich ihre Angebote konkret richten. Von diesen 99 Career Services boten 14,1 Prozent (n=14) spezifische Angebote für Studierende beziehungsweise Alumni mit Behinderungen an (2014: 12,0 Prozent, n=15, N=125). (csnd 2015 und 2018) In der (bisher einzigen) Evaluation der HRK zur *Hochschule für Alle* aus dem Jahr 2013 werden die Career Services als beratende Akteure für Studierende mit Behinderungen gar nicht explizit genannt. Studierende mit Behinderungen werden demnach bisher hauptsächlich von den Beauftragten für die Belange Studierender mit Behinderungen beraten. 54 Prozent dieser Beauftragten kooperieren den Evaluationsergebnissen zufolge mit den Career Services. (HRK 2013)

Ein vom Career Service Netzwerk Deutschland e. V. im Jahr 2016 veröffentlichter Beitrag von Bauer und Bäuerlen, der Denkanstöße und Hilfestellungen für die Arbeit von Career Services im Kontext der Gestaltung der *Inklusiven Hochschule* und des Übergangs von Studierenden mit Behinderungen ins Arbeitsleben geben will, konstatiert, dass die Career Services der Hochschulen in Deutschland weder die Ressourcen noch den Auftrag hätten, Studierende hinsichtlich ihrer Teilhabebarrrieren am Arbeitsmarkt zu beraten. Innerhalb und außerhalb der Hochschulen gebe es jedoch kompetente Ansprechpersonen, mit denen die Career Services sich vernetzen und an die sie ratsuchende Studierende mit spezifischen Anliegen verweisen könnten. Career Services sollten sich den Autorinnen zufolge daher vor allem auf die Barrierefreiheit und Niedrigschwelligkeit ihrer bestehenden Angebote sowie eine auch auf die Bedarfe der Zielgruppe angepasste Öffentlichkeitsarbeit konzentrieren. Eine sinnvolle Unterstützung von Studierenden mit Behinderungen am Übergang ins Arbeitsleben sei im Rahmen der berufsorientierenden Beratung der Career Services der Hochschulen nur mit einem individuumszentrierten und ressourcenorientierten Ansatz möglich. (Bauer / Bäuerlen 2016)

⁹¹ Im Jahr 2014 nahmen 52,5 Prozent der 238 gelisteten Career Services in Deutschland an der Befragung teil (N=125).

⁹² Im Jahr 2017 nahmen 46,9 Prozent der 260 gelisteten Career Services in Deutschland an der Befragung teil (N=122).

⁹³ Der überwiegende Teil der zielgruppenspezifischen Angebote der Career Services an deutschen Hochschulen richtete sich bisher an internationale Studierende beziehungsweise Absolventinnen und Absolventen, Frauen sowie Studienabbrecher.

Seit über 20 Jahren veranstaltet die Informations- und Beratungsstelle Studium und Behinderung (IBS) beim Deutschen Studentenwerk Seminare zum Berufseinstieg speziell für Hochschulabsolvent*innen mit Behinderungen.

4.6 Lebenslanges Lernen und Erwachsenenbildung

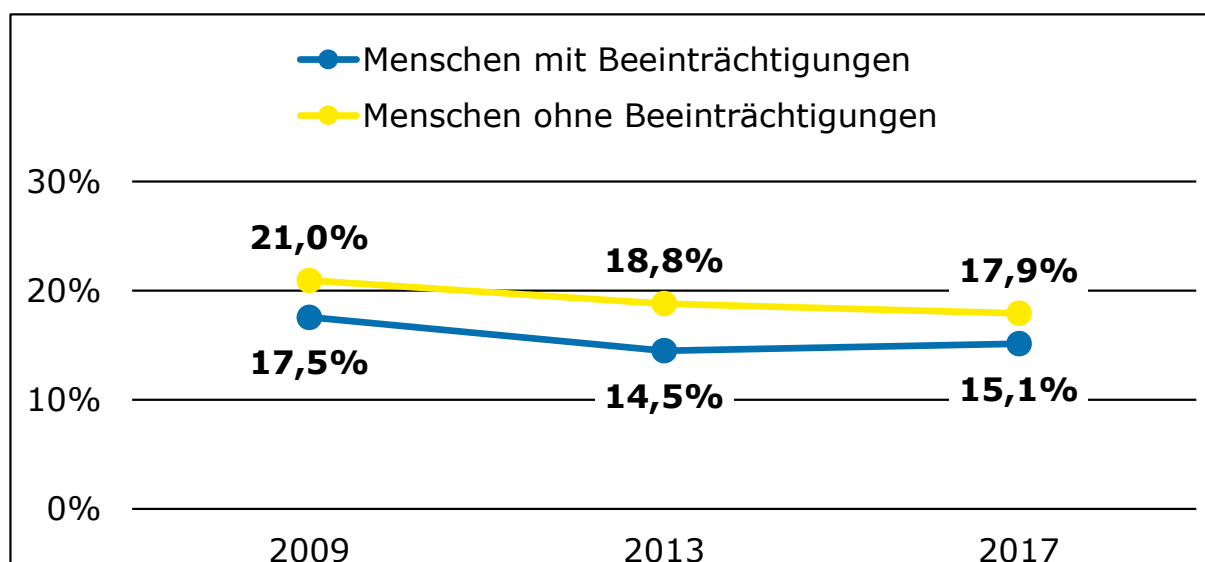
Bildung ist ein lebenslang stattfindender Prozess, der mit dem Erwerb allgemeinbildender und berufsqualifizierender Abschlüsse nicht beendet ist. Die moderne Arbeitswelt erfordert in hohem Maße, sich neues Wissen anzueignen sowie Fähigkeiten und Fertigkeiten im Umgang mit neuen Technologien zu erwerben. Dazu leistet die berufliche Weiterbildung einen wichtigen Beitrag. Unabhängig von der wirtschaftlichen Verwertbarkeit tragen Angebote der Erwachsenenbildung zur Persönlichkeitsentwicklung bei, ermöglichen eine bessere Verwirklichung der eigenen Lebensvorstellungen, eröffnen Teilhabechancen und unterstützen bei der Erschließung eigener Potenziale, die beispielsweise Beeinträchtigungen und altersbedingte Fähigkeitsverluste kompensieren können.

Angebote der Erwachsenenbildung machen insbesondere Volkshochschulen und vergleichbare Bildungsträger. Dort gibt es Kurse und Angebote speziell für Erwachsene mit Beeinträchtigungen ebenso wie inklusiv gestaltete Angebote. Schließlich machen auch Träger der Behindertenhilfe, wie beispielsweise Werkstätten für behinderte Menschen, sowohl berufliche als auch persönlichkeitsbildende Bildungsangebote für Erwachsene. Es werden aber weder die Anzahl und Inhalte dieser Angebote noch ihre Inanspruchnahme durch Menschen mit Beeinträchtigungen statistisch erfasst.

Erwerbstätige Menschen mit Beeinträchtigungen beteiligen sich seltener an allgemeiner und beruflicher Weiterbildung als Erwerbstätige ohne Beeinträchtigungen. Im Jahr 2017 nahmen 15,1 Prozent von ihnen an einer solchen Weiterbildung teil, bei den Erwerbstätigen ohne Beeinträchtigungen war der Anteil etwas höher (17,9 %). Die Teilnahmequote an Weiterbildungen stieg zuletzt bei den Erwerbstätigen mit Beeinträchtigungen zwischen 2013 und 2017 leicht an, erreichte aber noch nicht wieder das Niveau des Jahres 2009. (Abbildung 37)

Abbildung 37: Allgemeine oder berufliche Weiterbildung

Teilnahme von Erwerbstätigen an allgemeiner oder beruflicher Weiterbildung binnen zwölf Monaten



Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Betrachtet man unterschiedliche Teilgruppen der Erwerbstätigen mit Beeinträchtigungen, so fällt besonders auf, dass der Anteil der Erwerbstätigen mit einer Schwerbehinderung, die Weiterbildungsangebote wahrgenommen haben, mit 13,2 Prozent unterdurchschnittlich groß ist (Tabelle 46). Frauen nahmen in allen betrachteten Personengruppen häufiger an beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen teil. Besonders groß sind die Geschlechterunterschiede bei den Erwerbstätigen mit einem GdB unter 50 sowie mit einer anerkannten Schwerbehinderung. Die Altersgruppe der 18- bis 44-Jährigen nahm unabhängig vom Vorliegen einer Beeinträchtigung am häufigsten an einer Weiterbildung teil.

Tabelle 46: Allgemeine oder berufliche Weiterbildung nach Geschlecht, Alter und Teilgruppen der Beeinträchtigungen

Teilnahme von Erwerbstätigen an allgemeiner oder beruflicher Weiterbildung binnen zwölf Monaten

	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen		
	2009	2013	2017	2009	2013	2017
Insgesamt	17,5 %	14,5 %	15,1 %	21,0 %	18,8 %	17,9 %
Geschlecht						
Männer	16,3 %	13,6 %	13,2 %	19,8 %	17,9 %	17,0 %
Frauen	19,2 %	15,7 %	17,5 %	21,8 %	19,2 %	18,5 %
Alter						
18 bis 44 Jahre	19,6 %	17,1 %	18,5 %	22,5 %	20,2 %	19,1 %
45 bis 54 Jahre	19,9 %	17,0 %	16,9 %	20,9 %	19,3 %	18,6 %
55 bis 64 Jahre	14,4 %	11,9 %	13,5 %	16,7 %	15,2 %	15,3 %
Teilgruppen der Beeinträchtigung						
chronisch kranke Menschen (ohne anerkannte Behinderung)	17,7 %	15,1 %	15,7 %			
anerkannte Behinderung GdB unter 50	20,3 %	16,2 %	17,1 %			
anerkannte Behinderung GdB ab 50	15,2 %	12,8 %	13,2 %			

Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Die Finanzierung der beruflichen Weiterbildung erfolgt grundsätzlich durch Unternehmen, staatliche Unterstützung und Eigenbeiträge der Teilnehmenden, je nachdem, ob sie eher im Interesse des Unternehmens oder eher im persönlichen

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Interesse der Arbeitnehmerin beziehungsweise des Arbeitnehmers liegt. Weiterbildungsmaßnahmen für Arbeitslose werden im Rahmen des SGB III durch die BA finanziert. Die non-formalen Bildungsangebote der Volkshochschulen und vergleichbarer Bildungsträger werden durch die Grundförderung der Länder und Kommunen sowie durch Beiträge der Teilnehmenden finanziert.

4.7 Leistungen zur Ermöglichung der Teilhabe im Bereich Bildung und Ausbildung

4.7.1 Hilfen zu einer angemessenen Schulausbildung

Zu den Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII gehören Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung (§ 54 SGB XII).⁹⁴ Diese Hilfen sollen Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen sowie von einer Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen einen Schulbesuch im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht ermöglichen, sofern die Hilfen nicht aufgrund vorrangiger landesrechtlicher Regelungen oder von anderen Sozialleistungsträgern erbracht werden. Sie werden für den Besuch einer Regelschule erbracht und umfassen z. B. die Kostenübernahme für Schulbegleiterinnen und Schulbegleiter und behinderungsbedingte Mehrkosten bei Klassenfahrten.

Im Laufe des Jahres 2018 erhielten 84.851 Schülerinnen und Schüler Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung im Umfang von insgesamt 1.622 Millionen Euro – dies entspricht 8,2 Prozent aller gewährten Einzelleistungen der Eingliederungshilfe in diesem Jahr (

⁹⁴ Diese Leistungen wurden mit Wirkung zum 1. Januar 2020 in den Teil 2 (§ 112 SGB IX) aufgenommen.

Tabelle 47). Pro Fall ergaben sich damit Ausgaben für Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung von durchschnittlich 19.126 Euro. Während die Ausgaben für Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung im Zeitraum zwischen 2014 und 2018 um ein fast Drittel erhöht wurden, nahm die Anzahl der Leistungsbeziehenden nur um gut 13 Prozent zu. Folglich haben sich die Ausgaben pro Fall in diesem Zeitraum erhöht (+ 15,2 %).

Tabelle 47: Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung in und außerhalb von Einrichtungen

Hilfen im Laufe des Berichtsjahres

	Leistungs- beziehende	Bruttoausgaben (in Millionen Euro)	Ausgaben pro Fall (in Euro)
2014	74.879	1.244	16.610
2015	77.203	1.336	17.299
2016	78.831	1.379	17.496
2017	81.569	1.502	18.415
2018	84.851	1.622	19.126
Veränderung 2014–2018	+ 13,3 %	+ 30,4 %	+ 15,2 %

Quelle: Sozialhilfestatistik, Berechnung und Darstellung Prognos

4.7.2 Hilfen zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf

Leistungen der Eingliederungshilfe an Studierende mit Beeinträchtigungen sind statistisch nicht vollständig abzubilden. Zudem profitieren nur wenige Studierende mit Beeinträchtigung von diesen Leistungen. Insbesondere lassen sich die Jahresangaben schwer miteinander vergleichen, da sich die rechtliche Zuordnung und damit auch die statistische Erfassung der Leistungen verändert hat. So werden Leistungen teilweise den *Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben* zugeordnet. Wesentlich zur Teilhabesicherung tragen der Nachteilsausgleich im BAföG und Regelungen, u.a. zu Mehrbedarfen, im SGB II sowie Maßnahmen der Hochschulen zur Realisierung von barrierefreien Studienbedingungen und deren Bereitschaft von spezifischen Beratungs- und Unterstützungsangeboten bei.

Im Laufe des Jahres 2018 bezogen 972 Menschen mit Beeinträchtigungen Hilfen zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf. Auf diese entfielen Ausgaben im Umfang von rund 16,2 Millionen Euro (Tabelle 48).

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Tabelle 48: Hilfen zur schulischen Ausbildung

Hilfen zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf, einschließlich des Besuchs einer Hochschule, in und außerhalb von Einrichtungen, Hilfen im Laufe des Berichtsjahres

	Leistungs- beziehende	Bruttoausgaben (in Millionen Euro)	Ausgaben pro Fall (in Euro)
2014	1.019	14,7	14.427
2015	1.060	11,4	10.786
2016	1.103	10,4	9.459
2017	880	13,9	15.823
2018	972	16,2	16.705
Veränderung 2014–2018	- 4,6 %	+ 10,2 %	+ 15,8 %

Quelle: Sozialhilfestatistik, Berechnung und Darstellung Prognos

Studierende können für die Finanzierung von Studien- und Kommunikationsassistenten, technischen Hilfen zum Studium oder Mobilitätshilfen Eingliederungshilfe beantragen. Die Hochschulhilfen der Eingliederungshilfe werden statistisch nicht gesondert erfasst.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

4.8 Entwicklung der Teilhabe im Bereich Bildung und Ausbildung

Um eine Gesamteinschätzung der Entwicklungen der Teilhabe im Bereich Bildung und Ausbildung vorzunehmen, werden zusammenfassend drei Fragestellungen untersucht.

1. Bildung und Ausbildung sollen die Chancen von Menschen mit Beeinträchtigungen auf Teilhabe und Selbstbestimmung erhöhen. Welche Herausforderungen sind anhand der vorgestellten Statistiken erkennbar?

Immer mehr Kinder mit Beeinträchtigungen werden aufgrund einer festgestellten Beeinträchtigung speziell im Rahmen von Bildungseinrichtungen gefördert. Das zeigt sich bei Angeboten in der frühen Kindheit (Abschnitt 4.1) ebenso wie in den Schulen (Abschnitt 4.2), in denen die Zahl der Kinder mit sonderpädagogischer Förderung laufend ansteigt. In der beruflichen Bildung sieht es etwas anders aus insofern die Zahl der Auszubildenden mit Beeinträchtigungen weitgehend unverändert bleibt (Abschnitt 4.3). Im Hochschulbereich hat der Anteil der Studierenden mit studienerschwerenden psychischen Beeinträchtigungen deutlich zugenommen. Die Beteiligung von erwachsenen Menschen mit Beeinträchtigungen an allgemeiner und beruflicher Weiterbildung entspricht nahezu derjenigen von Menschen ohne Beeinträchtigungen (Abschnitt 4.6).

Diese zahlenmäßigen Entwicklungen sind jedoch nicht eindeutig zu interpretieren:

- Es kann sein, dass Beeinträchtigungen in der Bevölkerung zunehmen. Das würde jedoch voraussetzen, dass die Beeinträchtigungen beziehungsweise der Förderbedarf mit Kriterien und Verfahren festgestellt werden, die über die Zeit und auch in den verschiedenen Regionen weitgehend vergleichbar sind. Angesichts der teilweise erheblichen Steigerungen etwa im Schulbereich kann allerdings nicht davon ausgegangen werden, dass es sich um eine solche „quasi-epidemiologische Entwicklung“ handelt. Ebenso sprechen regionale Unterschiede gegen eine zeit- und ortsunabhängige Beständigkeit in der Feststellung von Beeinträchtigungen beziehungsweise Förderbedarf.
- Der Anstieg der der Anzahl festgestellter Beeinträchtigungen ist möglicherweise u.a. auf eine veränderte oder verbesserte Feststellung, z.B. im Erkennen eines Förder- und Unterstützungsbedarfs, zurückzuführen. Hierfür sprechen z. B. der Anstieg der Zahl von Schülerinnen und Schülern mit dem Förderschwerpunkt *Emotionale und soziale Entwicklung*.

- Eine andere mögliche Ursache könnte darin liegen, dass die gesellschaftliche Teilhabe bereits in der Kindheit voraussetzungsvoller wird und der entsprechende individuelle Förderbedarf also eher auf veränderte beziehungsweise gestiegene gesellschaftliche Anforderungen und Rahmenbedingungen zurückzuführen ist. Diese Annahme ist mit den vorliegenden Daten nicht überprüfbar.
- Schließlich spielt es auch eine Rolle, inwiefern sich die Qualität der Bildungs- und Ausbildungsangebote bezogen auf eine adäquate und chancengerechte Teilhabe entwickelt. Denn ein Anstieg von inklusiven Bildungs- und Ausbildungsangeboten bedeutet nicht notwendigerweise gleichzeitig eine verbesserte Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen.

Wenn die Unterstützung, die mit der Feststellung des Förderbedarfs oder der Beeinträchtigung verbunden ist, zu einer Verbesserung der individuellen Voraussetzungen für Teilhabe und zu einem größeren Teilhabeerfolg führt, ist die Zunahme der Geförderten positiv zu werten. So kann die hohe Übergangsquote von Absolventinnen und Absolventen der Ausbildungsberufe für Menschen mit Behinderungen in den Beruf als ein solcher Erfolg gewertet werden.

Diese Einschätzung muss jedoch zumindest teilweise eingeschränkt werden:

- So weisen die vorgestellten Statistiken darauf hin, dass Schülerinnen und Schüler an Förderschulen in den vergangenen Jahren zu einem hohen Anteil keinen Hauptschulabschluss erreicht haben und sich daran in den letzten Jahren nichts geändert hat.
- Menschen mit Beeinträchtigungen gelingt der Übergang aus der allgemeinbildenden Schullaufbahn in die berufliche Qualifizierungsphase schlechter als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Der Anteil von Personen ohne berufsqualifizierenden Abschluss ist unter ihnen deutlich größer, und es deutet sich in den letzten Jahren auch keine Angleichung an. Zudem erreichen sie seltener höhere berufliche Abschlüsse.
- Der Anteil an Auszubildenden mit Beeinträchtigungen an allen Auszubildenden in den Betrieben verharrt auf einem niedrigen Niveau.
- Schließlich haben Studierende mit Beeinträchtigungen mit vielfältigen Schwierigkeiten während des Studiums zu kämpfen, die dazu führen, dass sie seltener ihr Wunschstudienfach studieren, öfter das Studienfach wechseln und das Studium häufiger unter- oder sogar abbrechen.

Die Herausforderungen, die aus diesen Zahlen ablesbar sind, bestehen darin, dort, wo Förderung keine Perspektiven für die Teilhabe an Bildung und Ausbildung eröffnet, nachzusteuern. Aufschlussreich ist dabei ein Blick auf die Teilgruppen der Menschen mit Beeinträchtigungen. Es zeigt sich beispielsweise, dass es

bestimmte Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen wie etwa die Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung sind, die bei der Teilhabe an Bildung besonders benachteiligt sind (siehe auch Punkt 3 weiter unten in diesem Abschnitt). Auf der anderen Seite lohnt sich ein Blick auf erfolgreiche Unterstützungsformen. Zu diesen können die Ausbildungsberufe für Menschen mit Behinderungen gezählt werden und auch die Schwerbehindertenausgleichsabgabe-Verordnung zeigt einen positiven Effekt, der sich daran ablesen lässt, dass die Anzahl der Auszubildenden mit anerkannter Schwerbehinderung in den Betrieben kontinuierlich steigt.

2. Bildung und Ausbildung sollen so inklusiv wie möglich erfolgen. Wie entwickeln sich die Bildungsangebote in dieser Hinsicht?

Eine immer größere Zahl von Kindern mit Beeinträchtigungen besucht allgemeine Bildungs- beziehungsweise Betreuungseinrichtungen und erhält dort Fördermaßnahmen. Das gilt vor allem für den Bereich der Bildung und Betreuung in der vorschulischen Phase sowie in geringerem Ausmaß auch für die schulische Phase.

Dass der Anteil der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung, der an Regelschulen unterrichtet wird, steigt, bedeutet jedoch nicht, dass die Exklusion in gleichem Ausmaß abnimmt. Denn einem starken Anstieg der Inklusionsquote in den letzten Jahren steht nur eine geringfügige Abnahme der Sonderschulbesuchsquote gegenüber. Die hohe Inklusionsquote ist daher vor allem als ein Produkt der gestiegenen Förderquote zu verstehen.

Auch hier lohnt es sich, auf Details zu schauen. So zeigt sich etwa, dass die integrierten Gesamtschulen einen überproportionalen Beitrag zu einer inklusiven Schulbildung leisten, der noch über demjenigen der Hauptschulen liegt und um ein Mehrfaches über denen von Realschulen und Gymnasien. Die Orientierung der Gesamtschulen am Leitbild des gemeinsamen Lernens, aber auch der verbreitete Ganztagsbetrieb bei dieser Schulform scheinen für Inklusion gute Voraussetzungen zu schaffen.

Betriebe des allgemeinen Arbeitsmarkts tun sich nach wie vor schwer mit der Ausbildung von Menschen mit Beeinträchtigungen. Die duale Berufsausbildung absolviert nur ein sehr kleiner Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, der selbst angesichts des angespannten Ausbildungsmarkts nicht größer geworden ist. Dies ist eine – für den weiteren Lebensverlauf entscheidende – „Baustelle“ für die Inklusion in der Bildung.

An den Universitäten fällt der hohe Anteil an Studierenden mit studienerschwerenden Beeinträchtigungen auf. Die mit Abstand häufigste Beeinträchtigungsform

der Studierenden, die psychische Beeinträchtigung, nimmt weiter zu. Die große Zahl dieser Studierenden und die dokumentierten Schwierigkeiten im Studium aufgrund ihrer Beeinträchtigungen geben einem „Inklusionsauftrag“ der Hochschulen ein besonderes Gewicht und Hinweise für dessen Ausrichtung.

3. Besondere Aufmerksamkeit ist Personen mit mehrfachen Benachteiligungen im Sinne von sich überschneidenden Diskriminierungsformen (Intersektionalität) zu widmen. Welche Personengruppen lassen sich im Kontext von Bildung und Ausbildung als besonders vulnerabel beschreiben?

Die Betrachtung der Gesamtheit aller Menschen mit Beeinträchtigungen und ihr Vergleich mit Menschen ohne Beeinträchtigungen überdeckt die Besonderheiten von Teilgruppen. In diesem Bericht wird regelmäßig – soweit die Datengrundlagen dies zulassen – ausgewertet, wie sich die jeweilige Situation je nach Schwere der Beeinträchtigung, Geschlecht, Alter und Migrationshintergrund unterscheidet. Einige Ergebnisse weisen darauf hin, dass bestimmte Teilgruppen mit besonderen Benachteiligungen konfrontiert sind:

- Eine geistige Beeinträchtigung oder eine Lernbeeinträchtigung führen besonders häufig zur Exklusion.
- Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund haben besonders häufig keinen Schulabschluss. Ebenfalls überdurchschnittlich häufig trifft dies auf Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung zu.
- Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund fehlt auch besonders oft ein beruflicher Abschluss.
- Männer mit Beeinträchtigungen nehmen seltener an allgemeiner und beruflicher Weiterbildung teil. Das gleiche gilt für Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung.

Wünschenswert sind weitere Differenzierungen, die jedoch anhand der verwendeten Statistiken nicht möglich sind. Die Teilhabebefragung wird hierfür neue Möglichkeiten eröffnen.

4.9 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Bildung und Ausbildung

Einordnung und Bewertung der Ergebnisse

Im Mittelpunkt des Kapitels stehen die Fragen, inwieweit Bildung die Chancen auf Teilhabe und Selbstbestimmung verbessert, wie sich die Inklusion (bezogen auf den formalen Zugang zu einem Regelangebot) entwickelt und inwieweit sich

mehrfache Benachteiligungen erkennen lassen. Daraufhin bezogen sind die Daten sowie die getroffenen Einschätzungen zu bewerten. Das vorliegende Kapitel liefert in diesem Zusammenhang zum einen differenzierte Hinweise auf die Frage, wie sich die Teilhabe an Bildung bei Menschen mit Beeinträchtigungen über die Lebensspanne und hinsichtlich der Inklusion darstellt. Zum anderen wird deutlich, wie einzelne Bereiche der Bildung, insbesondere Schule und Ausbildung, zueinander und zur Teilhabe an weiteren Lebensbereichen in Beziehung stehen, vor allem zur Erwerbstätigkeit und materiellen Lebenssituation (Kapitel 5). Die im Kapitel getroffene Gesamteinschätzung zu den Leitfragen ist der Datenlage angemessen. Durch die Aufnahme von Vergleichsdaten aus dem Zeitraum seit 2014, teilweise auch seit 2009, sind nun an vielen Stellen begründete Aussagen zu Entwicklungstendenzen möglich. Künftig werden mit den von der Teilhabebefragung erhobenen Daten zum Zeitpunkt des Eintritts von Beeinträchtigungen im Lebenslauf genauere Aufschlüsse über den Einfluss von Faktoren wie der sozialen Lage und des Bildungsabschlusses auf die Entstehung und auf die Folgen von Beeinträchtigungen und Behinderung im Lebenslauf sowie auf Erwerbspositionen und -chancen möglich sein.

Die Merkmale Alter, Geschlecht, Art und Schwere der Beeinträchtigung und Migrationshintergrund zeigen im Kapitel Bildung nicht an allen Stellen, aber in durchgängiger Weise wie auch in weiteren Berichtskapiteln, besondere Exklusionsrisiken an. Vereinzelt rücken auch strukturelle und prozessbezogene Aspekte der Angebote in den Fokus, z. B. über den Einbezug von Studien zur schulischen Inklusion, die den hohen Stellenwert der Qualität der Strukturen, Prozesse und Einstellungen vor Ort bestätigen. Die Daten zeigen klar auf, dass der Bereich der Bildung Menschen mit Beeinträchtigungen perspektivisch gesehen vergleichsweise geringere Chancen auf Teilhabe eröffnet und sich zusätzlich spezifische Benachteiligungen und Ungleichheiten ergeben. Selbst hohe Bildungs- oder berufsqualifizierende Abschlüsse gehen mit einem Risiko einher, nicht der Qualifikation entsprechend am Arbeitsmarkt beschäftigt zu werden (Abschnitt 5.1). Die Inklusionschancen sind gestiegen, aber zugleich zeigen sich nun über den Vergleich mit den Teilhabeberichten von 2012 und 2016 die Bruchstellen und der weitreichende Stillstand deutlicher, denen Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte:

- Mit jeder Stufe im Bildungssystem nimmt die Inklusionswahrscheinlichkeit ab; die Zugänge zu schulischer Inklusion sind extrem ungleich verteilt und für einzelne Gruppen, insbesondere die schwerer beeinträchtigten Kinder und Jugendlichen, zeichnet sich eine Verfestigung der Sonderwege ab.
- Sonderwege stellen für alle Gruppen ein Risiko für den Zugang zum Erwerbsystem dar; das starre System der Vergabe von Zugangsberechtigungen und Statuszuschreibungen wirkt ebenfalls ungünstig darauf ein.

- Exklusionsrisiken koppeln sich deutlich an Schulabschlüsse; die soziale Ungleichheit, die mit Merkmalen wie ‚sonderpädagogischer Förderbedarf‘, ‚schwerbehindert‘, ‚Migrationshintergrund‘ und dem Geschlecht einhergeht, weist im Zeitverlauf, insbesondere nach den entscheidenden Übergängen, deutliche Dynamiken auf.
- Die Tatsache der hohen Zahl von beeinträchtigten Menschen ohne oder mit einer für die Erwerbschancen nachteiligen Berufsausbildung legt nahe, dass Hilfen zu spät einsetzen und intersektionale Problemlagen nicht in den Blick genommen werden, sodass dass jeder Übergang riskanter wird und Gefahren der Verfestigung und Ausweitung von Exklusionsrisiken bestehen.
- Den erheblichen strukturellen Effekten, die sich aufgrund der länderspezifischen, aber auch regionalen und kommunalen Besonderheiten ergeben, kommt dabei eine Schlüsselfunktion für die hochgradigen Unterschiede der Quantität von Bedarfslagen und der Qualität der Angebote zu.

Welche Einschränkungen lassen sich hinsichtlich der Daten feststellen? Generell ermöglichen die Datengrundlagen überwiegend nur Aufschlüsse über Fallzahlen, z. B. erreichte Abschlüsse oder Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen. Die hier bestehenden Mängel der Erfassung beziehungsweise der Statistiken werden verdeutlicht. Die Qualität der Lernprozesse und der Strukturen der Angebote vor Ort sind aber entscheidend dafür, welche biografischen Lernerfahrungen und welcher Kompetenzerwerb ermöglicht werden, welche Weichenstellungen für den Bildungsweg und spätere Teilhabechancen erfolgen. Zu diesen Fragen der Qualität der Angebote und der Bedarfsdeckung lassen sich kaum Aussagen treffen. Die Teilhabebefragung wird daran wenig ändern, denn zum einen werden Kinder und Jugendliche hier nicht miteinbezogen, zum anderen wird zum Thema Bildung einzig der Bildungsabschluss erfragt. Als vollständige Leerstelle erweist sich der Bereich der freiwilligen, außerschulischen und der informellen Bildung, wie sie z. B. durch und in Familien geschieht, was sich insbesondere mit Blick auf die Teilhabe der Kinder und Jugendlichen negativ bemerkbar macht. Bereits im letzten Bericht wurde hierauf verwiesen. Allein mit Blick auf die Ganztagsbildung und sozialräumliche Schulentwicklung würden sich ja Fragen nach Zugänglichkeit, Qualität und Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe stellen (Beck 2016a; 2016b; Voigts 2015). Es geht hier zudem um biografische Lernerfahrungen durch die Teilhabe an Kultur-, Spiel- und Sportangeboten und darum, dass z. B. die Offene Kinder- und Jugendarbeit ein bedeutsames Feld demokratischer Bildung darstellt. Mittlerweile liegen zur Inklusion in die Offene Kinder- und Jugendarbeit und Jugendverbände auch ausreichend empirische Belege vor (z. B. Meyer 2016). Für den Bereich der beruflichen Bildung kann nur wie bereits 2016 festgestellt werden, dass das Kapitel die möglichen Wege in die Ausbildung und den

Beruf benennt, aber hinsichtlich konkreter Zahlen, wie sich die Übergänge gestalten, keine Aussagen getroffen werden können, z. B. was Ausbildungsplätze in Berufen für behinderte Menschen in Betrieben oder aber in den Berufsbildungswerken (BBW) betrifft. Auch der Einblick in die Weiterbildung ist sehr eingeschränkt, für den Bereich der Erwachsenenbildung gibt es derzeit keine belastbaren Daten.

Exemplarische Analyse von Entwicklungstendenzen

Zum Verständnis der Dynamiken, wie sie sich in den steigenden Fallzahlen, aber auch in den großen Unterschiedlichkeiten im Zugang zu Angeboten sowie in den, von der frühen Bildung abgesehen, stillstehenden Inklusionsprozessen niederschlagen, ist ein Blick auf zwei Übergänge zentral: den von der Kita in die Schule und den Übergang von der Schule in Ausbildung und Beruf. Hieran lässt sich der Forschungsbedarf beispielhaft beleuchten. Bildungsprozesse vollziehen sich über die Lebensspanne hinweg und strukturieren den Lebenslauf nicht nur durch den Erwerb von Zugangsberechtigungen, sondern auch durch ihre Verknüpfung mit bedeutenden Übergängen im Lebenslauf. Von der Bewältigung der Übergänge im jüngeren Erwachsenenalter (18 bis 34 Jahre) „hängen Arbeitsmarktteilnahme und materielle Absicherung, mittelbar aber auch die Gestaltung anderer Lebensumstände ab“ (BMAS 2017: 289). Der Armuts- und Reichtumsbericht (BMAS 2017) hebt zentrale Übergänge besonders hervor, da mit der Zuweisung zu einem System auch jeweils Weichen gestellt werden, die langfristige Wirkungen entfalten, wie z. B. ein fehlender Schulabschluss. Übergänge sind immer Schnittstellen zwischen Lebensbereichen, aber in der Regel auch zwischen institutionellen Angeboten, Zuständigkeiten und Rechtsansprüchen. Stellen Kooperation und Vernetzung der professionellen Systeme von Bildung, Beratung, Unterstützung schon ein generelles Erfordernis der besonderen und der inklusiven Teilhabeförderung dar, steigert sich ihre Bedeutung an den Übergängen noch einmal erheblich.

Im Bereich der frühen Bildung und Erziehung vor dem Schulalter tragen grundlegend die Familien die Aufgaben der Erziehung, Bildung und Betreuung; Angebote wie Kindertageseinrichtungen und die Familien übernehmen eine „wechselseitige Ergänzungsfunktion“ (Schwarzburg-von Wedel / Weiß 2010: 255). Im Kindes- und Jugendalter ist Bildung zudem nicht denkbar ohne Erziehung, Betreuung und Hilfe, genauso wenig wie ohne die Familien und ihre vielfältigen Leistungen für die Erziehung und Bildung ihrer Kinder. Beratung, Begleitung und Unterstützung sind ganz allgemein und über die Lebensspanne hinweg Teil und häufig sogar Voraussetzung für Lern- und Bildungsprozesse. Die elterliche Betreuung und Förderung (wird jedoch) „immer häufiger durch institutionell organisierte frühkindliche

Bildung im Rahmen der Kindertagesbetreuung ergänzt“ (BMAS 2017: 218), aktuell wird sie von 93 Prozent aller Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren besucht. Die an die Einrichtungen gestellten Ansprüche an Förderung, Erziehung und vorschulische Bildung haben sich deutlich erhöht: Die Einrichtungen sollen Wissen und Kompetenzen für den Übergang in die Grundschule fördern. Gleichzeitig sollten sie vorsorgend und ausgleichend Unterschiede in der Entwicklung der Kinder berücksichtigen, z. B. auch anhand spezifischer Angebote wie der Sprachförderung. Die dafür notwendige personelle Ausstattung und fachliche Qualität sind jedoch nicht durchgängig gewährleistet. Dabei sehen sich die Einrichtungen seit längerer Zeit auch einer wachsenden Zahl von Kindern gegenüber, die aus unterschiedlichsten Gründen zusätzliche oder vermehrte Unterstützung und Förderung benötigen. Dies wiederum erhöht die Anforderungen an die personelle Ausstattung und fachliche Qualität, an die Feststellung der Bedarfslagen und zwar auch hinsichtlich drohender Beeinträchtigungen, an interdisziplinäres Arbeiten und an die Kooperation und Vernetzung mit weiteren Angeboten wie die der Jugend- oder Familienhilfe vor Ort. Die Inklusion im Bildungsbereich stellt nun weitere Anforderungen an die Angebote, die aber im Zusammenhang mit der Gesamtsituation gesehen werden sollten. Diejenigen Kinder, die Eingliederungshilfe in Kindertageseinrichtungen erhalten, bilden nur einen kleinen Teil an der Gesamtzahl der Kinder, die in irgendeiner Form mehr oder zusätzliche, spezielle Unterstützung benötigen. Die Gruppe der Kinder mit Eingliederungshilfen umfasst auch die Kinder, die die umfassendere Komplexleistung der interdisziplinären Frühförderung erhalten. In beiden Fällen sind die Zahlen steigend und es werden jeweils deutlich mehr Jungen als förderbedürftig erfasst, was sich auch im Schulalter fortsetzt. Zwar ist die Inklusionsquote konstant und sehr hoch, aber es bestehen auch große Unterschiede zwischen den Bundesländern, was die Betreuungssituation und die Formen der Inklusion, z. B. die Zusammensetzung der Gruppen, betrifft. Der Bildungsbericht (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2014: 168) stellt z. B. fest, dass sich knapp ein Drittel der Kinder in inklusiven Kitas in ‚eher separierenden Gruppen‘ befänden, hierunter wurden Gruppen gezählt, in denen mehr als 50 bis 90 Prozent der Kinder Eingliederungshilfeleistungen erhielten. „Auf der Basis der hier verwendeten Unterscheidung von inklusionsorientierten und eher separierenden Angeboten zeigt sich, dass beispielsweise Brandenburg, Bremen und Sachsen-Anhalt einen unterdurchschnittlichen Anteil an eher separierenden Gruppenangeboten haben, während Baden-Württemberg, Bayern und Niedersachsen überdurchschnittliche Anteile aufweisen“ (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2014: 168).

Die prozentualen Anteile der Kinder, die Eingliederungshilfeleistungen erhalten, sind zwischen den Bundesländern erheblich unterschiedlich (Abbildung 24). Als

Gründe hierfür, werden in Abschnitt 4.1.1 fehlende einheitliche Kriterien und Instrumente zur Bedarfsfeststellung und möglicherweise unterschiedliche regionale Angebotsstrukturen vermutet. Zu diesem Schluss kam bereits im Jahr 2012 eine Untersuchung des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG 2012) zu strukturellen und finanziellen Hindernissen bei der Umsetzung der interdisziplinären Frühförderung. Hier wurde festgestellt, dass „die bundesweit einheitliche Definition der ‚Komplexleistung Frühförderung‘ ... in den Ländern unterschiedlich interpretiert oder gar nicht beachtet wird“ (ISG 2012: 4). Die auf Landesebene sehr unterschiedliche Form der Ausgestaltung der Komplexleistung Frühförderung führe zu einer Fehlversorgung: „Auf Seiten der Rehabilitationsträger ist die Sorge um schlecht steuerbare Ausgabenzuwächse der wesentliche Grund für eine entsprechend restriktive Haltung bei der Finanzierung von Leistungsbestandteilen oder gar für die Ablehnung einer Beteiligung an der Umsetzung der Komplexleistung“. Eine „Verständigung darüber, welche Kinder Komplexleistung benötigen und anhand welcher Kriterien dies festgelegt wird“ (ISG 2012: 5), sei dringend erforderlich.

Die neuen Bedarfsfeststellungsinstrumente im Rahmen des Teilhabeplanverfahrens unterscheiden sich zwischen den Bundesländern jedoch weiterhin deutlich. Auf der anderen Seite ermöglicht das Bundesteilhabegesetz (BTHG) mit seiner Orientierung an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), so die Vereinigung Interdisziplinäre Frühförderung (VIFF), „die Fähigkeiten des Kindes zur Teilhabe und Selbstbestimmung, die Wechselwirkungen zwischen Beeinträchtigungen und dem Kontext, in dem das Kind lebt, und die Einschätzung seiner umweltbezogenen Bedingungen und Möglichkeiten“ (VIFF 2020: 3) und nicht allein die Beeinträchtigung zur Voraussetzung der Inanspruchnahme von Leistungen zu machen. Eine solche ICF-konforme Betrachtung schließe dann auch „die sogenannten ‚Risikokinder‘ beziehungsweise Kinder mit Entwicklungsgefährdungen ein, insbesondere auch solche Entwicklungsgefährdungen, die durch das Leben in Armut oder auch durch Erfahrungen von Gewalt, Flucht oder Vertreibung entstehen können“ (VIFF 2020: 3). Der präventive Charakter von Frühförderung sowie „der frühzeitige Zugang von Familien zu Informationen und Diensten (vgl. Art. 7, 21, 23 (3) UN- BRK)“ (VIFF 2020: 3) müsse gestärkt werden. Der Einbezug von Familien in Belastungssituationen sowie „Diagnostik und Beratung bereits bei vermuteten Entwicklungsrisiken“ (VIFF 2020: 3) sollten Elemente der Frühförderung darstellen. Auch die Bedarfslagen der Kinder, denen Frühförderbedarf bescheinigt werde, habe sich laut ISG (2012) verändert: Sie seien „sehr viel häufiger durch soziale und familiäre Problemlagen der Familien multifaktoriell belastet. Eine enge Vernetzung der (Re-)Habilitation mit der Jugendhilfe und ihren Einrichtungen ist daher unabdingbar“ (ISG 2012: 5). Die Unterschiede zwischen den Bundesländern müssten hier

dringlich thematisiert, einer Orientierung an der ICF sowie dem Grundsatz der frühzeitigen und umfassenden Bedarfsdeckung nachgekommen werden. Auch müssten die sogenannten Frühen Hilfen, die auf eine Kooperation von Jugendhilfe und Gesundheitsversorgung zum Schutz von Säuglingen und Kleinkindern aus hochbelasteten Familien zielen, bedarfsdeckend ausgebaut und mit der interdisziplinären Frühförderung verzahnt werden, hin zu einem System ganzheitlicher und systemischer Förderung, das (heil-)pädagogische, soziale, medizinisch-therapeutische und psychologische Leistungen vereint. Die interdisziplinäre Frühförderung arbeitet familien- und umfeldorientiert (VIFF 2020: 4), die regionale Kooperation und Vernetzung mit anderen Systemen und Angeboten wird hier als unverzichtbar betrachtet. Sie bringt hierfür also Qualitätsstandards mit, die die Kindertageseinrichtungen eigentlich per se umsetzen müssten, was sie aber personell nicht unbedingt leisten können. Zudem ist die Diagnostik ein zentrales Aufgabenfeld der Frühförderung. Eine solche Zusammenführung soll nicht dazu führen, dass alle Kinder die interdisziplinäre Komplexleistung erhalten müssen, sondern dass Bedarfslagen besser und im Sinn der ICF erfasst und notwendige Kooperations- und Vernetzungsleistungen überall verlässlich bereitgestellt werden. Denn sowohl die Feststellung von Eingliederungshilfeleistungen als auch die eines sonderpädagogischen Förderbedarfs erfolgt für viele Kinder zu spät. Die genannten Problematiken werfen drängende Fragen nach der Bedarfserhebung einschließlich der erforderlichen Diagnostik und der frühzeitigen Bedarfsdeckung auf.

Der Abschnitt 4.2.1 zeigt nun in diesem Zusammenhang auf, dass der Anteil der als sonderpädagogisch förderbedürftig geltenden Schülerinnen und Schüler erheblich über dem Anteil von 3,1 Prozent an Kindern liegt, die in den Kindertageseinrichtungen Eingliederungshilfeleistungen beziehen. Je näher der Schuleintritt rückt, desto stärker erhöhen sich aber die Zahlen dieser Kinder: so stieg 2013 der Anteil bei den 3-, 4- und 5-Jährigen von 1,7 Prozent über 2,9 auf 3,7 Prozent bezogen auf alle gleichaltrigen Kinder in Kitas. Im Alter von sechs Jahren waren es dann 5,4 Prozent (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2014: 177). Daraus kann geschlossen werden, dass der Schuleintritt die Schwelle ist, vor der sich akut und damit auch relativ spät die Feststellung eines Teilhabebedarfes steigert. Nach Übertreten dieser Schwelle wird dann ein sonderpädagogischer Förderbedarf festgestellt. Gleichzeitig erfolgt die Zuweisung zu einem Förderschwerpunkt nach Schuleintritt auch bei solchen Kindern, die sich bis dahin nicht im System der Teilhabeleistungen befunden haben. Letzteres trifft vorrangig auf eine Reihe der Schülerinnen und Schüler zu, die den Förderschwerpunkten *Lernen*, *Emotionale und Soziale Entwicklung* sowie *Sprache* zugewiesen werden. Zur Klärung, warum sich die Zahlen im Förderschwerpunkt *Emotionale und Soziale*

Entwicklung so erhöht haben (Tabelle 28), könnte es also hilfreich sein zu wissen, wie sich der prozentuale Anteil der Kinder vor Schuleintritt darstellt, die Eingliederungshilfeleistungen nach § 35a SGB VIII wegen einer drohenden oder eingetretenen Teilhabe-Beeinträchtigung im Zusammenhang mit seelischen Problemen erhielten. Entsprechende Daten liegen jedoch derzeit nicht vor. Gleichzeitig wäre es erforderlich zu prüfen, in wie vielen Fällen der Erhalt dieser Leistung trotzdem dazu führt, dass im Schulalter keine Zuweisung zu diesem Förderschwerpunkt erfolgt und von welchen Faktoren dies abhängt. Damit würde es möglich werden, die Wirksamkeit bestimmter Teilhabeleistungen in Abhängigkeit ihrer Art und der Dauer zu einzuschätzen.

Die Feststellung des Förderbedarfs im Schulbereich ermöglicht Entlastung und Hilfe durch spezielle Leistungen. Dass in inklusiven Settings der Förderbedarf nicht mehr die Überweisung auf die Förderschule bedeuten muss, kann natürlich auch ein Grund sein, warum die Zahl der Schülerinnen und Schüler mit Förderbedarf gestiegen ist (Abbildung 25). Das ist im Sinne der Förderung positiv zu bewerten. Aber sie führt in Richtung potenziell fortwirkender Teilhabehürden, wie die Daten im Berichtskapitel zeigen (Abbildung 27). Dass Schülerinnen und Schüler in inklusiven Settings größere Chancen haben, einen Abschluss zu erreichen, zeichnet sich in den vorliegenden Daten für einzelne Bundesländer ab (Tabelle 41). Der *Armutsbericht* (BMAS 2017) nennt hier unter Bezug auf Daten des Statistischen Bundesamts, gewonnen wiederum aus den Schulstatistiken der Bundesländer, bundesweite Ergebnisse: von den Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf haben an Regelschulen „im Jahr 2015 insgesamt 48 Prozent einen Abschluss erzielt“ (BMAS 2017: 234 f.). Leider wird nicht genauer dargestellt, worauf genau diese Zahlen basieren. Es ist auch sehr große Vorsicht angebracht, was die Vergleichbarkeit der Bedarfslagen der Schülerinnen und Schüler an Förderschulen und denen der inklusiv unterrichteten Förderschülerinnen und -schüler betrifft. Dies verdeutlicht aber nur den dringlichen Forschungsbedarf an systematischen Betrachtungen, auch mit Bezug auf Ursachen und Wirkungen der Zumessung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs innerhalb inklusiver Settings. Die Chancen auf ein inklusives Beschulungsangebot sind zudem insgesamt erheblich geringer als im Bereich der Kindertageseinrichtungen und sind abhängig vom Bundesland und dem Förderschwerpunkt.

Das Bild, das sich für den Übergang von der Kita in die Schule zusammengenommen zeigt, kann mit dem Begriff der Segmentierung beschrieben werden: Der gleichberechtigte Zugang zu allgemeiner Bildung ohne Diskriminierung teilt sich gleichsam in einzelne Bereiche auf, die sich deutlich voneinander abgrenzen. Die gleichberechtigten Ansprüche werden ebenso wie die individuell zu betrachtenden Bedarfslagen aufgegliedert. Diese Segmentierung bezieht sich einmal auf die

Bundesländer bis hinunter zur regionalen Ebene, was die ungleichen Chancen auf inklusive Angebote oder spezifische Leistungen wie die Frühförderung betrifft. Sie entsteht des Weiteren durch die schulartspezifische Verteilung mit Blick auf den Anteil von Schülerinnen und Schülern mit Förderbedarf, z. B. an Grund- und Gesamtschulen (Tabelle 31). Sie zeigt sich an der hohen Exklusionsquote, die sich tendenziell verfestigt (Abbildung 27). Damit stehen die Förderschulen in Gefahr, ein eigenes Segment zu bleiben, das gerade nicht anhand vielfältiger Unterstützungs- und Kooperationsformen mehr Durchlässigkeit und mehr Verbindung zu den Regelschulen entwickelt und entwickeln kann. Insbesondere Kinder mit schwereren Beeinträchtigungen besuchen nach wie vor in großer und stabiler Zahl Förderschulen und verbleiben langfristig im Sondersystem, während unter dem Dach von Inklusion der sonderpädagogische Förderschwerpunkt *Emotionale und Soziale Entwicklung* ein wachsendes Segment zu bilden scheint (Tabelle 30). Die Auftrennung zwischen der interdisziplinären Frühförderung auf der einen und den Frühen Hilfen auf der anderen Seite sowie deren begrenztes Angebot tragen wiederum ihren Teil dazu bei, dass sich die Folgen sozialer und familiärer Problemlagen sowie mangelnder bedarfsgerechter Förderung eines Kindes auf dessen Entwicklungschancen auswirken.

Richtet man den Blick nun auf den Übergang von der Schule in die Ausbildung, zeigt sich eine Fortsetzung und teilweise Verstärkung der Segmentierung und der Bruchstellen im Inklusionsprozess. Vor dem Hintergrund des Wandels des Arbeitsmarktes, der Anforderungen an berufliche Kompetenzen sowie einer wachsenden Zahl von Abgängerinnen und Abgängern mit höheren Schulabschlüssen findet seit längerem eine Verdrängung ‚nach unten‘ und Druck ‚nach oben‘ auf dem Arbeitsmarkt statt (BMAS 2017: 297): bestimmte Segmente des Ausbildungsangebotes stehen Abgängerinnen und Abgängern mit einem Hauptschulabschluss nicht mehr offen, so dass sie immer weniger Ausbildungsmöglichkeiten haben. Diese Entwicklung stellt sich „als in den vergangenen Jahren sehr stabil dar“ (BMAS 2017: 297). Von dieser Verdrängung sind tendenziell aber auch Abgängerinnen und Abgänger mit mittleren Bildungsabschlüssen betroffen, die, sofern kein Ausbildungsplatz erhalten oder aber gewollt wird, an Fachoberschulen und nicht mehr an die Fachschulen wechseln, auch, weil immer mehr Bachelorstudiengänge an die Stelle von Ausbildungen rücken. Für Jugendliche mit Beeinträchtigungen verschärft sich die Situation dadurch erheblich: zum einen sind „Aufstiege aus einer Schulart mit niedrigerem Lernniveau auf eine Schulart mit höherem Lernniveau mit größerem Aufwand und zusätzlicher Anstrengung verbunden“ (BMAS 2017: 228). Die Zahl der Abgängerinnen und Abgänger von Förderschulen, die keinen Hauptschulabschluss erwerben, ist nicht gesunken (Tabelle 40) und auch nicht derjenigen unter ihnen, die in der Folge keinen Berufsabschluss erwerben (Abschnitt 4.4.1). Zum anderen gelingt es aber auch den

Menschen mit Beeinträchtigungen, die über Schulabschlüsse verfügen, seltener, einen ihrem Schulabschluss dann auch entsprechenden beruflichen Abschluss zu erreichen als Menschen ohne Beeinträchtigungen (Abbildung 34). Insbesondere der ‚Weg nach oben‘ stellt sich schwierig dar. Die Daten in Abschnitt 4.5.1 zeigen zwar, dass mehr Studierende mit Beeinträchtigungen an den Hochschulen sind, aber es steigt vor allem der Anteil derjenigen, die eine psychische Belastung oder Beeinträchtigung angeben. Dem entspricht die Tendenz im Kindes- und Jugendalter, was Problematiken der emotionalen und sozialen Entwicklung betrifft. Möglicherweise werden aber diese Problemlagen erst in den letzten Jahren zunehmend anerkannt und wahrgenommen. Gleiches gilt auch gesamtgesellschaftlich bei den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern seit 1997, nämlich, dass sich „die Anzahl der Fehltage, die von Depressionen oder Anpassungsstörungen verursacht werden, mehr als verdreifacht“ (DAK-Gesundheit 2020: 1) hat. Welche Folgen mit Blick auf Beeinträchtigungen und Behinderung tatsächlich vorliegen, muss immer individuell betrachtet werden. Zudem benötigt die Gruppe der Studierenden mit psychischen Beeinträchtigungen einen niedrighschwelligen Zugang zu Unterstützungsangeboten an den Hochschulen (z. B. <http://empower.uni-koeln.de>, HOPES Uni Hamburg), da sie sich einerseits selbst nicht unter der Überschrift ‚Behinderung‘ zuordnen und andererseits aus Angst vor Stigmatisierung den Weg in die Beratung scheuen (Niehaus / Bauer 2013).

Es ist nicht bekannt, wie viele Schulabgängerinnen und -abgänger mit sonderpädagogischem Förderbedarf beziehungsweise einer anerkannten Behinderung in reguläre Ausbildungen und in welche sie münden, ebenso wenig, wo diejenigen ausgebildet werden, die eine Ausbildung in Berufen für behinderte Menschen absolvieren. Der Weg in die reguläre betriebliche Ausbildung ist angesichts der Verdrängung und Konkurrenz schwerer geworden. Die Ausbildung in Berufen für behinderte Menschen führt für einen zu großen Teil in sehr enge, geschlechterspezifisch ausgewählte und eher gering entlohnte Bereiche wie Land- und Hauswirtschaft, wie die Daten in Abschnitt 4.3.1 zeigen (Abbildung 29 und Tabelle 37). Auch die Ausbildung in einem BBW birgt Risiken für den Übergang in den Beruf.

Der Übergang aus dem Bildungssektor in den Arbeitsmarkt ist nach wie vor nicht befriedigend gelöst. Angesichts der zunehmend globalisierten und digitalisierten Wirtschaftsweise stellt er sich umso problematischer dar, je geringer die berufliche Qualifikation ist. Daher ist die Wahl der bestmöglichen beruflichen Bildung beim Vorliegen von Beeinträchtigungen und Behinderung wichtiger denn je. Bei der Entscheidung, welcher Weg im Bereich der beruflichen Ausbildung empfehlenswert ist, ist die Qualität des Bildungsangebots in Bezug auf die ausgleichende Wirkung auf Beeinträchtigungen beziehungsweise Behinderung abzuwägen gegenüber den Chancen und der Wahrscheinlichkeit, die erworbenen Kompetenzen

auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erfolgreich einzusetzen. Die Wahl für 'Sonderwelten' kann man nur dort begründen, wo sie im Einzelfall erforderlich sind oder anschließend erhebliche Teilhabevorteile im Erwerbsleben erwarten lassen (Bach 2020: 10).

Sowohl die als behindert als auch die als benachteiligt geltenden Gruppen eint das Risiko des erschwerten Zugangs zum allgemeinen Arbeitsmarkt. Als Gruppen seien sie, wie Bojanowski (2012) sagt, „nur noch über klassifikatorische Zuschreibungen und Förderwege unterscheidbar, sie stehen aber unter identischen gesellschaftlichen Nötigungen“ (Bojanowski 2012: 3). Die sogenannte Benachteiligtenförderung nach SGB II und SGB III umfasst eine Vielzahl von Maßnahmen zur Berufsausbildungsvorbereitung (wie z. B. das Berufsgrundbildungsjahr), außerbetrieblichen Ausbildung und von ausbildungsbegleitenden Hilfen zur Integration sogenannter benachteiligter Jugendlicher in Ausbildung und Beschäftigung. Es grenzt sich über die Bestimmung von Zielgruppen vom System der Hilfen für Jugendliche mit anerkannter Behinderung ab, auch wenn es in der Praxis zu Überschneidungen kommt. So gelangen viele Jugendliche im Förderschwerpunkt *Lernen* durch ihre besondere Förderung dort in keine bessere Übergangslage und münden dann in die Benachteiligtenförderung ein. Unter ihnen finden sich auch häufiger als in Vergleichsgruppen Jugendliche mit Migrationshintergrund. In die WfbM kann der Weg sowohl aus dem „Behinderten“- als auch aus dem „Benachteiligten“-System führen, auch später im Lebenslauf. Gleichzeitig gelangt aber ein bestimmter Personenkreis noch nicht einmal in die WfbM, sondern verbleibt in den Tagesförderstätten, die systematisch und formal weder an das System beruflicher Bildung noch an das der beruflichen Eingliederung angeschlossen sind. Die WfbM wiederum sind zu wenig an das berufsbildende System angeschlossen. Mit dem ersten Arbeitsmarkt sind beide Institutionen systematisch kaum verbunden. Die dort erworbenen Qualifikationen lassen sich nicht am ersten Arbeitsmarkt nutzen beziehungsweise werden dort kaum Arbeitsplätze, die auf die erworbenen Qualifikationen ausgerichtet sind, bereitgestellt. Zu prüfen wäre, ob die gesetzlich getrennten Bereiche von Behinderung und Benachteiligung nicht zusammengeführt und eine Einordnung unter einem gemeinsamen, regelhaften Dach eines Systems der beruflichen Bildung und beruflichen Teilhabe vorgenommen werden sollte. Auch müssten Teilqualifikationen Anerkennung finden und Zugangswege ermöglichen. Der Deutsche Verein hebt in seinen Empfehlungen zur selbstbestimmten Teilhabe am Arbeitsleben (DV 2020) die große Bedeutung einer „engen Kooperation aller am Übergangsprozess Schule – Beruf beteiligten Akteure“ und „eine Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken“ hervor (DV 2020: 8). Zur Überwindung der aktuellen Schnittstellenprobleme müsse auf kommunaler Ebene „eine Zusammenführung der vielfältigen Leistungen im Rahmen

der allgemeinen und beruflichen Bildung, der Jugendhilfe und der Arbeitsförderung im Zusammenwirken mit der lokalen Wirtschaft und zivilgesellschaftlichen Angeboten“ (DV 2020: 8) erreicht werden. Zentral dafür seien der „Auf- und Ausbau und die Weiterentwicklung eines kommunalen Managements am Übergang von der Schule in den Beruf“, das „über einen formalen Informationsaustausch und eine situationsbezogene Kooperation“ hinausgehe und auf einen „zielgerichteten Arbeitsprozess aller beteiligten Institutionen und Akteure“ (DV 2020: 8) ausgerichtet sei.

Fazit und Ausblick

Eine jeweils individuell angemessene und gleichberechtigte Teilhabe an Bildung für ausnahmslos Jeden zu eröffnen, erfordert grundlegende Veränderungen des gesamten Bildungssystems, seiner rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen sowie der pädagogischen Konzeptionen und Handlungsprozesse. Diese ‚systemische Perspektive‘ wird im Bildungsbericht 2014 als Charakteristikum der Inklusion gesehen: „Insofern werden im Sinne der UN-BRK die Möglichkeiten des Zugangs zu Bildung sondiert, wird die Akzeptanz von Kindern und Jugendlichen mit besonderen Förderbedürfnissen in Bildungseinrichtungen thematisiert und nach der größtmöglichen Umsetzung von sozialer Partizipation innerhalb und außerhalb von institutionellen Bildungssettings gefragt, ohne dabei die Perspektive der Verbesserung der Persönlichkeits-, Lern- und Leistungsentwicklung von Kindern und Jugendlichen zu vernachlässigen“ (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2014: 158). Das vierte der Ziele für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals – SDGs) der UN-Agenda 2030 lautet „inklusive, gleichberechtigte und hochwertige Bildung für alle Menschen zu gewährleisten und Möglichkeiten lebenslangen Lernens für alle zu fördern“ (OECD 2020: 19).

Der Inklusionsauftrag richtet sich an alle Orte und Felder von Bildung und Erziehung; die UN-BRK hat zweifelsohne Wirkung entfaltet, die Systeme sind in Bewegung geraten. An vielen Stellen sind nun gemeinsame Wege unter dem Dach inklusiver beziehungsweise teilhabeorientierter Zielsetzungen entstanden, wie sie noch vor wenigen Jahre nicht denkbar waren. Wenn sich diese Entwicklungen fortsetzen und die deutlich sichtbaren Beharrungstendenzen, Bruchstellen und Segmentierungen überwunden werden sollen, muss die Vielfalt, Angemessenheit und Durchlässigkeit der Angebote sowie die Wirksamkeit der Leistungen im Vordergrund stehen. Sie sind die Schlüsselfaktoren für das Aufbrechen von institutionell - immer noch - zu eng ausgerichteten Förderlogiken und Statuszuschreibungen. Wirksamkeit, Angemessenheit und Vielfalt der Leistungsformen sollten im Verhältnis zu sozialräumlichen Bedarfslagen systematisch erhoben werden. Übergänge im zeitlichen Verlauf und der Stellenwert einzelner Leistungsformen im Gesamtkontext einer Lebenssituation sollten hier im Blick stehen. So könnten

z. B. notwendige Vernetzungen oder aber Bedarfslücken und vor allem strukturelle Effekte und Schnittstellenprobleme erkannt werden. Von besonderer Bedeutung sind Verläufe und Bruchstellen der biographischen Bildungsprozesse, über die bisher zu wenig systematische Erkenntnisse vorliegen. Dringlich erforderlich sind Untersuchungen, die, unter Einbezug der Aspekte Geschlecht und Migrationshintergrund sowie bundeslandspezifischer Regelungen und gewachsener Angebotsstrukturen, Aufschluss über die Frage geben, wann, wie und bei welchen Problemlagen es zur angemessenen Zuerkennung eines besonderen Bedarfes kommt. Bezüglich der Realisierung bedarfsgerechter Lern- und Entwicklungschancen muss der Zusammenhang zwischen Strukturen, Konzeptionen, Qualifikationen auf der einen Seite und den Bedarfslagen auf der anderen Seite analysiert werden. Weitere wichtige Themen sind Zugänglichkeit und Qualität von Beratung und Information sowie die Barrierefreiheit. Erforderlich sind systematische Inklusionsstrategien in allen Bildungsbereichen mit entsprechenden Assistenzsystemen – materiell wie personell –, die über entsprechende Qualifikationen verfügen. Insellösungen sind keine echten Lösungen. Passgenaue unterstützende Systeme mit angemessener und ausreichender fachlicher und materieller Ausstattung müssen vorhanden und zugänglich sein. Entsprechende statistische Darstellungen zu Ausstattung und Wirkung sind unbedingt erforderlich.

Angesichts der Entwicklung der Ganztagsbildung und der Chancen eines lebenslangen Lernens, das auf die Erhöhung von Möglichkeiten der Lebensführung und -bewältigung setzt, stellt sich eine inklusionsgerechte Bildungsinfrastruktur als dringlich dar. Herkömmliche Grenzen zwischen Leistungsträgern wie Schule, Eingliederungshilfe, Kinder- und Jugendhilfe müssen dafür ebenso überwunden werden wie zu enge Zielgruppenorientierungen. Kommunale beziehungsweise regionale Inklusionspläne für Bildung können dafür ein Mittel sein, wenn die notwendigen Vernetzungsaufgaben und Querschnittorientierungen konkret nach Zielsetzung, Verankerung, Aufbau, Leistungsaufträgen und Kooperationsform und -auftrag beschrieben sind. Notwendig ist ein abgestuftes System flexibler, möglichst inklusiver Formen, das für bestimmte Zeiträume oder angesichts bestimmter Bedarfslagen auch spezielle Settings ermöglicht, ohne dass diese undurchlässig werden oder den Auftrag der Teilhabeförderung mit Blick auf zentrale Teilhabefelder aus dem Blick verlieren. Das würde vor allem die Wahlmöglichkeiten der Menschen mit Beeinträchtigungen erhöhen.

Literatur zu diesem Kommentar

Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2014): Bildung in Deutschland 2014. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zur Bildung von Menschen mit Behinderungen. W. Bertelsmann Verlag, Bielefeld.

- Bach, Heinz Willi (2020): Förderung sehbehinderter Kinder und Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland (überarbeitete Version des Vortrags anlässlich der Konferenz „Lebensqualität von Kindern mit Behinderungen und Wege, diese zu sichern“ am 11./12. Dezember 2019 in Almaty/Kasachstan). <http://www.tibsev.de/bghana/Behoerden/Bach%20F%F6rderung%20sehbehinderter%20Kinder%20in%20BRD.pdf> (online, abgerufen am 05.10.2020).
- Beck, Iris (2016a): Historische und aktuelle Begründungslinien, Theorien und Konzepte. In: Beck, Iris. (Hrsg.): Inklusion im Gemeinwesen. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, S. 17 – 84.
- Beck, Iris (2016b): Partizipation und Inklusion in der Kinder- und Jugendhilfe. In: Knauer, Rainard / Sturzenhecker, Benedikt (Hrsg.): Demokratische Partizipation von Kindern. Beltz Juventa, Weinheim, S. 74 – 89.
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2017): Lebenslagen in Deutschland. Der Fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. BMAS, Berlin.
- Bojanowski, Arnulf (2012): Expertise für den Nationalen Bildungsbericht 2014. Berufliche Inklusion Behinderter und Benachteiligter. <http://www.bildungsbericht.de/de/schwerpunktthemen/pdfs/expertenworkshop-2012-bojanowski1112.pdf> (online, abgerufen am 14.07.2016).
- DAK-Gesundheit (2020): Psychoreport 2019. Entwicklung der psychischen Erkrankungen im Job. Langzeitanalyse 1997-2018. <https://www.dak.de/dak/bundesthemen/dak-psychoreport-2019-dreimal-mehr-fehltage-als-1997-2125486.html#/> (online, abgerufen am 05.10.2020).
- DV (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.) (2020): Bestandsaufnahme und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur selbstbestimmten Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Behinderungen. https://www.deutscher-verein.de/de/uploads/empfehlungen-stellungnahmen/2020/dv-20-19_selbstbestimmte-teilhabe.pdf (online, abgerufen am 05.10.2020).
- ISG (Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik) (2012): Strukturelle und finanzielle Hindernisse bei der Umsetzung der interdisziplinären Frühförderung gem. § 26 Abs. 2 Nr. 2 i.V.m. §§ 30 und 56 Abs. 2 SGB IX (Abschlussbericht). <http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF->

Publikationen/fb419-frueherkennung.pdf?__blob=publicationFile (online, abgerufen am 06.10.2020).

Meyer, Thomas (2016): Inklusion von Menschen mit Behinderung in der Kinder- und Jugendarbeit sowie der Jugendsozialarbeit in Baden-Württemberg. Eine Expertise im Rahmen „Zukunftsplan Jugend“. MSI, Stuttgart.

Niehaus, Mathilde / Bauer, Jana (2013): Chancen und Barrieren für hochqualifizierte Menschen mit Behinderung. Übergang in ein sozialversicherungs-pflichtiges Beschäftigungsverhältnis (Pilotstudie zur beruflichen Teilhabe, Abschlussbericht). Aktion Mensch e. V., Bonn.

OECD (Hrsg.) (2020): Bildung auf einen Blick 2020. OECD-Indikatoren. https://www.wbv.de/openaccess/themenbereiche/bildungs-und-sozialforschung/shop/detail/16/_/0/1/6001821nw/facet/OECD////////nb/0/category/1677.html?cHash=dcc956b117026dca061df8b679be4820?scrollto=searchresultarea (online, abgerufen am 05.10.2020).

Schwarzburg-von Wedel, E./Weiß, H., 2010: Erziehung und Bildung in früher Kindheit. – In: Kaiser, Astrid / Schmetz, Ditmar / Wachtel, Peter / Werner, Birgit (Hrsg.): Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik. Bildung und Erziehung (Band 3), Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart. S. 251 – 255.

VIFF (Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung - Bundesvereinigung e. V.) (2020): Qualitätsstandards für interdisziplinäre Frühförderstellen in Deutschland. <https://www.viff-fruehfoerderung.de/mitglieder-aktuelles/downloadbereich/#> (online, abgerufen am 05.10.2020).

Voigts, Gunda (2015): Kinder in Jugendverbänden. Eine empirische Untersuchung zu Strukturen, Konzepten und Motiven im Kontext der gesellschaftlichen Debatten um Inklusion. Verlag Barbara Budrich, Opladen.

5 Erwerbstätigkeit und materielle Lebenssituation

i

Faktenblatt „Erwerbstätigkeit und materielle Lebenssituation“

Menschen mit Beeinträchtigungen sollen einer Erwerbsarbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen können, die ihren Qualifikationen, Fähigkeiten und Neigungen entspricht. Die im Folgenden dargestellten Indikatoren geben Hinweise darauf, dass Benachteiligungen aufgrund von Beeinträchtigungen fortbestehen.

- Die Erwerbsbeteiligung von Menschen mit Beeinträchtigungen ist erheblich geringer als diejenige von Menschen ohne Beeinträchtigungen. Menschen mit Beeinträchtigungen stehen bei verschiedenen Indikatoren der materiellen Situation als Gesamtgruppe schlechter da.
- Im Jahr 2017 waren 53 % der Menschen mit Beeinträchtigungen erwerbstätig (Menschen ohne Beeinträchtigungen: 81 %). Die Erwerbstätigenquote ist gegenüber dem Jahr 2009 deutlich gestiegen.
- Menschen mit Beeinträchtigungen wiesen einen höheren Anteil an Nichterwerbspersonen auf (44 %) als Menschen ohne Beeinträchtigungen (16 %).
- Ergebnisse der Teilhabebefragung zeigen Unterschiede zwischen Menschen im Alter von 16 bis 65 Jahren ohne Beeinträchtigungen und solchen mit selbsteingeschätzter Behinderung:
Von den Nichterwerbspersonen mit selbsteingeschätzter Behinderung bezieht ein großer Teil eine Rente (40 %, Menschen ohne Beeinträchtigungen: 14 %), dagegen befindet sich nur ein kleinerer Teil von ihnen (14 %) noch in (hoch)schulischer Ausbildung (Menschen ohne Beeinträchtigungen: 68 %).
Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung geben viel häufiger an, arbeitslos zu sein (11 %) als Menschen ohne Beeinträchtigungen (2 %).
- Die Bruttostundenlöhne von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen haben sich angeglichen. Im Jahr 2018 verdienten Menschen mit Beeinträchtigungen im Mittel 1,38 Euro brutto pro Stunde weniger als Menschen ohne Beeinträchtigungen (16,67 Euro).

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

- Die Arbeitslosenquote von Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung lag im Jahr 2018 mit 11,2 % deutlich über der allgemeinen Arbeitslosenquote (6,5 %). Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung waren darüber hinaus im Durchschnitt deutlich länger arbeitslos (51 Wochen) als Menschen ohne Schwerbehinderung (37 Wochen).
- Arbeitsuchende Menschen mit Beeinträchtigungen gaben im Jahr 2018 deutlich häufiger an, dass es für sie praktisch unmöglich sei, eine geeignete Stelle zu finden (33 %), als Menschen ohne Beeinträchtigungen (17 %).
- Knapp die Hälfte der Menschen mit Beeinträchtigungen bestritt ihren Lebensunterhalt aus dem eigenen Erwerbseinkommen (44 %; Menschen ohne Beeinträchtigungen 76 %). Wichtige Einkommensquellen waren vor allem Renten (29 %), Einkünfte der Familie und Arbeitslosengeld II (jeweils 8 %).
- Menschen mit Beeinträchtigungen verfügten über weniger Vermögen (91.000 Euro) als Menschen ohne Beeinträchtigungen (118.000 Euro). Die Hälfte der Menschen mit Beeinträchtigungen verfügte über weniger als 25.000 Euro (28.500 Euro bei Menschen ohne Beeinträchtigungen).
- Menschen mit Beeinträchtigungen machten sich häufiger große Sorgen (22 %) um ihre wirtschaftliche Situation als Menschen ohne Beeinträchtigungen (12 %).

Die Möglichkeit zu arbeiten wirkt sich in vielfältiger Weise auf die persönliche Entwicklung und die Teilhabechancen am gesellschaftlichen Leben aus. Zugleich ist Arbeit selbst ein zentraler Bezugspunkt für die Teilhabe. Eine regelmäßige Tätigkeit – sei es in Form von Erwerbsarbeit, im Ehrenamt oder in der Familie – kann auf die Lebensführung stabilisierend wirken, indem sie den Tag zeitlich strukturiert und soziale Kontakte ermöglicht. Sie wirkt aktivierend, kann die persönliche Entwicklung fördern und vermittelt gesellschaftliche Anerkennung.

Dieses Kapitel befasst sich mit der Erwerbsarbeit als Beschäftigung bei einem Arbeitgeber oder als selbstständige Tätigkeit. Erwerbsarbeit ermöglicht es, für den eigenen Lebensunterhalt selbst zu sorgen, und trägt damit wesentlich zu einem selbstbestimmten Leben bei. Durch das so erzielte Einkommen eröffnet sie finanzielle Handlungsspielräume für die gesellschaftliche Teilhabe (BMAS 2013a und

2016d). Unsichere Arbeitsverhältnisse, unterbrochene Erwerbsbiografien und geringe Arbeitsentgelte erhöhen das Armutsrisiko.

Erwerbsarbeit ist die wichtigste Voraussetzung dafür, dass für die Nacherwerbsphase im Alter vorgesorgt werden kann. Damit das möglich ist, kommt es darauf an, dass das erzielte Erwerbseinkommen ausreichend hoch ist und regelmäßig Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung oder private Altersvorsorge eingezahlt werden beziehungsweise Vermögen gebildet wird. Gelingt der Aufbau von Rentenansprüchen oder die Bildung von Vermögen im Erwerbsalter nicht oder nur in zu geringem Umfang, besteht das Risiko im Alter auf den Bezug von Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung angewiesen zu sein.

Beeinträchtigungen können eine gleichberechtigte Teilhabe am Arbeitsleben erschweren. Dabei kann der Zeitpunkt im Lebensverlauf, an dem Beeinträchtigungen auftreten, in Abhängigkeit von der Beeinträchtigung und dem individuellen Kontext erhebliche Auswirkungen auf die Voraussetzungen für die Teilhabechancen haben. Wenn Beeinträchtigungen erst im fortgeschrittenen Erwerbsalter auftreten, kann bis zu diesem Zeitpunkt ein bestimmter Stand der Teilhabe durch schulische und berufliche Qualifizierung, den Einstieg ins Berufsleben und weitere Schritte in der beruflichen Laufbahn ohne Einschränkungen aufgrund einer Beeinträchtigung erfolgen. Allerdings zeigt eine ältere Studie zur beruflichen Integration von Blinden, dass der Zeitpunkt in der Lebensspanne, an dem eine Beeinträchtigung eintritt, erheblichen Einfluss hat auf die berufliche Integration (Schröder 1995).

Ist die Teilhabe am Arbeitsleben aufgrund von Beeinträchtigungen eingeschränkt, kann das erhebliche Konsequenzen haben. Neben psychischen und somatischen Erkrankungen, sozialem Rückzug, familiären Belastungen sowie Prozessen des schrittweisen Verlustes beruflicher Kompetenzen können finanzielle Probleme die Folge sein. Das Risiko der Armutsgefährdung nimmt bei den Betroffenen ebenso zu wie die Wahrscheinlichkeit, dauerhaft von staatlichen Transferzahlungen abhängig zu sein. Eine ausreichende Alters- und Risikoversorge sowie der Aufbau von Rücklagen zur Abdeckung besonderer Bedarfe und notwendiger Anschaffungen sind kaum möglich.

Die den Neigungen und Fähigkeiten entsprechende Arbeitsmarktintegration von Menschen mit Beeinträchtigungen hängt in vielen Fällen davon ab, ob eine barrierefreien Arbeitsumgebung vorhanden ist. Dies setzt zum einen eine offene Einstellung der Arbeitgeber und Belegschaften sowie der Kunden voraus. Zum anderen sind die Gestaltung des Arbeitsplatzes, die barrierefreie Kommunikation und der Zugang zu Informationen sowie das Arbeiten am und mit dem Computer zu beachten. Die dauerhafte Teilhabe am Erwerbsleben setzt außerdem den Erhalt

der Erwerbsfähigkeit voraus. Erwerbsfähig ist, wer nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein (§ 8 Absatz 1 SGB II und im Umkehrschluss § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI).

Nach Artikel 27 Absatz 1 UN-BRK haben Menschen mit Behinderungen „das Recht auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem offenen, integrativen und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wird“. Festgeschrieben wird damit das Verbot jeglicher Benachteiligung aufgrund von Beeinträchtigungen in allen Angelegenheiten im Zusammenhang mit Beschäftigung gleich welcher Art. Das schließt die Auswahl-, Einstellungs- und Beschäftigungsbedingungen sowie Bedingungen der Weiterbeschäftigung und des beruflichen Aufstiegs ein. Ebenso gehört dazu, dass die Arbeitsbedingungen gerecht sind, einschließlich der Chancengleichheit und eines gleichen Entgelts für gleichwertige Arbeit, sowie dass sie sicher und nicht gesundheitsschädlich sind. Schließlich besteht ein Anrecht auf Schutz vor Belastungen und vor Belästigungen am Arbeitsplatz.

Darüber hinaus geht es in Artikel 27 um die Förderung von Menschen mit Beeinträchtigungen beim Übergang in den allgemeinen Arbeitsmarkt, um die Förderung des beruflichen Wiedereinstiegs und um die gleichberechtigte Wahrnehmung von Arbeitnehmerrechten. Alle Rechte und Ansprüche, die im Zusammenhang mit Arbeit im Allgemeinen bestehen (z. B. Recht auf Fort- und Weiterbildung, gewerkschaftliche Interessenvertretung) gelten für Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in gleicher Weise. Die Verantwortung des öffentlichen Sektors für die Beschäftigung von Menschen mit Beeinträchtigungen wird besonders hervorgehoben. Für den privaten Sektor sollen Anreize gesetzt und Fördermaßnahmen etabliert werden, um auch dort die Beschäftigtenzahlen von Menschen mit Beeinträchtigungen zu erhöhen. Angemessene Vorkehrungen zur bedarfsgerechten Gestaltung des Arbeitsplatzes sollen getroffen und Erfahrungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sowie Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation gefördert werden.

Mit dem Recht auf Arbeit verbunden ist die Möglichkeit, den eigenen Lebensunterhalt zu verdienen und damit einen angemessenen Lebensstandard für sich und die eigene Familie zu erreichen. Gelingt dies nicht, sieht Artikel 28 UN-BRK vor, Menschen mit Beeinträchtigungen den Zugang zu staatlicher Förderung einschließlich finanzieller Unterstützung zu gewähren. Artikel 28 UN-BRK betrifft das Recht auf einen angemessenen Lebensstandard für jede Einzelne und jeden Einzelnen und gegebenenfalls ihre beziehungsweise seine Angehörigen sowie auf

eine stetige Verbesserung der Lebensbedingungen. Hierbei spielt das eigene Einkommen aus Erwerbstätigkeit eine zentrale Rolle, denn es trägt wesentlich zu einer selbstbestimmten Lebensführung bei. Weitere Einkommensarten aus Vermögen sowie der Arbeitslosen- und Rentenversicherung stehen ebenfalls in unmittelbarem Zusammenhang mit der Höhe des Erwerbseinkommens. Einkommen aus Erwerbsarbeit und Vermögen bilden die Grundlage für den Lebensstandard eines Menschen. Sie schaffen materielle Spielräume für Rücklagen und eine soziale Absicherung.

In seinen Allgemeinen Bemerkungen zum ersten Staatenbericht kritisierte der UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Fachausschuss) im Jahr 2015 den verbreiteten Ausschluss vom allgemeinen Arbeitsmarkt, finanzielle Fehlanreize, die Menschen mit Beeinträchtigungen am Eintritt oder Übergang in den allgemeinen Arbeitsmarkt hindern, und den Umstand, dass Werkstätten für behinderte Menschen weder auf den Übergang zum allgemeinen Arbeitsmarkt ausreichend vorbereiten noch diesen Übergang fördern (CRPD 2015).

Im Statement zur Sitzung des UN-Fachausschusses am 21. September 2018 stellt die Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) (Monitoring-Stelle) fest, welche vorrangigen Handlungserfordernisse ihrem Monitoring-Prozess zufolge in Deutschland bestehen, um die Verwirklichung der Rechte aus der UN-BRK umfassend zu gewährleisten. Bezüglich Artikel 27 UN-BRK weist die Monitoring-Stelle darauf hin, dass trotz positiver Entwicklungen für Menschen mit Behinderungen auf dem Arbeitsmarkt mehr als die Hälfte von ihnen vom allgemeinen Arbeitsmarkt ausgeschlossen bleibt. (DIMR 2018)

Ähnlich urteilt bezüglich Artikel 27 UN-BRK im Juni 2018 das Verbändebündnis der Zivilgesellschaft in seinem Update zur 2. Staatenprüfung Deutschlands vor dem UN-Fachausschuss zur UN-BRK. Trotz vielfältiger staatlicher Aktivitäten sei die Arbeitslosigkeit bei schwerbehinderten Menschen nach wie vor deutlich höher als allgemein und dauere zugleich erheblich länger. Weitere Kritikpunkte des Verbändebündnisses betreffen beispielsweise die noch ausbleibenden Erfolge beim Übergang von Beschäftigten einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) in den allgemeinen Arbeitsmarkt und die fehlende Informationsbasis bezüglich der barrierefreien Gestaltung von Arbeitsplätzen. Schließlich wird bemängelt, dass das neue Bundesteilhabegesetz (BTHG) keine Veränderungen der Arbeitsmarktpolitik vorsehe. Hier bestehe jedoch Verbesserungsbedarf etwa bei der zielgruppengerechten Beratung und Vermittlung. (Zivilgesellschaftliches Verbändebündnis 2018)

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Bezüglich der Realisierung der Rechte aus Artikel 28 UN-BRK empfiehlt die Monitoring-Stelle, dass der UN-Fachausschuss bei der Staatenprüfung besondere Aufmerksamkeit auf von Armut bedrohte beziehungsweise tatsächlich in Armut lebende Menschen mit Behinderungen legen solle. Anhand dessen könne die Wirksamkeit der ergriffenen Maßnahmen der Bundesregierung eingeschätzt werden. (DIMR 2018)

Die Bundesregierung teilt die Auffassung, dass Erwerbstätigkeit der Schlüssel zu einem angemessenen Einkommen und zu einer auskömmlichen Alterssicherung ist. Sie bezieht in diese Erwerbstätigkeit ausdrücklich auch die Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen ein. Denn viele Menschen mit Behinderungen sehen sich in einer Werkstatt am richtigen Platz. Auf der anderen Seite gibt es auch Menschen, die lieber einen anderen Weg einschlagen möchten. Deswegen wurden Alternativen zur Werkstatt geschaffen (Budget für Arbeit, Budget für Ausbildung, andere Leistungsanbieter). Gleichzeitig wurden die Anstrengungen verstärkt, die Arbeitgeber für die Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen zu sensibilisieren, damit mehr Arbeits- und Ausbildungsplätze zur Verfügung stehen (Initiativen „Inklusion gelingt“ und „Wirtschaft Inklusiv“). Darüber hinaus wurden auch die staatlichen Fördermöglichkeiten verbessert, etwa mit dem Bundesprogramm „AlleImBetrieb“ mit einem Volumen von 150 Mio. Euro aus dem Ausgleichsfonds zur Förderung von Beschäftigungsverhältnissen in Inklusionsbetrieben.

Das Verbändebündnis der Zivilgesellschaft kritisiert, dass Menschen mit Beeinträchtigungen unter anderem aufgrund der Tatsache, dass sie seltener in Erwerbstätigkeit sind und insgesamt in geringerem Umfang arbeiten, deutlich geringere Einkommen haben als Menschen ohne Beeinträchtigungen. In der Folge weisen sie eine stark erhöhte Armutsrisikoquote auf. Positiv werden die Regelungen des BTHG zur Einkommens- und Vermögensanrechnung von Menschen bewertet, die Eingliederungshilfeleistungen erhalten. Für die anderen Menschen mit Beeinträchtigungen fehle es jedoch an effektiven Maßnahmen, das Armutsrisiko zu verringern. (Zivilgesellschaftliches Verbändebündnis 2018)

i**Artikel 27 UN-BRK: Arbeit und Beschäftigung**

(1) Die Vertragsstaaten anerkennen das gleiche Recht von Menschen mit Behinderungen auf Arbeit; dies beinhaltet das Recht auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem offenen, in-

tegrativen und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wird. Die Vertragsstaaten sichern und fördern die Verwirklichung des Rechts auf Arbeit, einschließlich für Menschen, die während der Beschäftigung eine Behinderung erwerben, durch geeignete Schritte, einschließlich des Erlasses von Rechtsvorschriften [...].

Artikel 28 UN-BRK: Angemessener Lebensstandard und sozialer Schutz

(1) Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf einen angemessenen Lebensstandard für sich selbst und ihre Familien, einschließlich angemessener Ernährung, Kleidung und Wohnung sowie auf eine stetige Verbesserung der Lebensbedingungen und unternehmen geeignete Schritte zum Schutz und zur Förderung der Verwirklichung dieses Rechts ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung.

(2) Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf sozialen Schutz und den Genuss dieses Rechts ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung und unternehmen geeignete Schritte zum Schutz und zur Förderung der Verwirklichung dieses Rechts [...].

In den folgenden Abschnitten wird anhand von Indikatoren zur Erwerbsarbeit sowie zu Einkommen und Vermögen dargestellt, in welcher Weise sich die Situation von Menschen mit Beeinträchtigungen von derjenigen der Menschen ohne Beeinträchtigungen in diesem zentralen Lebensbereich unterscheidet. In den ersten drei Abschnitten werden Ergebnisse zur Erwerbsbeteiligung vorgestellt. Die Reihenfolge der Abschnitte folgt dabei dem Grundsatz „Vom Allgemeinen zum Besonderen“, beginnend mit der Erwerbsbeteiligung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Es folgen Indikatoren, die Aufschluss über Umfang, Struktur und Entwicklung von Personengruppen geben, die auf verschiedene Weise nicht am allgemeinen Arbeitsmarkt partizipieren. Ein Abschnitt zeigt Ergebnisse von Auswertungen der Teilhabebefragung zu den nicht erwerbstätigen Menschen sowie zu Unterschieden in der Arbeitslosigkeit von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen. Anschließend werden Art und Umfang der Teilhabe von Menschen mit Beein-

trächtigen am Arbeitsleben behandelt, die Unterstützungsleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten. Um die materielle Lebenssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen zu beschreiben, werden Einkommen, Transferleistungen und Besitzverhältnisse in den Blick genommen. In einem weiteren Abschnitt werden die staatlichen Leistungen untersucht, mit denen Menschen mit Beeinträchtigungen bei der Teilhabe am Arbeitsleben und hinsichtlich ihres materiellen Lebensstandards gefördert werden. Abschließend werden die zuvor dargestellten Ergebnisse genutzt, um basierend auf den folgenden Leitfragen eine Gesamteinschätzung vorzunehmen:

1. Menschen mit Beeinträchtigungen sollen einer Erwerbsarbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen können, die ihren Qualifikationen, Fähigkeiten und Neigungen entspricht. Finden sich in den dargestellten Indikatoren Hinweise darauf, dass Beeinträchtigungen eine gleichberechtigte Teilhabe an der Erwerbsarbeit erschweren?
2. Verschiedene Angebote und Maßnahmen sollen Menschen mit Beeinträchtigungen bei der Teilhabe am Arbeitsleben unterstützen. In welchem Maß werden sie dem Anspruch gerecht, eine größtmögliche Nähe für Menschen mit Beeinträchtigungen zum allgemeinen Arbeitsmarkt zu erreichen?
3. Sind Menschen mit Beeinträchtigungen materiell schlechter gestellt als Menschen ohne Beeinträchtigungen? Wenn ja, welche relevanten Benachteiligungen zeigen die Indikatoren auf?
4. Besondere Aufmerksamkeit ist Personen mit mehrfachen Benachteiligungen (Intersektionalität) zu widmen. Welche Personengruppen lassen sich im Kontext von Erwerbsarbeit und materieller Situation als besonders gefährdet identifizieren?

5.1 Erwerbsbeteiligung und Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

Menschen mit Beeinträchtigungen haben nach Artikel 27 UN-BRK das Recht, „ihren Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem offenen, integrativen und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wird“. Die folgenden Abschnitte zeigen, ob und inwieweit die Teilhabe am allgemeinen Arbeitsmarkt gelingt.⁹⁵

5.1.1 Erwerbsbeteiligung und Erwerbstätigkeit

Insgesamt gab es im Jahr 2017 rund 5,9 Millionen Menschen mit Beeinträchtigungen im erwerbsfähigen Alter zwischen 18 und 64 Jahren (

⁹⁵ Zu den Befunden im Bereich der Arbeitsform und Qualität der Arbeit äußert sich der wissenschaftliche Beirat im Kommentar zu diesem Kapitel.

Tabelle 49). In dieser Gruppe ist der Anteil der Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von unter 50 seit dem Jahr 2009 deutlich gestiegen (+ 10 %). Die Anteile der Menschen mit chronischen Krankheiten (- 8 %) beziehungsweise mit anerkannter Schwerbehinderung (- 3 %) sind hingegen gesunken. Auffallend ist die starke Zunahme der Frauen mit Beeinträchtigungen im erwerbsfähigen Alter, der mit 8 Prozent zwischen 2009 und 2017 deutlich stärker ausfällt als bei den Männern (+ 1 %).

Tabelle 49: Menschen im erwerbsfähigen Alter

Menschen mit Beeinträchtigungen im Alter von 18 bis 64 Jahren

	Anzahl in Tausend			Anteil in Prozent	Veränderung in Prozent
	2009	2013	2017	2017	2009 bis 2017
Insgesamt	5.628	5.841	5.862	100 %	+ 4 %
Männer	2.985	3.042	3.009	51 %	+ 1 %
Frauen	2.643	2.799	2.853	49 %	+ 8 %
Darunter: mit GdB ab 50	2.953	3.018	2.875	49 %	- 3 %
mit GdB unter 50	1.609	1.733	1.777	30 %	+ 10 %
chronisch kranke Menschen (ohne anerkannte Behinderung)	1.066	1.090	1.210	21 %	- 8 %

Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Von den rund 5,9 Millionen Menschen mit Beeinträchtigungen im erwerbsfähigen Alter waren im Jahr 2017 rund 3,0 Millionen Personen zumindest eine Stunde pro Woche gegen Entgelt erwerbstätig.⁹⁶ Das entsprach einer Erwerbstätigenquote von 53 Prozent.⁹⁷ 164.000 Personen (3 %) waren erwerbslos. Das heißt, sie hatten in den vier Wochen vor der Befragung nicht gearbeitet, aber aktiv nach einer Stelle gesucht. 2,5 Millionen Menschen mit Beeinträchtigungen gehörten zu den Nichterwerbspersonen (44 %), z. B. aufgrund einer vollständigen Erwerbsminderung. Darüber hinaus gehörten rund 73.000 Personen zu den „arbeitsuchenden Nichterwerbspersonen“. Unter ihnen sind z. B. Nichterwerbspersonen, die die Suche nach einer Arbeitnehmertätigkeit abgeschlossen haben, weil sie innerhalb der kommenden drei Monate eine neue Tätigkeit aufnehmen (Abbildung 38).

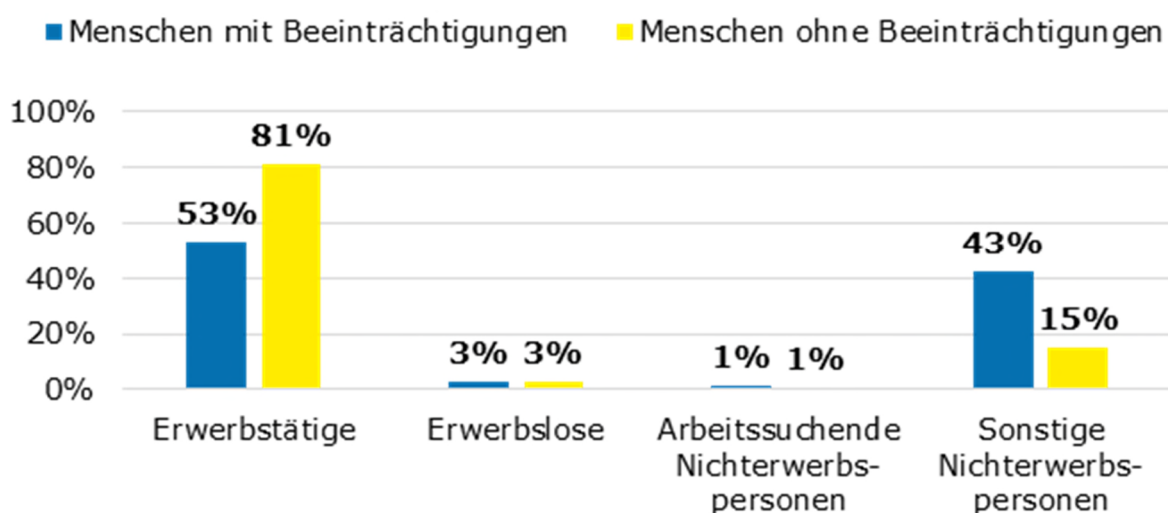
⁹⁶ Die folgenden Auswertungen zur Erwerbsbeteiligung auf der Basis des Mikrozensus verwenden zur Abgrenzung von Erwerbstätigen, Erwerbslosen, arbeitsuchenden Nichterwerbspersonen sowie sonstigen Nichterwerbspersonen das Konzept der International Labour Organization (ILO). Erwerbstätig ist demnach jede Person im erwerbsfähigen Alter, die im Berichtszeitraum mindestens eine Stunde lang gegen Entgelt oder im Rahmen einer selbstständigen oder mithelfenden Tätigkeit gearbeitet hat (siehe hierzu auch Abschnitt 5.2.2).

⁹⁷ Die Erwerbstätigenquote entspricht dem Anteil der erwerbstätigen Personen an den erwerbsfähigen Personen.

Im Gruppenvergleich zeigt sich, dass im Jahr 2017 die Erwerbstätigenquote der Menschen ohne Beeinträchtigungen mit 81 Prozent deutlich über der der Menschen mit Beeinträchtigungen lag. Dieser Unterschied ging mit einem geringeren Anteil der Nichterwerbspersonen unter den Menschen ohne Beeinträchtigungen einher. Die Erwerbslosenquote lag sowohl bei den Menschen mit als auch ohne Beeinträchtigungen bei 3 Prozent. Die Erwerbslosenquote lag sowohl bei den Menschen mit als auch ohne Beeinträchtigungen bei 3 Prozent.

Abbildung 38: Erwerbsbeteiligung

Anteil der Menschen im erwerbsfähigen Alter (18 bis 64 Jahre) nach Grad der Erwerbsbeteiligung, 2017



Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Die Erwerbsbeteiligung ändert sich mit dem Alter. Besonders häufig sind Personen in der Kernerwerbsphase von 30 bis 49 Jahren erwerbstätig. Jüngere Personen sind häufig noch in der schulischen oder beruflichen Ausbildung. Ab dem Alter von 50 Jahren nehmen Beeinträchtigungen von Körperfunktionen oder -strukturen zu und führen zu Erwerbsminderungen und daran anknüpfende Renten.

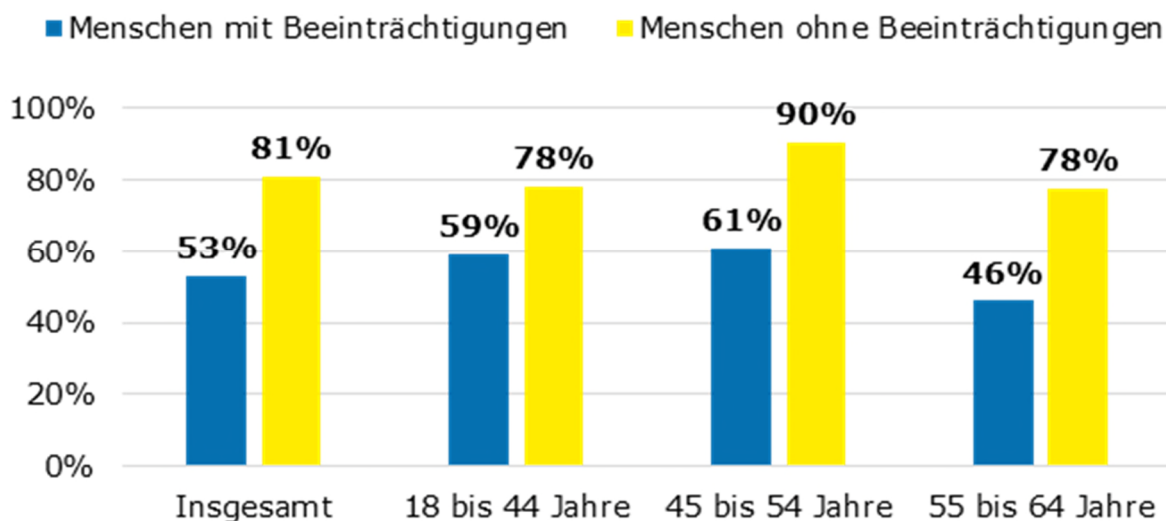
Diese Muster zeigen sich auch in Abbildung 39. Die Erwerbstätigenquote von Menschen mit Beeinträchtigungen lag in der Altersgruppe der 18- bis 44-Jährigen bei 59 Prozent. Bis zum Alter von 54 Jahren stieg sie leicht auf 61 Prozent an. In der anschließenden Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen sank sie auf 46 Prozent.

Bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen lag die Erwerbstätigenquote der 18- bis 44-Jährigen mit 78 Prozent um 19 Prozentpunkte über der entsprechenden

Quote der Menschen mit Beeinträchtigungen. Diese Differenz stieg in der Altersgruppe der 45- bis 54-Jährigen auf 29 Prozentpunkte an. Bei den 55- bis 64-Jährigen lag sie bei 32 Prozentpunkten. Die Gründe für die steigende Differenz sind der mit dem Alter zunehmende Anteil der Nichterwerbspersonen unter den Menschen mit Beeinträchtigungen und der geringe Anteil der Nichterwerbspersonen bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen im Alter von 45 bis 54 Jahren.

Abbildung 39: Erwerbstätigenquoten

Anteil der erwerbstätigen Menschen an allen Erwerbsfähigen (18 bis 64 Jahre), nach Altersgruppen, 2017



Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Abbildung 40 zeigt die Erwerbsbeteiligung von verschiedenen Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen im Jahr 2017. Vergleichsweise hohe Erwerbstätigenquoten hatten die Personen mit anerkannter Behinderung und einem GdB von unter 50. Von den 1,8 Millionen Personen in dieser Gruppe waren 1,2 Millionen erwerbstätig (68 %).

Mit steigendem GdB sank die Erwerbstätigenquote auf 48 Prozent bei den Menschen mit einem GdB zwischen 50 und 80 und auf 37 Prozent bei den Menschen mit einem Grad der Behinderung von 90 und darüber.

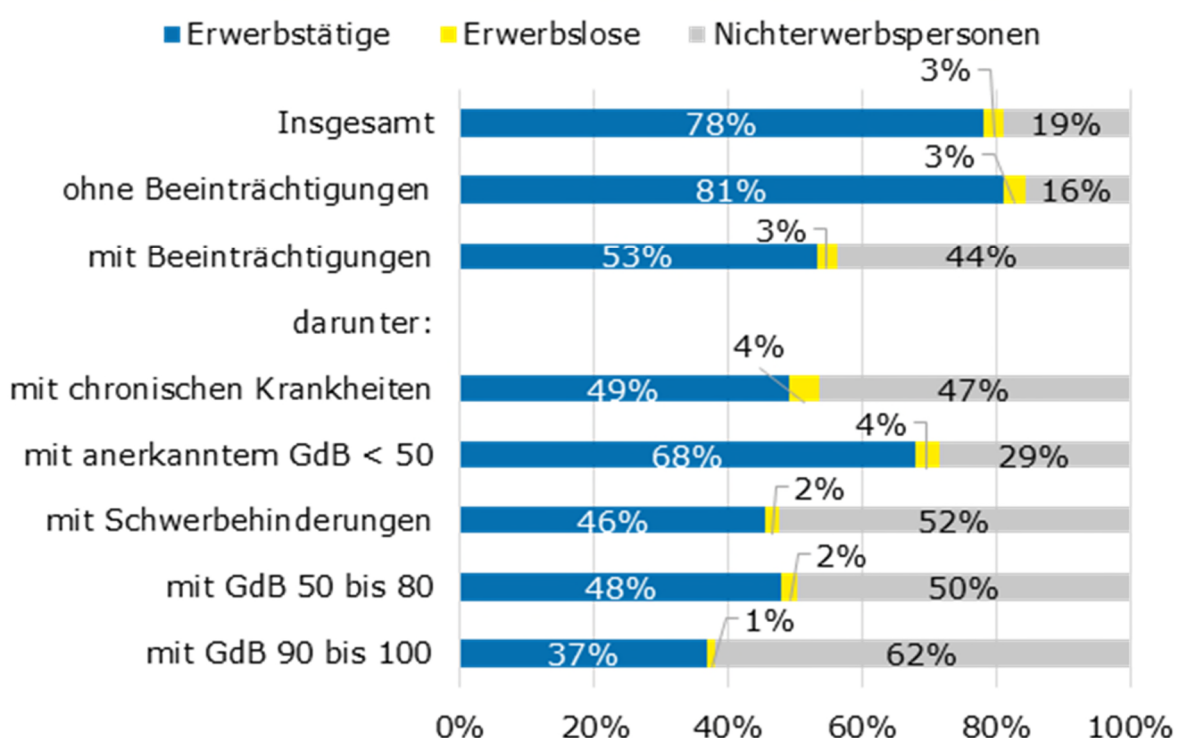
Unter den 946.000 Personen mit chronischen Krankheiten, aber ohne anerkannte Behinderung waren 464.000 Personen erwerbstätig. Die entsprechende Erwerbstätigenquote von 49 Prozent lag damit auf dem Niveau der Erwerbstätigenquoten

von Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung und einem Grad der Behinderung von 50 bis 80.

Die Erwerbslosenquoten der einzelnen Teilgruppen der Menschen mit Beeinträchtigungen unterschieden sich nur geringfügig von den Menschen ohne Beeinträchtigungen. Personen mit chronischen Krankheiten oder einem Grad der Behinderung von unter 50 hatten eine geringfügig höhere Erwerbslosenquote (4 %) als Menschen ohne Beeinträchtigungen (3 %). Mit steigendem Grad der Behinderung sank die Erwerbslosenquote auf 1 Prozent.

Abbildung 40: Erwerbsbeteiligung nach Teilgruppen der Beeinträchtigungen

Menschen im erwerbsfähigen Alter (18 bis 64 Jahre) nach Grad der Erwerbsbeteiligung und Teilgruppen der Beeinträchtigungen, 2017



Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Zwischen 2009 und 2017 stiegen die Erwerbstätigenquoten in Deutschland insgesamt. Bei Menschen mit Beeinträchtigungen stieg die Erwerbstätigenquote um 5 Prozentpunkte und damit genauso stark wie bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen (Tabelle 50). Im gleichen Zeitraum fiel bei beiden Gruppen die Er-

werbslosenquote um 3 Prozentpunkte und auch der Anteil der Nichterwerbspersonen ging um 3 beziehungsweise 4 Prozentpunkte zurück. Die Erwerbstätigenquoten von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen haben sich damit, trotz einer insgesamt positiven Entwicklung, nicht angenähert.

Im Zeitverlauf zeigt sich weiterhin, dass sich die Erwerbstätigenquoten bei den Menschen mit Beeinträchtigungen zwischen den Geschlechtern tendenziell angleichen. Der Anteil der Erwerbstätigen lag bei Männern im Jahr 2017 bei 56 Prozent und damit 6 Prozentpunkte über dem Anteil der Frauen von 50 Prozent. 2009 lag die Differenz bei der Erwerbstätigenquote noch bei 9 Prozentpunkten.

Tabelle 50: Erwerbsbeteiligung nach Geschlecht

Menschen im erwerbsfähigen Alter (18 bis 64 Jahre) nach Erwerbsbeteiligung und Geschlecht

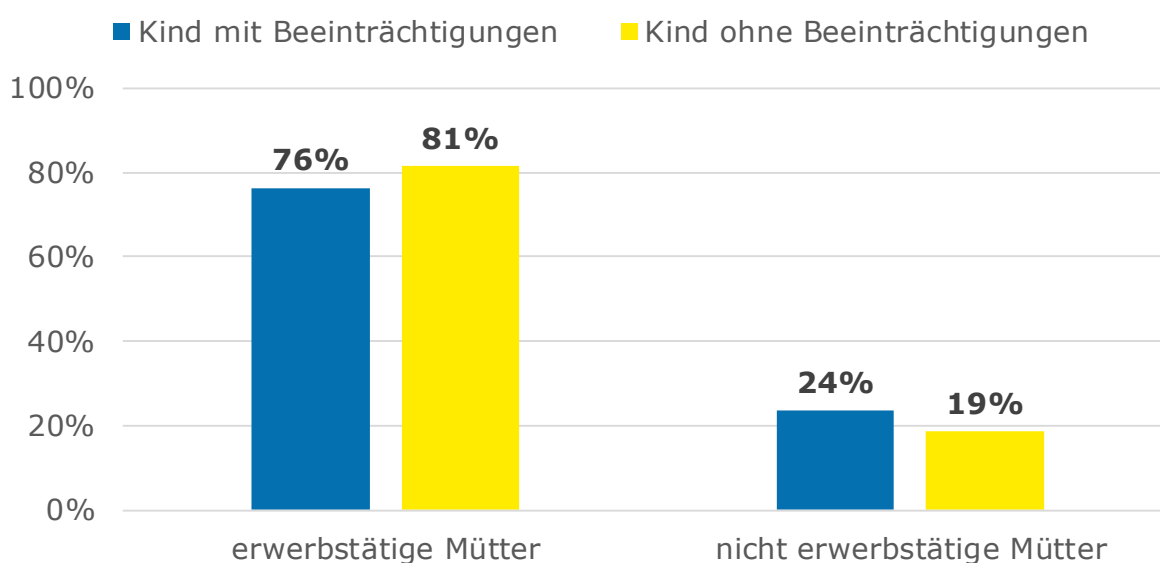
	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen		
	2009	2013	2017	2009	2013	2017
Insgesamt						
Erwerbstätige	48 %	50 %	53 %	76 %	80 %	81 %
Erwerbslose	6 %	4 %	3 %	6 %	4 %	3 %
Nichterwerbspersonen	47 %	46 %	44 %	18 %	16 %	16 %
Männer						
Erwerbstätige	52 %	52 %	56 %	82 %	85 %	85 %
Erwerbslose	6 %	5 %	3 %	7 %	5 %	4 %
Nichterwerbspersonen	42 %	43 %	40 %	11 %	10 %	11 %
Frauen						
Erwerbstätige	43 %	47 %	50 %	70 %	75 %	77 %
Erwerbslose	5 %	4 %	2 %	5 %	4 %	3 %
Nichterwerbspersonen	52 %	49 %	47 %	24 %	22 %	20 %

Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Die Erwerbstätigkeit von Müttern mit einem Kind mit Beeinträchtigungen wurde in der zweiten KiGGS-Welle erfragt (Abbildung 41). Demnach waren 76 Prozent der Mütter erwerbstätig, die ein Kind mit Beeinträchtigungen haben. Mütter, deren Kinder keine Beeinträchtigungen haben, waren zu 81 Prozent erwerbstätig.

Abbildung 41: Erwerbstätigkeit von Müttern mit beeinträchtigtem Kind 2014 bis 2017, Anteil der Erwerbstätigen an allen Müttern mit beeinträchtigten Kindern*



* Antworten des Elternfragebogens, gewichtet

Quelle: KiGGS, Berechnung und Darstellung Prognos

Differenziert nach den Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen zeigt Tabelle 51, dass die Gruppe der Menschen mit chronischen Krankheiten vergleichsweise wenig von der positiven Arbeitsmarktlage profitierte. Während die Erwerbstätigenquote von Menschen mit Beeinträchtigungen insgesamt zwischen 2009 und 2017 um 5 Prozentpunkte auf 53 Prozent stieg, gab es bei den Menschen mit chronischen Krankheiten lediglich einen Anstieg um 1 Prozentpunkt auf 49 Prozent. Bei den Männern mit chronischen Krankheiten ging die Erwerbstätigenquote sogar um 2 Prozentpunkte auf 51 Prozent zurück. Bei Frauen mit chronischen Krankheiten gab es demgegenüber einen Anstieg der Erwerbstätigenquote um 4 Prozentpunkte auf 47 Prozent. Abgesehen von den Menschen mit chronischen Krankheiten verzeichnen alle Teilgruppen der Menschen mit Beeinträchtigungen steigende Erwerbstätigenquoten mit Zuwächsen von 5 bis 8 Prozentpunkten.

Besonders gering ist die Erwerbstätigenquote bei den Menschen mit Migrationshintergrund und Beeinträchtigung. Im Jahr 2017 lag sie bei 45 Prozent. Bei den Menschen mit Beeinträchtigungen ohne Migrationshintergrund lag die Erwerbstätigenquote 2017 10 Prozentpunkte höher, nämlich bei 55 Prozent.

Tabelle 51: Erwerbstätigenquoten von Menschen mit Beeinträchtigungen nach Teilgruppen

Anteil der erwerbstätigen Menschen an allen Erwerbsfähigen (18 bis 64 Jahre) nach Geschlecht und Einschränkungen

	2009	2013	2017
Insgesamt	48 %	50 %	53 %
chronisch kranke Menschen (ohne anerkannte Behinderung)	48 %	48 %	49 %
mit anerkannter Behinderung	48 %	50 %	54 %
GdB unter 50	62 %	64 %	68 %
GdB ab 50	40 %	42 %	46 %
Männer			
chronisch kranke Menschen (ohne anerkannte Behinderung)	53 %	52 %	51 %
mit anerkannter Behinderung	51 %	52 %	57 %
GdB unter 50	66 %	67 %	71 %
GdB ab 50	43 %	43 %	48 %
Frauen			
chronisch kranke Menschen (ohne anerkannte Behinderung)	43 %	44 %	47 %
mit anerkannter Behinderung	44 %	48 %	51 %
GdB unter 50	57 %	61 %	64 %
GdB ab 50	37 %	40 %	43 %
Migrationshintergrund			
mit	40 %	43 %	45 %
ohne	49 %	51 %	55 %

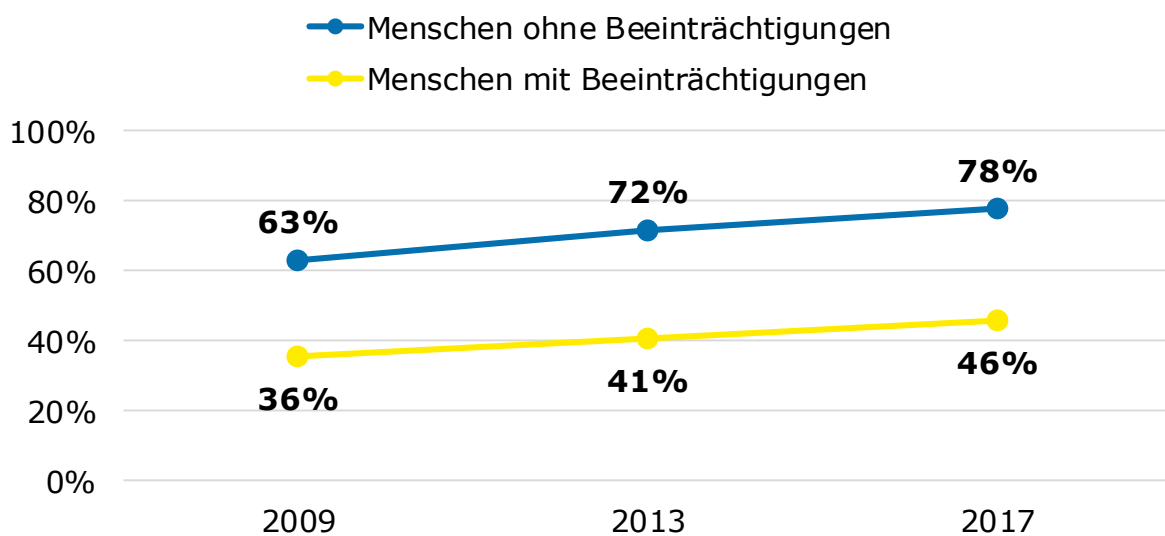
Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Ein Grund für die Zunahme der Erwerbstätigenquoten ist die steigende Erwerbsbeteiligung älterer Menschen. Die Erwerbstätigenquote von Menschen mit Beeinträchtigungen stieg zwischen 2009 und 2017 um 11 Prozentpunkte auf 46 Prozent. Bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen stieg sie um 15 Prozentpunkte auf 78 Prozent (Abbildung 42).

Abbildung 42: Erwerbstätigenquoten im Alter von 55 bis 64 Jahren

Anteil der erwerbstätigen Menschen mit/ohne Beeinträchtigungen an allen Erwerbsfähigen (55 bis 64 Jahre), nach Altersgruppen, 2009, 2013, und 2017



Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Eine Teilgruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen mit einer besonders niedrigen Erwerbstätigenquote ist die der Menschen mit Migrationshintergrund (Tabelle 52). Die Erwerbstätigenquote lag im Jahr 2017 bei 45 Prozent und damit deutlich unter den Erwerbstätigenquoten von Menschen mit Migrationshintergrund ohne Beeinträchtigungen oder von Menschen ohne Migrationshintergrund insgesamt. Positiv ist festzuhalten, dass auch in dieser Gruppe ein Anwachsen der Erwerbstätigkeit zwischen 2009 und 2017 um 5 Prozentpunkte festzustellen ist.

Tabelle 52: Erwerbstätigenquoten nach Migrationshintergrund

Anteil der erwerbstätigen Menschen an allen Erwerbsfähigen (18 bis 64 Jahre)

	2009	2013	2017
mit Migrationshintergrund			
mit Beeinträchtigungen	40 %	43 %	45 %
ohne Beeinträchtigungen	66 %	71 %	71 %
ohne Migrationshintergrund			
mit Beeinträchtigungen	49 %	51 %	55 %
ohne Beeinträchtigungen	79 %	82 %	85 %

Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

5.1.2 Qualität und Umfang der Erwerbstätigkeit

Im vorherigen Abschnitt wurde dargestellt, inwieweit die Teilhabe am Erwerbsleben grundsätzlich gelingt. Dieses Kapitel zeigt, in welcher Weise Menschen mit Beeinträchtigungen am Arbeitsmarkt teilhaben können. Dazu wird die Qualität der Erwerbstätigkeit über folgende Indikatoren dargestellt:

- **Arbeitsumfang:** In welchen Stundenumfängen sind die Menschen erwerbstätig?
- **Stellung im Beruf:** Welchen Status haben die Menschen mit Beeinträchtigungen?
- **Subjektive Zufriedenheit:** Wie zufrieden sind sie mit ihrer Arbeit?

Arbeitsumfang

Die tatsächlich geleisteten Arbeitszeiten von Menschen mit Beeinträchtigungen lagen im Jahr 2018 mit durchschnittlich 35 Stunden pro Woche unter denen von Menschen ohne Beeinträchtigungen, die im Durchschnitt 38 Stunden arbeiteten.⁹⁸

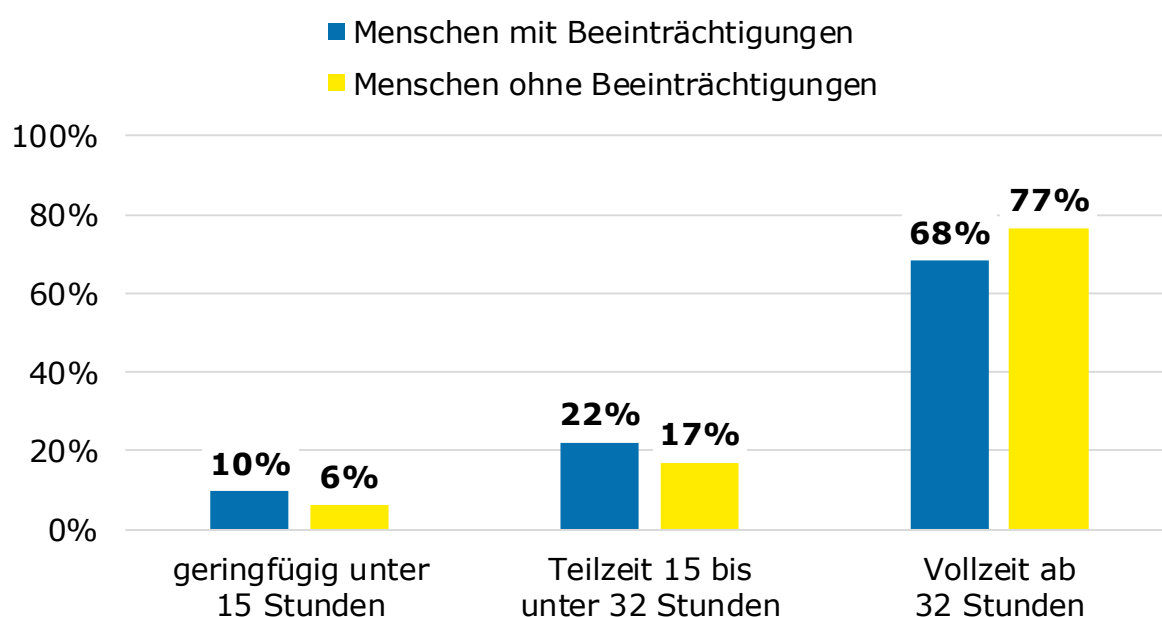
Abbildung 43 zeigt, dass Menschen mit Beeinträchtigungen etwas häufiger in geringfügigen Stundenumfängen von unter 15 Stunden (10 %) und in Teilzeit zwi-

⁹⁸ Auswertungen der Prognos AG auf Basis des SOEP, ohne Abbildung.

schen 15 und unter 32 Stunden (22 %) arbeiteten. In Vollzeit ab 32 Stunden arbeiteten 68 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen und 77 Prozent der Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Abbildung 43: Arbeitsumfang

Anteil der erwerbstätigen Menschen nach tatsächlichen Arbeitszeiten einschließlich eventueller Überstunden, 2018



Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Sowohl bei den Menschen mit als auch ohne Beeinträchtigungen gab es große Unterschiede beim Arbeitsumfang zwischen den Geschlechtern. Unter den Menschen mit Beeinträchtigungen lag der Anteil der Männer in Vollzeit 29 Prozentpunkte über dem Anteil der Frauen (Tabelle 53).

Tabelle 53: Arbeitsumfang

Erwerbstätige Menschen und ihre tatsächlichen Arbeitszeiten einschließlich eventueller Überstunden nach Geschlecht

	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen		
	2014	2016	2018	2014	2016	2018
Insgesamt						
Vollzeit	68 %	68 %	68 %	76 %	76 %	77 %
Teilzeit	22 %	21 %	22 %	17 %	17 %	17 %
geringfügig	10 %	11 %	10 %	7 %	7 %	6 %
Männer						
Vollzeit	84 %	81 %	83 %	91 %	91 %	91 %
Teilzeit	9 %	11 %	10 %	6 %	5 %	6 %
geringfügig	6 %	7 %	7 %	3 %	3 %	3 %
Frauen						
Vollzeit	53 %	55 %	54 %	58 %	59 %	60 %
Teilzeit	33 %	30 %	34 %	29 %	30 %	30 %
geringfügig	14 %	15 %	12 %	12 %	11 %	10 %

Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Stellung im Beruf

Die UN-BRK garantiert Menschen mit Behinderungen das gleiche Recht auf gerechte und günstige Arbeitsbedingungen einschließlich Chancengleichheit. Unterschiede bei der Stellung im Beruf von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen können dabei auf Zugangsbarrieren hinweisen.

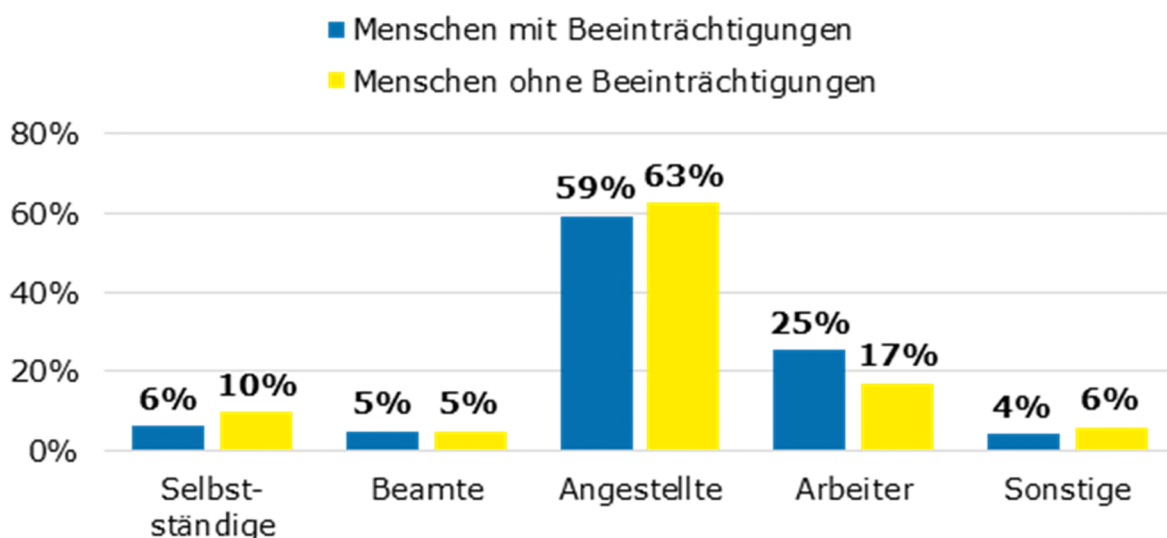
Menschen mit Beeinträchtigungen waren sowohl seltener selbstständig (- 4 Prozentpunkte; Abbildung 44) als auch angestellt (ebenfalls - 4 Prozentpunkte) als Menschen ohne Beeinträchtigung. Beide Gruppen waren etwa gleich häufig verbeamtet. Der deutlichste Unterschied ist bei den Arbeiterinnen und Arbeitern festzustellen, insofern Menschen mit Beeinträchtigungen mit einem Anteil von

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

25 Prozent deutlich häufiger Arbeiterinnen und Arbeiter waren als Menschen ohne Beeinträchtigungen mit einem Anteil von 17 Prozent.⁹⁹

Abbildung 44: Stellung im Beruf

Erwerbstätige im Alter von 18 bis 64 Jahren, 2017



Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Im Zeitverlauf zeigten sich bei den Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen ähnliche Entwicklungen (Tabelle 54): der Anteil der Angestellten stieg, der Anteil der Arbeiterinnen und Arbeiter ging zurück, insbesondere bei den Menschen mit Beeinträchtigungen. Auf ähnlichem Niveau blieben im Beobachtungszeitraum die Anteile der Selbstständigen und Beamtinnen und Beamten.

⁹⁹ Zur Stellung im Beruf gibt es auf internationaler Ebene mehrere Klassifikationsverfahren oder Indizes. An dieser Stelle wird auf eine Klassifikation des Statistischen Bundesamts zurückgegriffen. Es handelt sich hierbei um eine Durchschnittsbetrachtung, die von möglichen Statusüberschneidungen zwischen den Gruppen absieht.

Tabelle 54: Stellung im Beruf im Zeitverlauf

Erwerbstätige im Alter von 18 bis 64 Jahren

	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen		
	2012	2014	2016	2012	2014	2016
Selbstständige	7 %	7 %	6 %	11 %	11 %	10 %
Beamte*innen	6 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %
Angestellte	50 %	53 %	59 %	54 %	58 %	63 %
Arbeiter*innen	34 %	30 %	25 %	23 %	20 %	17 %
Sonstige ¹	3 %	5 %	4 %	6 %	6 %	6 %

¹ Zu den Sonstigen gehören z. B. Personen in bezahlten Praktika, Volontärinnen und Volontäre, Personen in den Freiwilligendiensten.

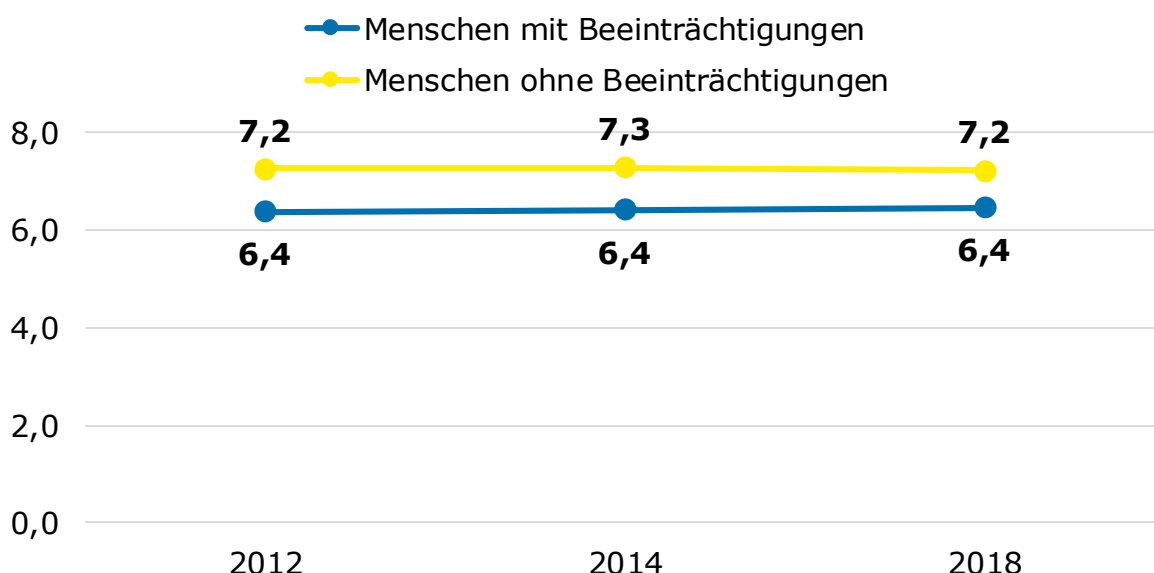
Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Subjektive Zufriedenheit mit der Arbeit

Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen hatten in den Jahren 2014 bis 2018 unterschiedliche subjektive Sichten auf ihre Arbeit. Menschen mit Beeinträchtigungen sind seit Jahren im Durchschnitt weniger mit ihrer Arbeit zufrieden (Durchschnittswert: 6,4 auf einer Zehnerskala; Abbildung 45) als Menschen ohne Beeinträchtigungen (Durchschnittswert: 7,2 beziehungsweise 7,3).

Abbildung 45: Zufriedenheit mit der Arbeit

Durchschnittswerte auf einer Skala von 0 (ganz und gar unzufrieden) bis 10 (ganz und gar zufrieden) für Erwerbstätige im Alter von 18 bis 64 Jahren



Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Weitere Analysen zeigen, dass die Unterschiede bei der subjektiven Zufriedenheit mit der Arbeit zwischen den verschiedenen Altersgruppen und Beeinträchtigungsformen der Menschen mit Beeinträchtigungen gering sind. Auch die Differenzierung nach den Merkmalen Geschlecht oder Migrationshintergrund zeigt keine Abweichungen zum Gesamttrend.¹⁰⁰

5.1.3 Einkommen aus Erwerbstätigkeit

Ein weiterer Indikator für die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen am Arbeitsmarkt sind die Bruttostundenlöhne. Hier haben die Unterschiede zwischen den Einkommen von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in den letzten Jahren stark abgenommen. Im Jahr 2018 verdienten Menschen mit Beeinträchtigungen im Mittel (Median) 16,56 Euro brutto pro Stunde. Menschen ohne Beeinträchtigungen verdienten 1,38 Euro brutto pro Stunde mehr (16,67 Euro; Tabelle 55).

¹⁰⁰ Auswertungen der Prognos AG auf Basis des SOEP, ohne Abbildung.

Tabelle 55: Mittlere Bruttostundenlöhne

Median der Bruttostundenlöhne von Erwerbstätigen in Voll- oder Teilzeit im Alter von 18 bis 64 Jahren nach beruflicher Qualifikation, in Euro

	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen		
	2014	2016	2018	2014	2016	2018
Insgesamt	15,33	16,89	16,56	16,09	16,67	17,94
Qualifikation						
ohne beruflichen Abschluss	11,15	12,07	12,48	11,78	12,19	12,32
beruflicher Abschluss	14,94	16,67	16,09	14,94	15,33	16,50
(Fach-)Hochschulreife	20,59	23,26	23,73	22,99	22,99	24,30

Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

5.1.4 Atypische Beschäftigung

Einige Formen atypischer Beschäftigungen¹⁰¹ können, im Gegensatz zum Normalarbeitsverhältnis, zu größeren Anteilen nicht den eigenen Lebensunterhalt und gegebenenfalls den von Angehörigen voll finanzieren. In bestimmten Fällen können atypische Beschäftigungsformen freiwillig gewählt sein, z. B. um berufliche und persönliche Interessen besser miteinander vereinbaren zu können, oder auch, insbesondere bei Befristungen, finanziell auskömmlich sein. Häufig gehen sie jedoch mit größeren Unsicherheiten beim Arbeitsverhältnis und je nach Beschäftigungsform mit geringen Einzahlungsmöglichkeiten in die Sozialversicherungen einher.

28 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen waren im Jahr 2018 atypisch beschäftigt, unter den Menschen ohne Beeinträchtigungen waren es 22 Prozent (Abbildung 46). Menschen mit Beeinträchtigungen waren also häufiger in geringen Stundenumfängen unter 20 Stunden pro Woche, geringfügig, in Zeitarbeit oder befristet beschäftigt. Der höhere Anteil atypisch beschäftigter Menschen mit Beeinträchtigungen lässt sich dabei einerseits auf die in Abschnitt 5.1.2 beschriebenen geringeren Arbeitsumfänge zurückführen. Darüber hinaus zeigen weitere

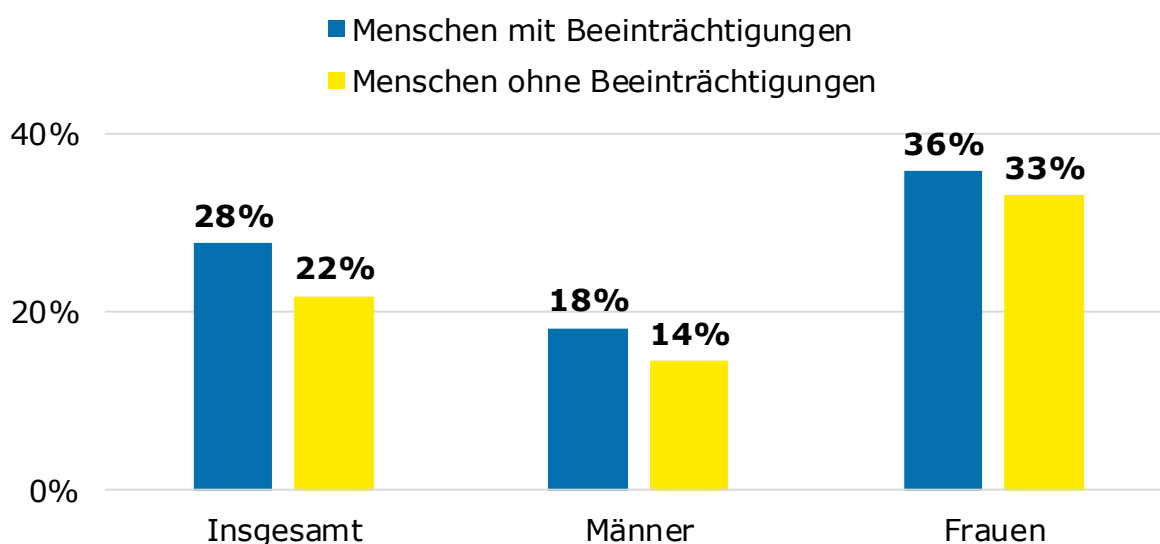
¹⁰¹ Zu den atypischen Beschäftigungsformen werden nach dem Statistischen Bundesamt – in Abgrenzung zum Normalarbeitsverhältnis – Teilzeitbeschäftigungen mit 20 oder weniger Arbeitsstunden pro Woche, geringfügige Beschäftigungen, befristete Beschäftigungen sowie Zeitarbeitsverhältnisse gezählt.

Auswertungen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen häufiger einen Mini-Job haben (9 %; Menschen ohne Beeinträchtigungen 5 %).¹⁰²

Unterschiede der Anteile der atypisch Beschäftigten zwischen den Geschlechtern zeigen sich bei Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen gleichermaßen: Der Anteil der atypisch beschäftigten Frauen mit Beeinträchtigungen lag 18 Prozentpunkte über dem Anteil der Männer. Bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen lag die Differenz bei 19 Prozentpunkten (Abbildung 46).

Abbildung 46: Atypische Beschäftigungsverhältnisse

Anteil der geringfügig, in Zeitarbeit oder befristet beschäftigten Menschen im Alter von 25 bis 64 Jahren an allen Beschäftigten nach Geschlecht, 2018



Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Der Zeitverlauf zeigt, dass die Differenz zwischen dem Anteil der atypisch beschäftigten Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in den vergangenen Jahren gestiegen ist (Tabelle 56). Während im Jahr 2012 kein signifikanter Unterschied bestand, betrug er im Jahr 2014 4 Prozentpunkte. Das ging vor allem auf die Zunahme atypischer Beschäftigungsverhältnisse bei Menschen mit Beeinträchtigungen zurück. Vergleichsweise häufig wurden Frauen mit Beeinträchtigungen (35 %) sowie Personen im Alter zwischen 25 und 39 Jahren atypisch beschäftigt.

¹⁰² Auswertungen der Prognos AG auf Basis des SOEP, ohne Abbildung.

Tabelle 56: Atypische Beschäftigungsverhältnisse

Anteil atypisch beschäftigter Menschen im Alter von 25 bis 64 Jahren an allen Beschäftigten nach Alter und Geschlecht

	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen		
	2014	2016	2018	2014	2016	2018
Insgesamt	28 %	27 %	28 %	24 %	23 %	22 %
Alter						
25 bis 39 Jahre	44 %	37 %	37 %	33 %	31 %	30 %
40 bis 59 Jahre	24 %	25 %	25 %	18 %	18 %	16 %
60 bis 64 Jahre	27 %	28 %	29 %	20 %	23 %	21 %
Geschlecht						
Männer	18 %	18 %	19 %	14 %	14 %	15 %
Frauen	37 %	36 %	35 %	35 %	33 %	30 %

Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

5.1.5 Beschäftigung im Rahmen des Anzeigeverfahrens des SGB IX

Private und öffentliche Arbeitgeber mit mindestens 20 Arbeitsplätzen haben auf wenigstens 5 Prozent der Arbeitsplätze Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung zu beschäftigen.¹⁰³ Bei Nicht-Erfüllung dieser Quote wird eine Ausgleichs-
abgabe erhoben. Die Zahl der Beschäftigten mit anerkannter Schwerbehinderung oder ihnen Gleichgestellte werden von den Arbeitgebern gemeldet und in der Statistik der Bundesagentur für Arbeit (BA) ausgewiesen. Zusätzlich führt die BA alle fünf Jahre eine ergänzende Teilerhebung zur Anzahl der Beschäftigten mit anerkannter Schwerbehinderung oder ihnen Gleichgestellten bei Arbeitgebern mit weniger als 20 Arbeitsplätzen durch.¹⁰⁴

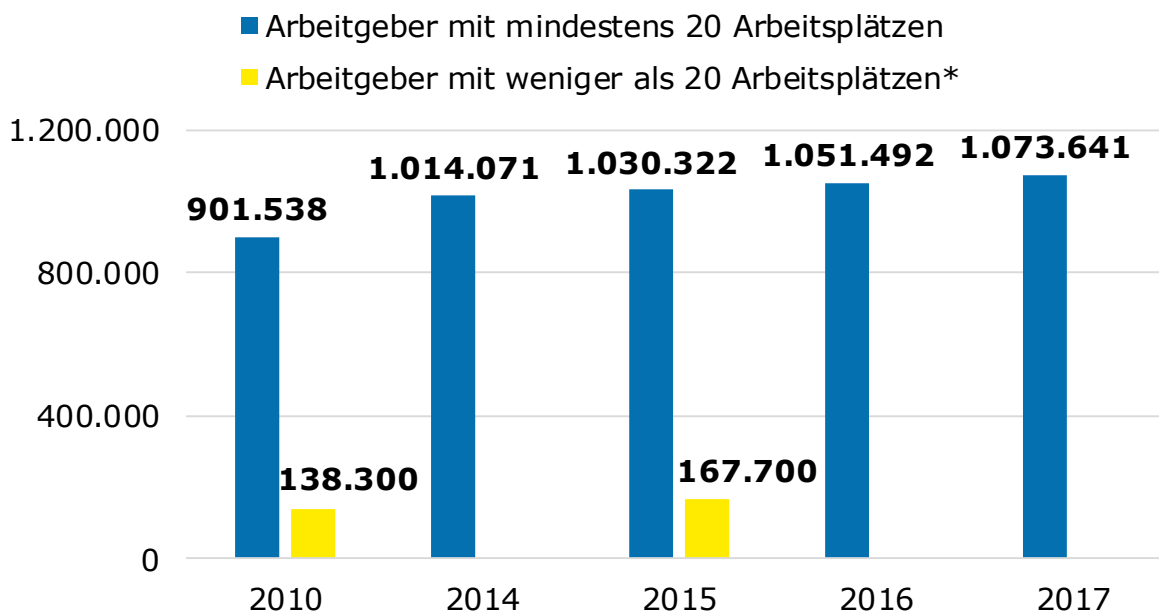
¹⁰³ Für öffentliche Arbeitgeber des Bundes gilt in einigen Fällen, wie z. B. für oberste Bundesbehörden mit nachgeordneten Dienststellen oder das Bundespräsidialamt, eine Pflichtquote von 6 Prozent (§ 241 Absatz 1 SGB IX).

¹⁰⁴ Zu den Befunden im Bereich der Beschäftigungspflicht und Beschäftigungssicherung äußert sich der wissenschaftliche Beirat im Kommentar zu diesem Kapitel.

Abbildung 47 zeigt die Anzahl der Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung einschließlich ihnen gleichgestellter und sonstiger anrechnungsfähiger Personen¹⁰⁵ bei Arbeitgebern mit mindestens 20 Arbeitsplätzen, die im Rahmen des Anzeigeverfahrens gemeldet wurden, sowie Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung, die bei Arbeitgebern mit weniger als 20 Arbeitsplätzen beschäftigt sind. Die Zahl der Beschäftigten mit anerkannter Schwerbehinderung oder ihnen Gleichgestellter nahm demnach in den vergangenen Jahren stetig zu. Im Jahr 2017 lag die Anzahl bei Arbeitgebern mit mindestens 20 Arbeitsplätzen bei knapp 1,1 Millionen. Zusätzlich sind 168.000 Beschäftigte mit anerkannter Schwerbehinderung oder ihnen Gleichgestellte bei Arbeitgebern mit weniger Arbeitsplätzen angestellt (Stand 2015).

Abbildung 47: Gemeldete beschäftigte Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung und ihnen Gleichgestellte

Anzahl der beschäftigten Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung (einschließlich ihnen gleichgestellter und sonstiger anrechnungsfähiger Personen) bei Arbeitgebern mit weniger/mindestens 20 Arbeitsplätzen



¹⁰⁵ Hier wird die Anzahl der Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung einschließlich ihnen gleichgestellter und sonstiger anrechnungsfähiger Personen dargestellt, nicht die Anzahl der besetzten Pflichtarbeitsplätze. Nach § 159 SGB IX kann die Anrechnung eines Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung auf mehr als einen Pflichtarbeitsplatz, höchstens drei Pflichtarbeitsplätze für Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung erfolgen, wenn dessen Teilhabe am Arbeitsleben auf besondere Schwierigkeiten stößt. Dazu gehören Personen in beruflicher Ausbildung oder, im Anschluss an eine abgeschlossene Ausbildung, Personen, bei denen die Vermittlung in eine berufliche Ausbildungsstelle wegen Art oder Schwere der Behinderung auf besondere Schwierigkeiten stößt.

* Die Angaben zu Arbeitgebern mit weniger als 20 Arbeitsplätzen werden im Abstand von fünf Jahren erhoben.

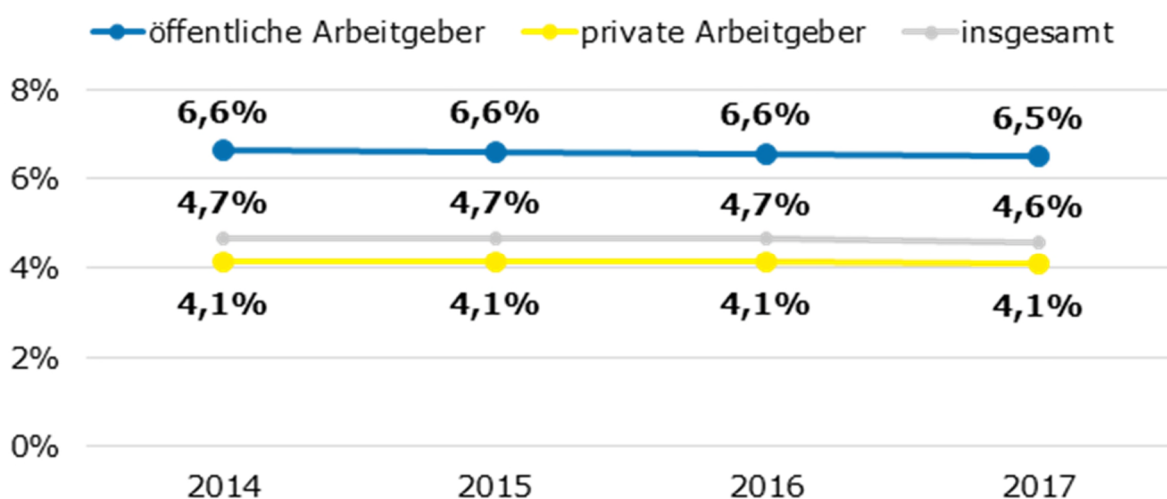
Quellen: BA 2010 bis 2017 und 2015, Berechnung und Darstellung Prognos

Trotz des Anstiegs der gemeldeten Beschäftigten bei anerkannten Arbeitgebern wird das Ziel, dass Arbeitgeber mit mindestens 20 Arbeitsplätzen auf wenigstens 5 Prozent der Arbeitsplätze Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung beschäftigen, bisher insgesamt nicht erreicht (Abbildung 48) und der Anteil anerkannter Arbeitgeber mit einer Beschäftigungsquote von null Prozent ist seit Jahren mit rund 25 Prozent gleichbleibend hoch. Der Anteil der mit Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung besetzten Pflichtarbeitsplätze lag im Jahr 2017 bei 4,6 Prozent und ging damit, im Vergleich zum Vorjahr, leicht zurück.

Unterschiede zeigen sich dabei zwischen den öffentlichen und privaten Arbeitgebern. Öffentliche Arbeitgeber überschritten 2017 sowie in den betrachteten Vorjahren den Grenzwert von 5 Prozent (2017: 6,5 %). Private Arbeitgeber lagen in den Jahren 2014 bis 2017 bei 4,1 Prozent und damit unter dem Grenzwert.

Abbildung 48: Quote der mit Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung besetzten Pflichtarbeitsplätze

Anteil der schwerbehinderten, ihnen gleichgestellten oder sonstig anrechnungsfähigen Personen an allen zu zählenden Arbeitsplätzen



Quelle: BA 2010 bis 2017, Berechnung und Darstellung Prognos

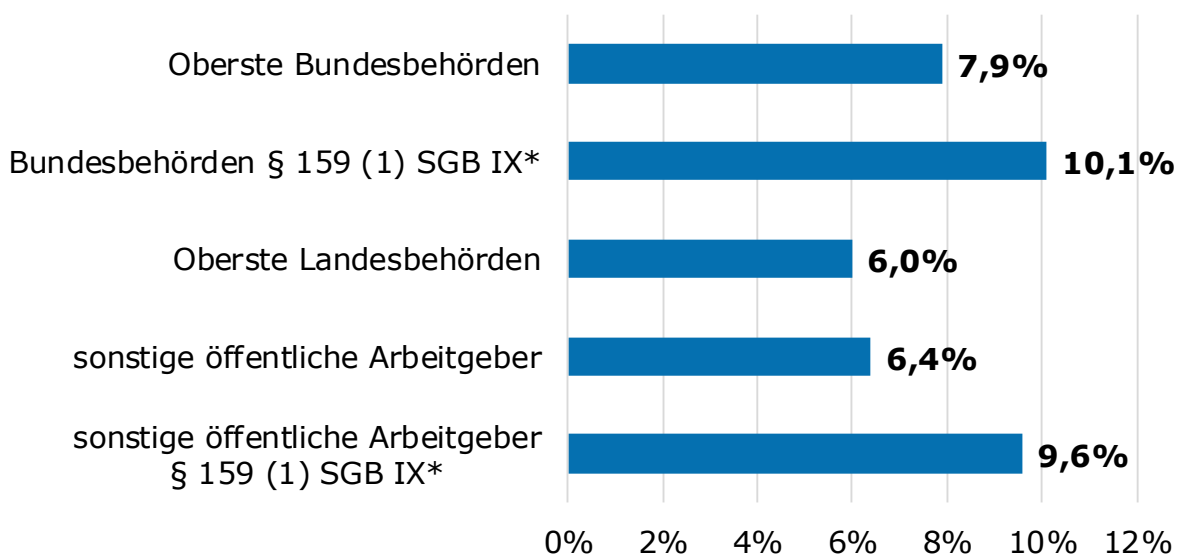
Öffentliche Institutionen sind ein wichtiger Arbeitgeber für Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung und für rund 23 Prozent aller Pflichtarbeitsplätze

verantwortlich. Für einen Teil der öffentlichen Arbeitgeber gilt ebenfalls die Pflichtquote von 5 Prozent. Für bestimmte Bundesbehörden oder sonstige Körperschaften, Anstalten oder Stiftungen des öffentlichen Rechts, die am 31. Oktober 1999 auf mindestens 6 Prozent der Arbeitsplätze Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung beschäftigten, gilt darüber hinaus weiterhin eine Pflichtquote von 6 Prozent (§ 241 Abs. 1 SGB IX).

Abbildung 49 zeigt, dass im Durchschnitt die Pflichtquoten von öffentlichen Arbeitgebern übertroffen werden. Bei obersten Bundesbehörden waren 7,9 Prozent der Pflichtarbeitsplätze mit schwerbehinderten, ihnen gleichgestellten oder sonstigen anrechnungsfähigen Personen besetzt. Bei Bundesbehörden, für die im Jahr 2017 die Pflichtquote 6 Prozent betrug, lag der Anteil sogar bei 10,1 Prozent. Auch bei den obersten Landesbehörden und sonstigen öffentlichen Arbeitgebern lag der Anteil der besetzten Pflichtarbeitsplätze bei über 6 Prozent.

Abbildung 49: Besetzte Pflichtarbeitsplätze bei öffentlichen Arbeitgebern

Anteil der schwerbehinderten, ihnen gleichgestellten oder sonstigen anrechnungsfähigen Personen an allen zu zählenden Arbeitsplätzen bei öffentlichen Arbeitgebern, 2017



* Am 1. Januar 2018 trat das SGB IX in der neuen Fassung in Kraft. Hier gilt nun § 241 (1) SGB IX.

Quelle: BA 2019, Berechnung und Darstellung Prognos

5.2 Nichterwerbstätigkeit, Erwerbslosigkeit und Arbeitsuche

5.2.1 Nichterwerbspersonen

Dem Mikrozensus 2017 zufolge gehörten 44 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen zu den Nichterwerbspersonen (Tabelle 50). Sie gingen weder einer Erwerbstätigkeit nach, noch waren sie im Zeitraum der Befragung auf Arbeitsuche.

Unter ihnen sind viele Personen mit einem Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung (§ 43 SGB VI). Grundsätzlich werden diese Renten befristet auf drei Jahre geleistet. Renten, auf die ein Anspruch unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage besteht, werden unbefristet geleistet, wenn unwahrscheinlich ist, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit behoben werden kann (§ 102 Absatz 2 Satz 5 SGB VI).¹⁰⁶

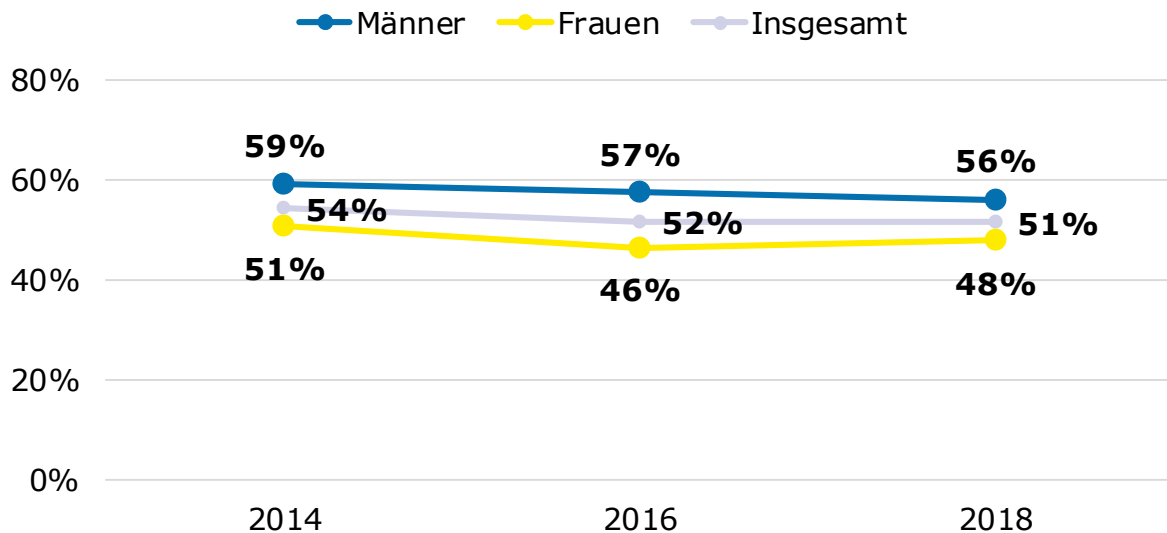
Nichterwerbspersonen mit Beeinträchtigungen stehen dem Arbeitsmarkt überwiegend aus gesundheitlichen Gründen nicht zur Verfügung. Etwa die Hälfte (51 %) aller Nichterwerbspersonen mit Beeinträchtigungen bezieht eine Erwerbsminderungsrente (Abbildung 50). Diese Personen können wegen Krankheiten oder Behinderungen weniger als drei Stunden täglich arbeiten.

Männer gehörten häufiger zu dieser Personengruppe. Im Jahr 2018 bezogen 56 Prozent der männlichen Nichterwerbspersonen eine Erwerbsminderungsrente, unter den Frauen lag der Anteil bei 48 Prozent. Insgesamt ging der Anteil der Nichterwerbspersonen mit Beeinträchtigungen, die eine Erwerbsminderungsrente beziehen, im Betrachtungszeitraum zurück.

¹⁰⁶ Für weitere Informationen zu den Bezügen von Erwerbsminderungsrenten siehe Abschnitt 5.5.2.

Abbildung 50: Nichterwerbspersonen mit Beeinträchtigungen mit eigener Rente

Anteil an allen Nichterwerbspersonen mit Beeinträchtigungen



Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Offizielle Statistiken zum Anteil der Personen, die nach einer befristeten Erwerbsminderungsrente ins Erwerbsleben zurückkehren, fehlen. Eine Studie von Lippke et al. (2019) weist darauf hin, dass der Anteil der Personen, denen die Rückkehr gelingt, sehr gering ist.¹⁰⁷

5.2.2 Erwerbslosigkeit und Arbeitslosigkeit

Der Anteil der erwerbslosen Menschen an allen erwerbsfähigen Menschen ist ein wichtiger Indikator, um die Inklusion von Menschen mit Beeinträchtigungen am Arbeitsmarkt zu beurteilen.¹⁰⁸ Die Arbeitsmarktstatistik verwendet verschiedene Konzepte, um Auskunft über die Erwerbslosen sowie die Arbeitslosen zu geben:

- **Erwerbslosigkeit:** Nach der Definition der ILO sind alle Personen erwerbslos, die derzeit nicht oder weniger als eine Stunde pro Woche arbeiten und aktiv und aktuell eine Arbeit suchen. Dabei ist es unerheblich, ob die betreffenden

¹⁰⁷ In der Studie arbeiteten 2,4 Prozent der befragten Personen wieder von zu Hause beziehungsweise kehrten auf den Arbeitsmarkt zurück. Jedoch weisen die Autorinnen und Autoren darauf hin, dass weitere Studien hier zu höheren Anteilen kommen.

¹⁰⁸ Zum Ausmaß der Arbeitslosigkeit und Nichterwerbstätigkeit äußert sich der wissenschaftliche Beirat im Kommentar zu diesem Kapitel.

Personen bei der Agentur für Arbeit gemeldet sind und ob sie von dort Sozialleistungen beziehen.

- Arbeitslosigkeit: Arbeitslos sind nach § 16 Absatz 1 SGB III alle Personen, die vorübergehend nicht in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, eine versicherungspflichtige Beschäftigung suchen und dabei den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit zur Verfügung stehen und sich bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet haben und nicht Teilnehmende an Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik sind.

Aufgrund der unterschiedlichen Abgrenzungsmethoden unterscheiden sich die Angaben zur Arbeitslosigkeit und Erwerbslosigkeit deutlich. Die Definitionen unterscheiden sich nach ihren Perspektiven auf das Thema Erwerbsbeteiligung:

- Die ILO definiert Erwerbslosigkeit **ökonomisch**. Sie unterscheidet trennscharf zwischen Erwerbstätigen und Erwerbslosen und bildet umfassend die Personen ab, die aktiv Arbeit suchen und dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Sie nimmt außerdem die Suche nach geringfügigen Beschäftigungen mit in den Blick und erfasst auch die Personen, die sich nicht arbeitslos melden.
- Das SGB III definiert Arbeitslosigkeit eher **sozialpolitisch**. Anders als in der ILO-Erwerbsstatistik werden auch die Personen als arbeitslos erfasst, die eine nur geringfügige Beschäftigung ausüben. Zudem sind in der SGB-Arbeitsmarktstatistik auch Personen enthalten, die arbeiten wollen, aber zuletzt keine konkreten Schritte in diese Richtung unternommen haben.

Erwerbslosigkeit

Der Anteil der Erwerbslosen lag im Jahr 2017 bei den Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen bei 3 Prozent (Tabelle 57). Vergleichsweise hohe Erwerbslosenquoten gab es in der Altersgruppe der 18 bis 44-Jährigen. Hier lag der Anteil der Erwerbslosen ohne Beeinträchtigungen bei 4 Prozent und der Erwerbslosen mit Beeinträchtigungen bei 5 Prozent. Vergleichsweise hohe Erwerbslosenquoten hatten darüber hinaus auch Menschen mit chronischen Erkrankungen oder einem Grad der Behinderung von unter 50 sowie Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund.

Im Vergleich zum Jahr 2009 ging die Erwerbslosenquote sowohl bei den Menschen mit als auch ohne Beeinträchtigungen um 3 Prozentpunkte zurück. Positiv kann darüber hinaus auch ein Rückgang der Erwerbslosenquoten von Menschen mit Beeinträchtigungen in allen hier dargestellten Teilgruppen beobachtet werden.

Tabelle 57: Erwerbslosenquoten nach Teilgruppen

Anteil der erwerbslosen Menschen an allen Erwerbsfähigen (18 bis 64 Jahre) nach Geschlecht und Teilgruppen der Beeinträchtigungen

	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen		
	2009	2013	2017	2009	2013	2017
Insgesamt	6 %	4 %	3 %	6 %	4 %	3 %
Alter						
18 bis 44 Jahre	8 %	6 %	5 %	7 %	5 %	4 %
45 bis 54 Jahre	6 %	5 %	3 %	6 %	4 %	2 %
55 bis 64 Jahre	4 %	3 %	2 %	5 %	4 %	3 %
Geschlecht						
Männer	6 %	5 %	3 %	7 %	5 %	4 %
Frauen	5 %	4 %	2 %	5 %	4 %	3 %
Teilgruppen der Beeinträchtigungen						
chronisch kranke Men- schen	8 %	6 %	4 %			
GdB unter 50	7 %	6 %	4 %			
GdB ab 50	4 %	3 %	2 %			
mit Migrations- hintergrund	8 %	6 %	4 %	10 %	6 %	5 %

Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

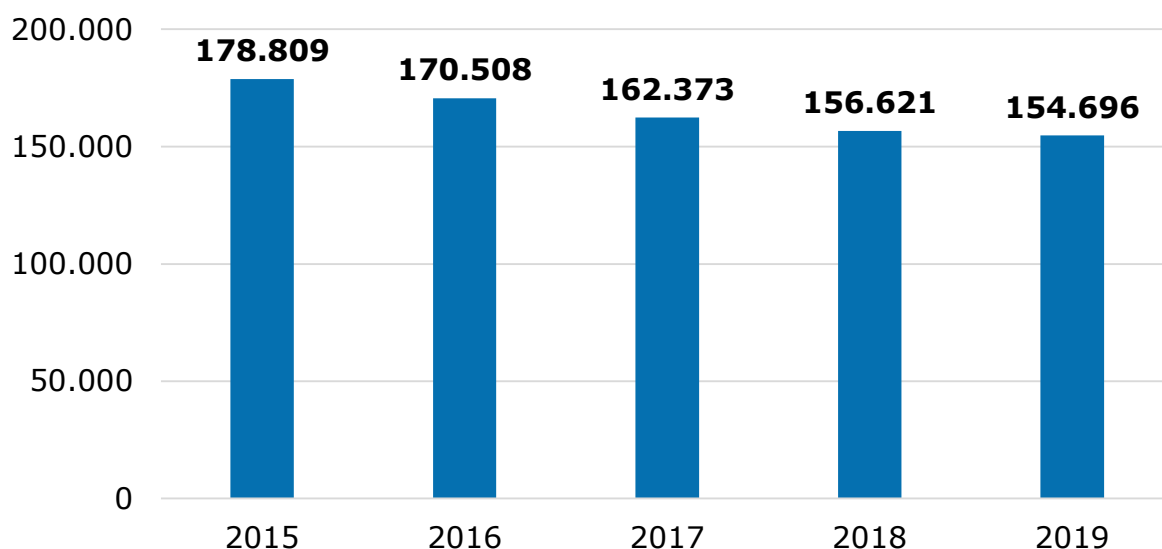
Arbeitslosigkeit

Seit dem Jahr 2015 ist die Zahl der arbeitslosen Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung in Deutschland kontinuierlich gesunken (Abbildung 51). Im Jahr 2019 waren rund 155.000 Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung arbeitslos. Das entspricht einem Rückgang im Vergleich zum Jahr 2015 um 13 Prozent.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Abbildung 51: Arbeitslose Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung

Anzahl insgesamt



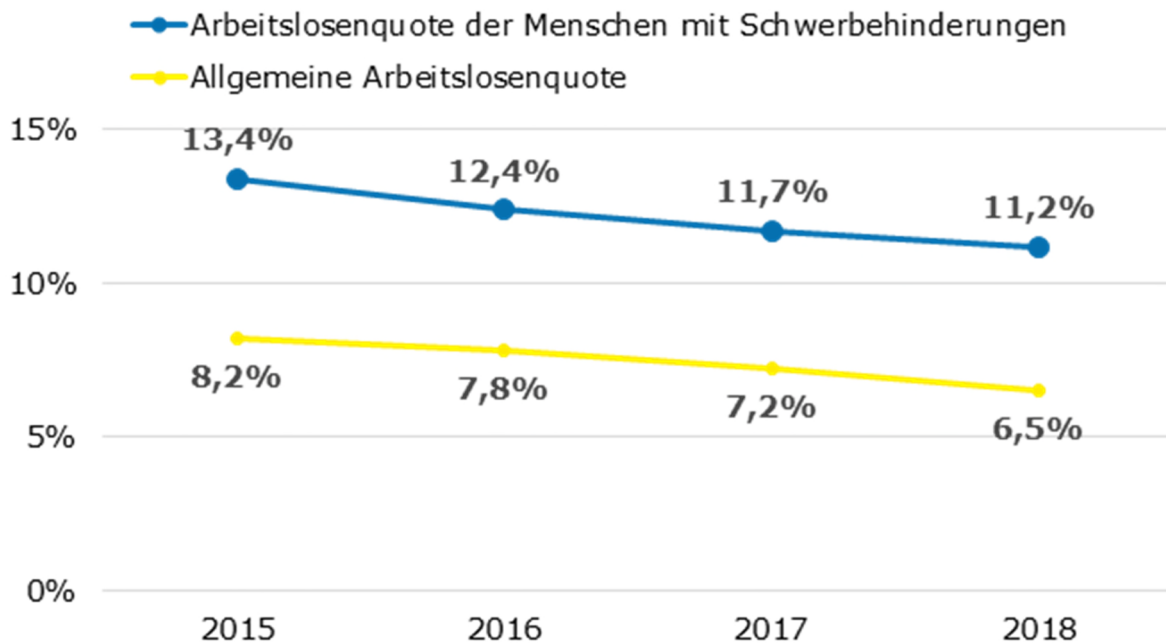
Quelle: BA 2019, Berechnung und Darstellung Prognos

Seit dem Jahr 2015 ist die Arbeitslosenquote von Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung um 2,2 Prozentpunkte zurückgegangen (Abbildung 52). Damit waren im Jahr 2018 11,2 Prozent der Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung arbeitslos. Im Vergleich zur Bevölkerung insgesamt waren Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung damit deutlich häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen als Menschen ohne anerkannte Schwerbehinderung.

Die Arbeitslosenstatistik enthält Hinweise auf mögliche Hintergründe für die höhere Arbeitslosenquote von Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung. Dazu gehört, dass arbeitslose Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung im Durchschnitt älter sind als arbeitslose Menschen ohne anerkannte Schwerbehinderung. Im Jahr 2018 waren 43 Prozent der arbeitslosen Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung 55 Jahre und älter (Menschen ohne anerkannte Schwerbehinderung: 22 %). (BA 2019)

Abbildung 52: Arbeitslosenquoten

Anteil der arbeitslosen schwerbehinderten Erwerbspersonen des jeweiligen Jahres bezogen auf die Zahl der schwerbehinderten Erwerbspersonen des Vorjahres



Quelle: BA 2019, Berechnung und Darstellung Prognos

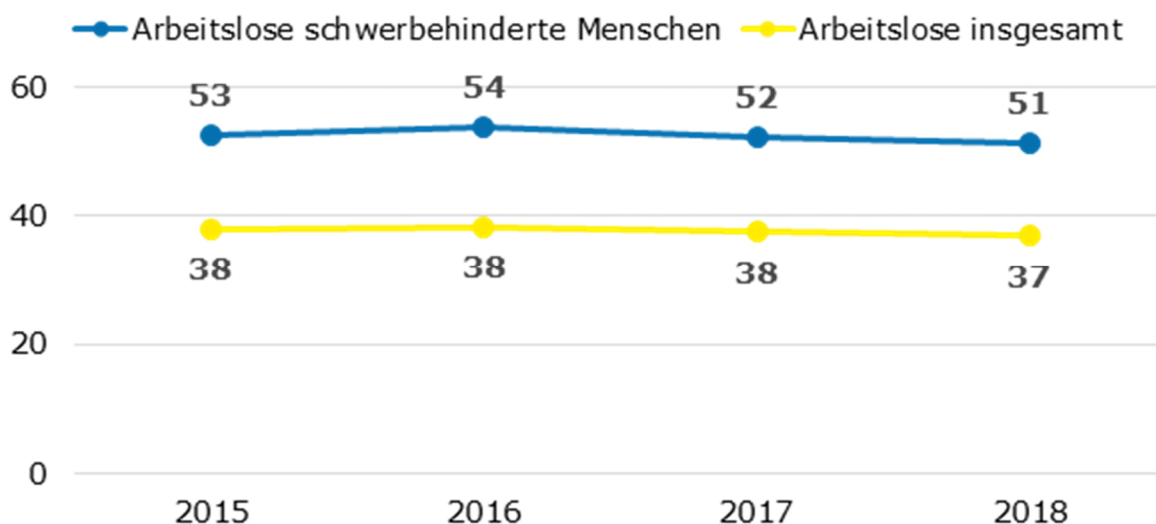
Dauer der Arbeitslosigkeit

Die Dauer der Arbeitslosigkeit, also die Zeitspanne zwischen Beginn und Ende einer Arbeitsloskeitsperiode, ist ein weiterer Indikator, der Auskunft über die Teilhabe am Arbeitsmarkt gibt. Länger andauernde Phasen der Arbeitslosigkeit weisen auf eine fehlende Teilhabe am Arbeitsmarkt hin. Ab einer Dauer von einem Jahr spricht die BA von Langzeitarbeitslosigkeit.

Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung, die ihre Arbeitslosigkeit im Jahr 2018 zumindest vorübergehend beenden konnten, waren bis dahin durchschnittlich 51 Wochen, also knapp 1 Jahr, arbeitslos (Abbildung 53). Insgesamt war die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit bei ihnen rückläufig. Im Jahr 2015 lag die Dauer noch bei 53 Wochen. Im Vergleich zu arbeitslosen Menschen insgesamt (37 Wochen) waren Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung deutlich länger arbeitslos.

Abbildung 53: Dauer der Arbeitslosigkeit

Abgeschlossene Arbeitslosigkeit in Wochen



Quelle: BA 2019, Berechnung und Darstellung Prognos

Die Mehrheit der Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung (58,2 %) nahm nach der Arbeitslosigkeit keine Erwerbstätigkeit auf, sondern geht in den Status der Nichterwerbstätigkeit über, z. B. weil eine volle Erwerbsminderung vorliegt. 19,4 Prozent der arbeitslosen Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung nehmen wieder eine Erwerbstätigkeit auf. Im Durchschnitt dauerte es 29,7 Wochen, bis Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung die Phase der Arbeitslosigkeit beendeten und eine neue Erwerbstätigkeit aufnahmen (Tabelle 58).

Tabelle 58: Abgang aus der Arbeitslosigkeit von Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung

2018, Anteil in Prozent sowie abgeschlossene Dauer in Wochen

Abgang in ...	Anteile	Dauer in Wochen
Erwerbstätigkeit	19,4 %	29,7
Ausbildung/sonstige Maßnahmenteilnahme	15,8 %	44,1
Nichterwerbstätigkeit	58,2 %	60,3
sonstige Gründe/keine Angabe	6,6 %	64,3

Quelle: BA 2019, Berechnung und Darstellung Prognos

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

5.2.3 Erster Einblick in die Teilhabebefragung: Besonderheiten der Nichterwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit von Menschen mit Beeinträchtigungen

Die Tiefe und Aussagekraft vergleichender Auswertungen zur Erwerbssituation von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen ist stark davon abhängig, wie diese beiden Gruppen in den jeweiligen Datenquellen voneinander abgegrenzt werden können. So kommen Auswertungen auf Basis unterschiedlicher Quellen (Mikrozensus, Statistik der BA, SOEP) unter anderem auch deshalb zu unterschiedlichen Ergebnissen in Bezug auf die Teilhabesituation am Arbeitsmarkt, weil sie das Vorliegen einer Behinderung unterschiedlich definieren und die Personengruppen somit unterschiedlich abgrenzen.¹⁰⁹ Dabei haben alle Datenquellen den Nachteil, dass die verwendeten Definitionen von Beeinträchtigungen nicht oder nur näherungsweise im Einklang mit der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) stehen.

Diese Ungenauigkeit wird mit der Teilhabebefragung überwunden.¹¹⁰ Zum einen werden Beeinträchtigungen dort, wie bereits im Abschnitt 2.5 zu den Grunddaten beschrieben, durch subjektive Einschätzung der Betroffenen anhand eines umfassenden Fragensets definiert. Diese Fragestellungen orientieren sich bereits an der ICF. Zum anderen unterscheidet die Teilhabebefragung nach dem Vorhandensein von Beeinträchtigungen und danach, ob mit diesen Beeinträchtigungen Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten einhergehen. Ist beides der Fall, wird im Folgenden von „Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung“ gesprochen.¹¹¹ Damit kann auch die Erwerbssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen (ohne beziehungsweise mit Behinderung) erstmals im Sinne der ICF umfassend und differenziert analysiert und jener von Menschen ohne Beeinträchtigungen gegenübergestellt werden. Zusätzlich gibt es mit der Teilhabebefragung erstmals die Möglichkeit, differenziertere Auswertungen beispielsweise nach Beeinträchtigungsformen vorzunehmen.

Im Rahmen dieses Teilhabeberichts werden die vorläufigen Daten der Teilhabebefragung für einen ersten Einblick in die Teilhabesituation am Arbeitsmarkt aufbereitet. Der Fokus liegt dabei zunächst auf der Analyse der Situation von Menschen mit Beeinträchtigungen (ohne beziehungsweise mit Behinderung), die derzeit nicht einer Erwerbstätigkeit nachgehen beziehungsweise aktuell auch keine

¹⁰⁹ Siehe hierzu auch die Kommentare des Wissenschaftlichen Beirats zum ersten und zweiten Teilhabebericht (BMAS 2013a; BMAS 2016d).

¹¹⁰ Zur Diskussion des Beitrags und der Ergebnisse aus der Teilhabebefragung äußert sich der wissenschaftliche Beirat im Kommentar zu diesem Kapitel.

¹¹¹ Weitere methodische Hintergründe werden im Kapitel 12 beschrieben.

aktiven Bemühungen zur Arbeitsaufnahme unternehmen (Nichterwerbspersonen)¹¹². Bei dem hohen Anteil der Nichterwerbspersonen unter den Menschen mit Beeinträchtigungen, der sich in Abschnitt 5.2.1 in den Daten des SOEP zeigt, handelt es sich um einen arbeitsmarkt- und sozialpolitisch sehr relevanten Tatbestand. Weitergehende Informationen zur Zusammensetzung der Gruppe der Nichterwerbspersonen mit Beeinträchtigungen sowie zum Nichterwerbsstatus sind daher von besonderem Interesse. Die folgende Analyse der Struktur dieser Personengruppe soll Hinweise darauf geben, welche Teilgruppen besonders häufig nicht am Arbeitsmarkt teilnehmen. Die Auswertungen nehmen damit direkt Bezug auf die in Artikel 27 UN-BRK enthaltene Anerkennung des gleichen Rechts von Menschen mit Beeinträchtigungen auf Arbeit und liefern erste Hinweise darauf, ob und inwiefern dieses Recht umfassend gewährleistet wird. Vor diesem Hintergrund lautet die erste Forschungsfrage:

1. Wie setzt sich die Gruppe der Nichterwerbspersonen unter den Menschen mit Beeinträchtigungen (ohne beziehungsweise mit Behinderung) zusammen?

Tabelle 59 gibt einen Überblick über die Erwerbssituation von Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung, Menschen mit Beeinträchtigungen¹¹³ und Menschen ohne Beeinträchtigungen. Die Ergebnisse geben Hinweise darauf, inwieweit sich Beeinträchtigungen von Fähigkeiten und Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten benachteiligend auf die Erwerbsbeteiligung auswirken. Zunächst nehmen Menschen mit Beeinträchtigungen, die keine oder nur geringe Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten haben, in etwa genauso häufig am Arbeitsmarkt teil wie Menschen ohne Beeinträchtigungen. Unter den Menschen mit Beeinträchtigungen sind 85 Prozent erwerbstätig (Menschen ohne Beeinträchtigungen: 84 %). Der Anteil der Nichterwerbspersonen liegt bei 13 Prozent (Menschen ohne Beeinträchtigungen: 16 %).

Große Unterschiede bei der Teilhabe am Arbeitsmarkt bestehen hingegen zwischen Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung und Menschen ohne Beeinträchtigungen. Erstere sind zu 64 Prozent erwerbstätig, dieser Anteil liegt damit um 20 Prozentpunkte unter demjenigen der Menschen ohne Beeinträchtigungen. Jeder dritte Mensch mit selbsteingeschätzter Behinderung (33 %) ist eine

¹¹² Zur Analyse von Erwerbstätigkeit beziehungsweise fehlender Erwerbstätigkeit existieren eine Vielzahl von Konzepten. Dieser Bericht nutzt einerseits das Konzept der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO), das auch das Statistische Bundesamt in der Regel ausweist. Darüber hinaus enthält der Bericht aber auch Auswertungen der offiziellen Arbeitslosenstatistik der BA, die konzeptionell deutlich davon abweichen.

Für die Auswertungen der Teilhabebefragung nähert sich der Bericht dem Konzept der ILO an. Erwerbstätig ist, wer in der Befragungswoche mindestens eine Stunde gegen Bezahlung als Arbeitnehmerin oder Arbeitnehmer, Selbständige oder Selbstständiger oder als mithelfende Familienangehörige beziehungsweise mithelfender Familienangehöriger gearbeitet hat oder nur vorübergehend nicht am Arbeitsplatz tätig war.

¹¹³ Wie oben beschrieben wird Behinderung hier durch Selbstauskunft der Betroffenen erfasst als mit einer Beeinträchtigung in Verbindung stehende Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten.

Nichterwerbsperson im Vergleich zu 16 Prozent bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Der hohe Anteil der Nichterwerbspersonen unter den Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung im Vergleich zu den Menschen ohne Beeinträchtigungen ist vor allem durch einen hohen Anteil an Personen bedingt, die dauerhaft erwerbsunfähig sind (18 % bei Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung, 0 % bei Menschen ohne Beeinträchtigungen). Deutlich erhöht ist bei ihnen auch der Anteil der Nichterwerbspersonen, die arbeitslos sind, ohne aktiv eine Arbeit zu suchen (12 % bei Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung, 2 % bei Menschen ohne Beeinträchtigungen). Den mit Abstand größten Anteil an den Nichterwerbspersonen ohne Beeinträchtigungen machen die Schülerinnen und Schüler beziehungsweise Studierenden aus (68 %). Bei den Nichterwerbspersonen mit selbsteingeschätzter Behinderung ist der Anteil mit 14 Prozent fast fünf Mal geringer. Unter der Berücksichtigung der Erkenntnisse aus Abschnitt 2.2 ist der geringere Anteil der Schülerinnen und Schüler beziehungsweise Studierenden nicht überraschend, denn Menschen mit Behinderungen sind im Durchschnitt deutlich älter als Menschen ohne Behinderung und damit seltener in Schule oder Studium.

Die Ergebnisse zeigen zunächst, dass Nichterwerbstätigkeit und die mit ihr verbundenen sozialen und ökonomischen Nachteile bei Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung erheblich stärker vertreten sind als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen. Sie zeigen aber auch sehr klar, dass sich die Struktur der Nichterwerbspersonen mit selbsteingeschätzter Behinderung deutlich von derjenigen der Nichterwerbspersonen ohne Beeinträchtigungen unterscheidet. Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung sind viel häufiger nicht in der Lage, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen oder beziehen bereits vor Erreichen der Regelaltersgrenze eine Rente; Menschen ohne Beeinträchtigungen sind demgegenüber viel öfter wegen beruflicher Ausbildungs- und Qualifizierungszeiten nicht erwerbstätig. Nichterwerbstätigkeit von Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung sind daher auch arbeitsmarkt- und beschäftigungspolitisch völlig anders einzuschätzen.

Tabelle 59: Erwerbstätige, Erwerbslose und Nichterwerbspersonen
im Alter von 16 bis unter 65 Jahren, Anteile in Prozent

	Menschen mit selbsteinge- schätzter Be- hinderung	Menschen mit Beeinträchti- gungen	Menschen ohne Beeinträchti- gungen
Erwerbstätige	64 %	85 %	84 %
Erwerbslose	3 %	2 %	1 %
Nichterwerbsperson	33 %	13 %	16 %
Davon			
Rente	40 %	37 %	14 %
Schule und Studium	14 %	34 %	68 %
dauerhaft erwerbsunfähig	18 %	3 %	0 %
arbeitslos ohne aktive Arbeitsuche	12 %	5 %	2 %
Hausfrau oder Hausmann	9 %	16 %	9 %
Sonstiges	9 %	5 %	7 %

Quelle: Teilhabebefragung, Berechnung und Darstellung Prognos

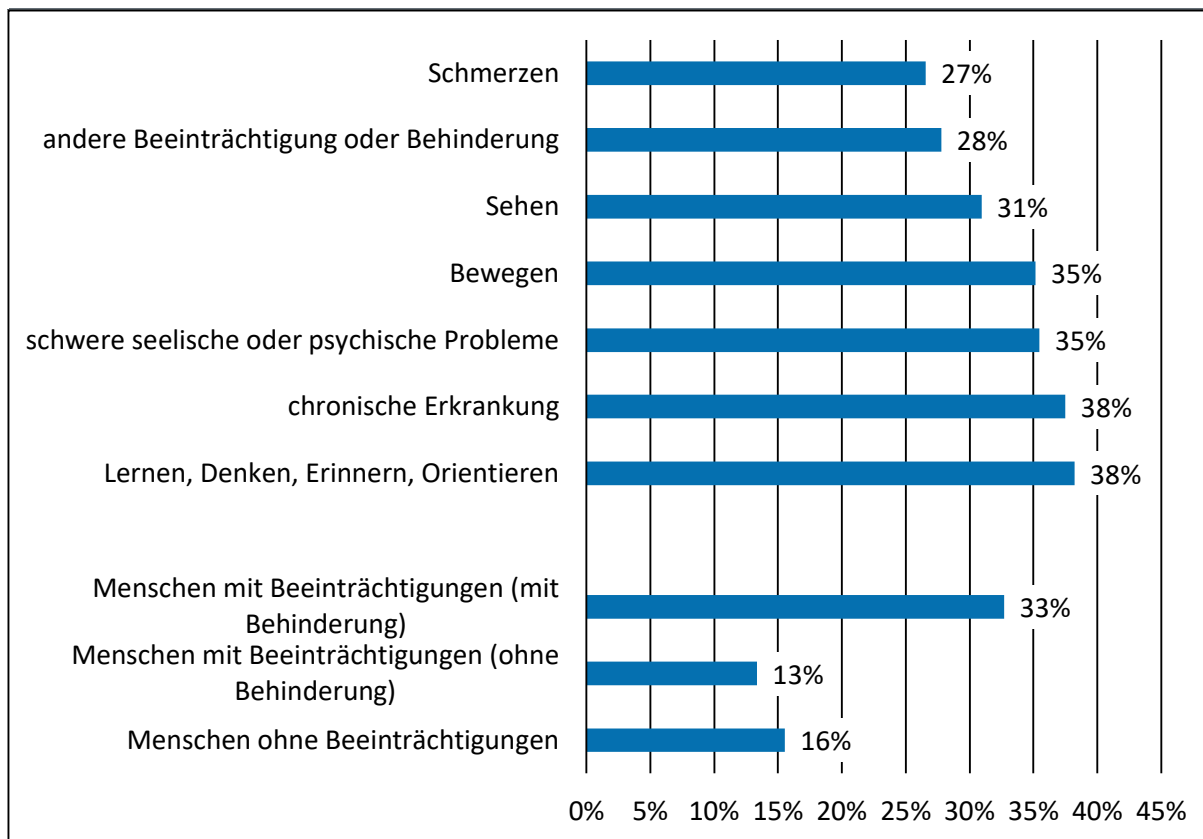
Weiter differenzierende Auswertungen weisen darauf hin, dass auch innerhalb der Gruppe der Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung große Unterschiede hinsichtlich des Ausmaßes bestehen, in dem sie am Arbeitsmarkt teilhaben.

Besonders hoch ist der Anteil der Nichterwerbspersonen unter den Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung, die Beeinträchtigungen im Bereich Lernen, Denken, Erinnern und Orientieren haben (Abbildung 54). In dieser Teilgruppe liegt er bei 38 Prozent. Ähnlich häufig gehören Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung und chronischen Erkrankungen (38 %), mit schweren seelischen und psychischen Problemen (35 %) sowie Beeinträchtigungen beim Bewegen (35 %) zu den Nichterwerbspersonen.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Abbildung 54: Nichterwerbspersonen mit selbsteingeschätzter Behinderung

nach der Form der Beeinträchtigung, mit der die stärkste Einschränkung von Alltagsaktivitäten einhergeht, Anteil an allen Personen im Alter von 16 bis unter 65 Jahren



Quelle: Teilhabebefragung, Berechnung und Darstellung Prognos.

Neben der Beeinträchtigungsform verändert sich die Arbeitsmarktteilhabe auch je nach Zeitpunkt, zu dem die Beeinträchtigung im Lebensverlauf eintrat. Besonders häufig zählen Menschen, deren Beeinträchtigung erst im Alter zwischen 50 und 64 Jahren eingetreten ist, zu den Nichterwerbspersonen.

Die Teilhabebefragung kann darüber hinaus Auskunft über die konkreten Gründe fehlender Arbeitsmarktpartizipation geben. Erste Auswertungen zeigen z. B., dass fast die Hälfte (47 %) der Nichterwerbspersonen mit selbsteingeschätzter Behinderung ihre letzte Erwerbstätigkeit aufgrund ihrer Beeinträchtigung beendet haben.¹¹⁴

¹¹⁴ Die Personen gaben folgende Gründe für das Ende ihrer letzten Erwerbstätigkeit an: „Aufgrund meiner Beeinträchtigung, wegen der Behinderung.“ sowie „Ich wurde krank, berufs- oder erwerbsunfähig“.

Ein weiterer Indikator für die Teilhabechancen von Menschen mit Beeinträchtigungen am Arbeitsmarkt ist die Arbeitslosigkeit. Arbeitslose Menschen stehen dem Arbeitsmarkt grundsätzlich zur Verfügung, sind jedoch nicht oder nur geringfügig erwerbstätig. Arbeitslosigkeit kann daher mit verschiedenen nachteiligen Wirkungen für die Lebenslage der Betroffenen verknüpft sein. Die Datenlage zur Arbeitslosigkeit von Menschen mit Beeinträchtigungen in Deutschland ist lückenhaft. Die Statistik der BA ermöglicht zwar genauere Auswertungen, allerdings nur zur Teilgruppe der Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung. Auch an dieser Stelle bietet die Teilhabebefragung die Chance, differenziertere Auswertungen zur Arbeitslosigkeit von Menschen mit Beeinträchtigungen zu machen.¹¹⁵ Hierauf bezieht sich die folgende Forschungsfrage:

2. Welche Unterschiede in der Arbeitslosigkeit können zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen sowie zwischen den Teilgruppen der Menschen mit Beeinträchtigungen (ohne beziehungsweise mit Behinderung) festgestellt werden?

Tabelle 60 bietet einen vergleichenden Überblick über Arbeitslosenquoten¹¹⁶ von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen. Sie zeigt, dass das Vorliegen einer Beeinträchtigung allein die Arbeitsmarktteilhabe wenig beeinflusst. Ausschlaggebend ist vielmehr, dass mit einer Beeinträchtigung Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten einhergehen. Die Arbeitslosenquote von Menschen ohne Beeinträchtigungen (2 %) unterscheidet sich nur geringfügig von der Quote der Menschen mit Beeinträchtigungen (3 %). Wesentlich höher ist dagegen die Arbeitslosenquote von Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung (11 %).

Die Arbeitslosenquote der Menschen mit anerkannter Behinderung liegt etwa 2 Prozentpunkte unterhalb derjenigen von Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung. Dabei geben Menschen mit einem Grad der Behinderung unterhalb von 50 häufiger an, arbeitslos zu sein (10 %) als Menschen mit einem Grad der Behinderung ab 50 (8 %). Der Zeitpunkt im Lebensverlauf, zu dem eine Beeinträchtigung eingetreten ist, wirkt sich vergleichsweise gering auf die Häufigkeit von Arbeitslosigkeit aus: Bei Menschen, deren stärkste Beeinträchtigung bis zum

¹¹⁵ Den Auswertungsmöglichkeiten der Teilhabebefragung im Bereich Arbeitsmarkt sind allerdings auch Grenzen gesetzt. Die Teilhabebefragung ist kein originärer Arbeitsmarktsurvey. Konzepte wie die Arbeitslosigkeit im Sinne des SGB III oder der ILO können nur näherungsweise abgegrenzt werden. Darüber hinaus erschweren zum Teil auch kleine Fallzahlen Analysen zu sehr differenzierten Fragestellungen.

¹¹⁶ Die Arbeitslosenquote wird hier berechnet als der Anteil der Personen, die angeben „arbeitslos“ zu sein, an allen Erwerbspersonen (hier: Personen in Voll- oder Teilzeit zzgl. Arbeitslose). Die Angaben sind daher nicht direkt mit den Daten der BA zur Arbeitslosenquote, die im Wesentlichen auf die Arbeitslosenmeldung aufbauen, vergleichbar.

15. Lebensjahr aufgetreten ist, liegt die Arbeitslosigkeit mit 8 Prozent etwas höher als bei den Gruppen mit einem späteren Auftreten einer Beeinträchtigung (5 bis 6 %).

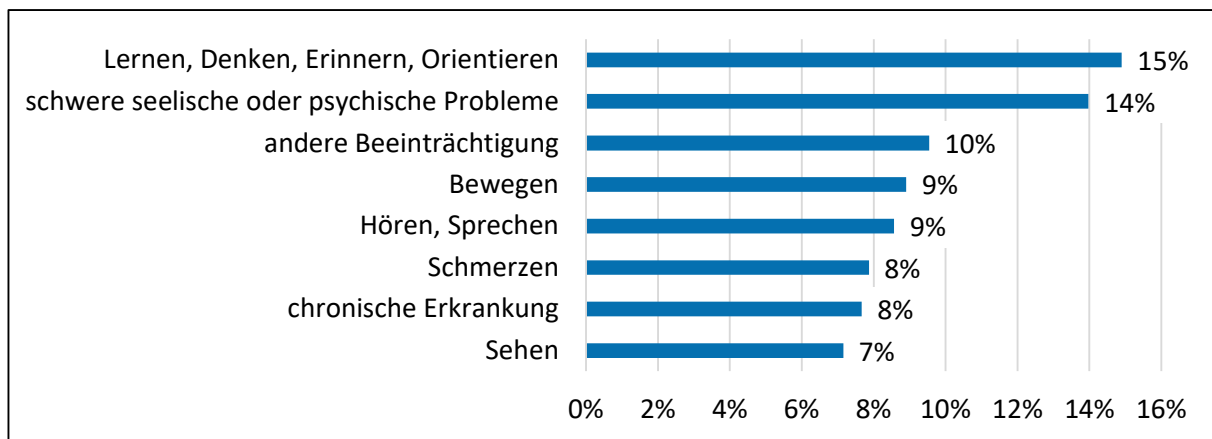
Tabelle 60: Anteil der Personen, die angeben, arbeitslos zu sein, an allen Erwerbspersonen, nach ausgewählten Teilgruppen
im Alter von 16 bis unter 65 Jahren, Anteile in Prozent

	Anteil der Arbeitslosen
Menschen ohne Beeinträchtigungen	2 %
Menschen mit Beeinträchtigungen	3 %
Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung	11 %
Anerkannte Behinderung	9 %
mit GdB unter 50	10 %
mit GdB ab 50	8 %
Zeitpunkt des Eintritts der (stärksten) Beeinträchtigung	
0 bis 15 Jahre	8 %
16 bis 30 Jahre	6 %
31 bis 45 Jahre	5 %
ab 46 Jahre	6 %

Quelle: Teilhabebefragung, Berechnung und Darstellung Prognos

Die Arbeitslosenquoten unterscheiden sich stark nach Form der Beeinträchtigung (Abbildung 55). Besonders häufig von Arbeitslosigkeit betroffen sind Menschen mit Beeinträchtigungen beim Lernen, Denken, Erinnern und Orientieren im Alltag (15 %) sowie mit schweren seelischen oder psychischen Problemen (14 %). Wie bereits in den Auswertungen zur Abbildung 54 deutlich wurde, haben diese Teilgruppen besondere Probleme bei der Teilhabe am Arbeitsleben. Zukünftige Forschung könnte untersuchen, worin die Hürden bei der Arbeitsmarktteilhabe genau bestehen und Hinweise darauf geben, wie sie zielgerichtet abgebaut werden könnten.

Abbildung 55: Anteil der Personen, die angeben, arbeitslos zu sein, nach der Form der Beeinträchtigung
im Alter von 16 bis unter 65 Jahren, Anteile in Prozent



Quelle: Teilhabebefragung, Berechnung und Darstellung Prognos

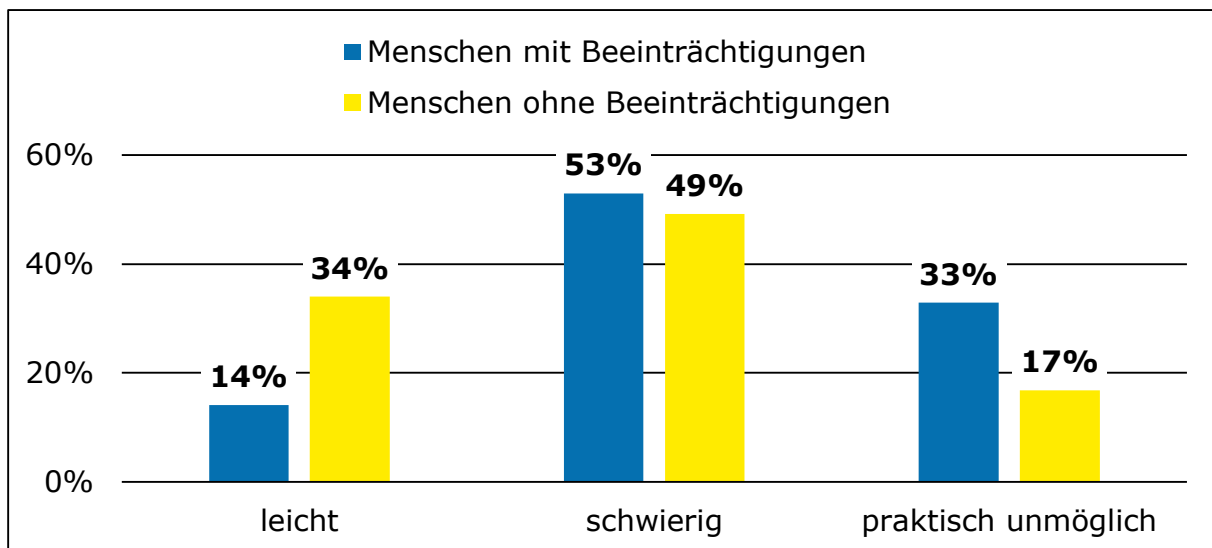
Insgesamt geben die Auswertungen nur erste Einblicke auf die Möglichkeiten der Teilhabebefragung im Bereich des Arbeitsmarkts. In Zukunft wird es möglich sein, die Erwerbsituation der Menschen mit Beeinträchtigungen in ihrer Vielfalt genauer zu analysieren und Barrieren zu identifizieren.

5.2.4 Arbeitsuche

Arbeitsuchende Menschen mit Beeinträchtigungen schätzen ihre Erfolgsaussichten bei der Suche nach einer geeigneten Stelle insgesamt schlechter ein als Arbeitsuchende ohne Beeinträchtigungen (Abbildung 56). Lediglich 14 Prozent der Arbeitsuchenden mit Beeinträchtigungen geben an, dass sie *leicht* eine geeignete Stelle finden können. Bei den Arbeitsuchenden ohne Beeinträchtigungen ist der Anteil mehr als doppelt so hoch (34 %). 53 Prozent der Arbeitsuchenden mit Beeinträchtigungen schätzen ihre Chancen als *schwierig* ein, 33 Prozent als *praktisch unmöglich*.

Abbildung 56: Einschätzung der Möglichkeit, eine geeignete Stelle zu finden

Arbeitsuchende zwischen 18 und 64 Jahren, 2018



Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

5.3 Teilhabe am Arbeitsleben mit Unterstützung

Menschen mit Beeinträchtigungen können verschiedene Unterstützungsformen beanspruchen, um ihr Recht auf Teilhabe am Arbeitsleben wahrzunehmen. Dazu gehören Unterstützungsformen für den allgemeinen Arbeitsmarkt wie die Leistungen der BA sowie der Ämter für die Sicherung der Integration schwerbehinderter Menschen im Arbeitsleben (Integrationsämter [IA]¹¹⁷). Darüber hinaus zählt dazu auch die Beschäftigung in geförderten Inklusionsbetrieben, die als Teil des allgemeinen Arbeitsmarkts als Brücke zu den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) fungieren. Die WfbM beschäftigen Personen, die wegen der Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können.

5.3.1 Unterstützung einer regulären Beschäftigung

Die IA setzen in enger Zusammenarbeit mit der BA Regelungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch. Dazu gehören verschiedene Geldleistungen, die im Zusam-

¹¹⁷ In einigen Bundesländern wurden die Integrationsämter in Inklusionsämter umbenannt.

menhang mit der Beschäftigung von Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung nach § 185 Abs. 3 SGB IX an diese selbst, an Arbeitgeber, Integrationsfachdienste (IFD) oder Inklusionsbetriebe ausgezahlt werden.

In Tabelle 61 werden verschiedene Leistungen der IA dargestellt, die zwischen 2014 und 2017 an Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung sowie an Arbeitgeber gezahlt wurden. Besonders häufig wurden im Jahr 2017 Leistungen bei außergewöhnlichen Belastungen gewährt (45.328 Leistungen). Dabei handelt es sich um Leistungen an Arbeitgeber, die in Form von laufenden Lohnkostenzuschüssen erfolgen. Mit deutlichem Abstand folgen Leistungen für die behinderungsgerechte Einrichtung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen.

Besonders große Zuwächse bei der Anzahl der gewährten Leistungen gab es im Zeitraum zwischen den Jahren 2014 und 2017, insbesondere bei den Arbeitsassistenzen (+ 22 %) sowie den Leistungen bei außergewöhnlichen Belastungen. Rückgänge gab es hingegen bei der Schaffung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen (- 16 %) sowie der behinderungsgerechten Einrichtung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen (- 9 %).

Tabelle 61: Leistungen der Integrationsämter

Gewährte Leistungen an schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Menschen sowie an Arbeitgeber, Anzahl und Veränderungen in Prozent

	2014	2015	2016	2017	Veränderung 2014 bis 2017
Arbeitsassistenz	3.009	3.005	3.673	3.680	+ 22 %
Leistungen bei außergewöhnlichen Belastungen	37.659	42.678	45.879	45.328	+ 20 %
Schaffung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen	2.412	2.349	2.057	2.038	- 16 %
Behinderungsgerechte Einrichtung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen	10.253	9.809	9.507	9.381	- 9 %
Hilfen zur Teilnahme an Maßnahmen zur Erhaltung und Erweiterung beruflicher Kenntnisse und Fertigkeiten	1.742	1.844	1.813	1.806	+ 4 %
Prämien und Zuschüsse für Berufsausbildung	289	276	329	329	+ 14 %

Quellen: Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen 2012/2014 und 2017/2018, Berechnung und Darstellung Prognos

Die IA und Rehabilitationsträger können Arbeitgeber, die ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) einführen, mit Prämien oder einem Bonus fördern.¹¹⁸ Die Ausgaben der IA für solche Zahlungen sind zuletzt stark gesunken. Im Jahr 2014 lagen sie noch bei rund 260.000 Euro, im Jahr 2017 nur noch bei rund 90.000 Euro. Die Gründe für den Rückgang der Ausgaben für BEM sind nicht bekannt.

Tabelle 62: Ausgaben der Integrationsämter für Betriebliches Eingliederungsmanagement
in Euro

2014	2015	2016	2017
260.000	120.000	210.000	90.000

Quellen: Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen 2012/2014 und 2017/2018, Berechnung und Darstellung Prognos

5.3.2 Inklusionsbetriebe

Inklusionsbetriebe ermöglichen Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, die nur unter großen Schwierigkeiten eine reguläre Arbeit annehmen können, für die aber zugleich eine WfbM keine adäquate Beschäftigungsmöglichkeit bietet. Sie beschäftigen mindestens 30 Prozent und maximal 50 Prozent schwerbehinderte Menschen (§ 215 Absatz 3 SGB IX). Sie bieten den schwerbehinderten Menschen sowie psychisch kranken Menschen, die behindert oder von Behinderung bedroht sind und deren Teilhabe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf besondere Schwierigkeiten stößt, Beschäftigung, Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und arbeitsbegleitende Betreuung an. Darüber hinaus gibt es, soweit erforderlich, auch Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung oder Gelegenheit zur Teilnahme an entsprechenden außerbetrieblichen Maßnahmen und Unterstützung bei der Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt (§ 216 SGB IX). Bis zum 31. Dezember 2017 hießen Inklusionsbetriebe noch Integrationsprojekte.

¹¹⁸ Ein BEM wird vom Arbeitgeber durchgeführt, wenn Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind (§ 167 SGB IX). Ziele des BEM sind der Erhalt der Arbeitsfähigkeit sowie der Erhalt des Arbeitsplatzes.

Die Anzahl der geförderten Inklusionsbetriebe ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen (Tabelle 63). Im Jahr 2014 wurden 842 Betriebe gefördert, im Jahr 2018 waren es 919 Betriebe. Das entsprach einem Zuwachs von 9 Prozent.

Die Zahl der Beschäftigten nahm in diesem Zeitraum um 22 Prozent auf 29.313 Beschäftigte zu. 13.038 Personen und damit fast die Hälfte (47 %) der Beschäftigten hatten eine anerkannte Schwerbehinderung. Darunter waren 12.211 durch ihre Behinderung beruflich besonders beeinträchtigt (im Sinne von § 215 Absatz 2 SGB IX; Tabelle 63). Der Anteil der Beschäftigten mit psychischen Behinderungen in den Inklusionsbetrieben lag bei 28 Prozent und der mit geistigen Behinderungen bei 23 Prozent (BIH 2019).

Tabelle 63: Leistungen der Integrationsämter

Gewährte Leistungen an schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Menschen sowie an Arbeitgeber

	2014	2015	2016	2017	2018	Veränderung 2014 bis 2018
geförderte Betriebe	842	847	879	895	919	+ 9 %
Beschäftigte insgesamt	23.993	25.937	25.935	27.727	29.313	+ 22 %
Beschäftigte mit Schwerbehinderung	11.052	11.443	11.959	12.965	13.038	+ 18 %
besonders schwer Betroffene (im Sinne von § 215 Absatz 2 SGB IX)	9.812	10.409	10.647	11.481	12.211	+ 24 %

Quellen: Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, Jahresberichte 2012/2014 bis 2018/2019, Berechnung und Darstellung Prognos

5.3.3 Werkstätten für behinderte Menschen

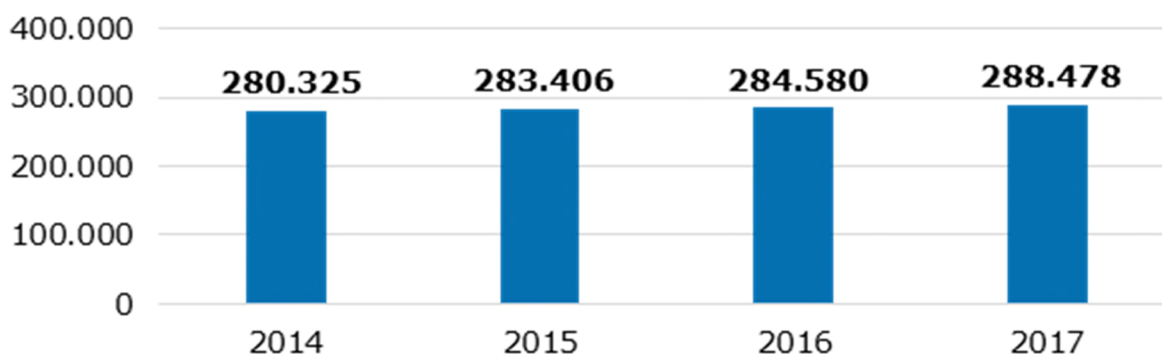
Menschen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können, haben zur Teilhabe am Arbeitsleben Anspruch auf einen Platz in einer WfbM. Die WfbM soll ihnen dabei eine angemessene berufliche Bildung und Beschäftigung zu einem ihrer Leistung angemessenen Arbeitsentgelt anbieten und ermöglichen,

ihre Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederzugewinnen (§ 219 SGB IX). Gleichzeitig soll die WfbM den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt durch geeignete Maßnahmen fördern. Voraussetzung für die Aufnahme in eine WfbM ist, dass erwartet werden kann, dass ein Mensch mit Behinderungen ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung erbringen wird. Die WfbM soll so weit wie möglich wirtschaftliche Arbeitsergebnisse anstreben und einen möglichst großen Teil der Kosten durch Arbeitserträge selbst aufbringen (BIH 2019).

Im Jahr 2018 gab es in Deutschland 736 Werkstätten, deren Angebot sich zu gut drei Vierteln an Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen, zu 21 Prozent an Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und zu 3 Prozent an Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen richtete (BAG WfbM 2019). Im Arbeitsbereich der WfbM waren 2017 circa 288.500 Personen tätig (Abbildung 57). Die Zahl der Beschäftigten steigt (wie schon von 2007 bis 2013) somit weiter an.

Abbildung 57: Beschäftigte in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen

Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen



Quelle: Statistisches Bundesamt, Berechnung und Darstellung Prognos

Das Durchschnittsalter der Beschäftigten erhöhte sich in den vergangenen Jahren kontinuierlich. Im Jahr 2009 lag es noch bei 40,6 Jahren, 2014 bei 41,6 Jahren und 2017 bei 42,3 Jahren.¹¹⁹

¹¹⁹ Statistisches Bundesamt, Sozialhilfestatistik, ohne Abbildung.

Die Teilhabe blinder Menschen am Arbeitsleben ermöglichen unter anderem 26 Blindenwerkstätten¹²⁰, die – im Unterschied zu den WfbM – zu den Einrichtungen des allgemeinen Arbeitsmarkts gehören. Nachdem im Jahr 2007 das Blindenwarenvertriebsgesetz aufgehoben worden war, wurden keine neuen staatlichen Anerkennungen für Blindenwerkstätten mehr erteilt. Allerdings werden Blindenwerkstätten nach § 226 SGB IX weiterhin bei der Vergabe von Aufträgen der öffentlichen Hand (zusammen mit den WfbM und Inklusionsbetrieben) bevorzugt. Außerdem können Aufträge an Blindenwerkstätten auf die Ausgleichsabgabe angerechnet werden.

5.3.4 Gestaltung von Übergängen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt

Die Inklusion von Menschen mit Beeinträchtigungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt stellt eine wesentliche Anforderung der UN-BRK dar. In den vergangenen Jahren wurden daher von verschiedenen Trägern die Bemühungen verstärkt, die Übergänge auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu erleichtern.

Der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) zufolge haben die Integrationsämter in den letzten Jahren ihre Angebote zur Unterstützung des Wechsels aus der WfbM auf den allgemeinen Arbeitsmarkt intensiviert. Die Förderangebote umfassen neben finanziellen Leistungen insbesondere die individuelle, behinderungsspezifische Bereitstellung von geeigneten Arbeitsplätzen im Betrieb sowie die Begleitung des Übergangs von der Vorbereitung in der WfbM bis zur Einarbeitung und Begleitung am Arbeitsplatz durch den IFD. Der IFD begleitete 2018 für die Integrationsämter in rund 1.400 Fällen den Übergang von der WfbM auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Seit 2018 können sich die Integrationsämter an dem neu ins SGB IX aufgenommenen Budget für Arbeit, das primär in der Zuständigkeit der Eingliederungshilfe-Träger liegt, mit Leistungen aus der Ausgleichsabgabe sowie mit Unterstützung durch den IFD beteiligen. (BIH 2019)

Durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) wurde ab 2018 die Beschäftigungsmöglichkeit bei anderen Leistungsanbietern nach § 60 SGB IX eingeführt, insbesondere, um leistungsberechtigten Menschen mit psychischen Behinderungen eine Alternative zu Werkstätten anzubieten. Seitdem wurde der Leistungsumfang von Leistungen zur Beschäftigung nach § 58 SGB IX um die Leistungen zur beruflichen Bildung nach § 57 SGB IX erweitert. Diese Bildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten können andere Leistungsanbieter ausschließlich auf betriebsinte-

¹²⁰ Die Angabe bezieht sich auf die Mitgliedsbetriebe des Bundesverbands staatlich anerkannter Blindenwerkstätten e. V. (Bsab 2019).

grierten Plätzen in Betrieben und Verwaltungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erbringen. Die Unterstützte Beschäftigung nach § 55 SGB IX soll Menschen mit Behinderungen eine individuelle betriebliche Qualifizierung, Einarbeitung und Berufsbegleitung in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes ermöglichen. Das Ziel der Unterstützten Beschäftigung ist der Abschluss eines Arbeitsvertrages und damit eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Die Unterstützte Beschäftigung richtet sich an Menschen mit Behinderungen, die einen besonderen Unterstützungsbedarf haben, aber nicht des Angebots der WfbM bedürfen.

Mit der bundesweiten Einführung des Budgets für Arbeit 2018 (§ 61 SGB IX) soll Menschen mit Behinderungen der Einstieg in den allgemeinen Arbeitsmarkt erleichtert und ihnen so eine Alternative zur Beschäftigung in einer WfbM geboten werden. Anspruchsberechtigt sind diejenigen Menschen mit Behinderung, die einen Anspruch auf eine Beschäftigung in einer WfbM haben. Arbeitgeber erhalten einen dauerhaften Lohnkostenzuschuss. Darüber hinaus werden die erforderlichen Assistenzleistungen finanziert. Daten zur Inanspruchnahme des Budgets für Arbeit lagen bei Erstellung dieses Teilhabeberichts noch nicht vor.

Mit Wirkung zum 1. August 2016 wurde der Personenkreis der in Inklusionsbetrieben beschäftigten schwerbehinderten Menschen nicht nur um die Zielgruppe langzeitarbeitsloser schwerbehinderter Menschen erweitert, sondern auch um psychisch kranke Menschen mit besonderen beruflichen Teilhabeerschwernissen. Letztere werden ausdrücklich auch auf die Quoten nach Abs. 3 angerechnet, was im Hinblick auf die Prüfung der Gemeinnützigkeit nach § 68 Abgabenordnung für Inklusionsfirmen entscheidend ist. Auch der Schwellenwert für die Förderung von Teilzeitbeschäftigten wird von 15 auf zwölf Wochenstunden herabgesetzt. Weiter gibt es bei der Auftragsvergabe durch die öffentliche Hand in Zukunft Möglichkeiten, einen Inklusionsbetrieb bevorzugt zu beauftragen.

Zum 1. Januar 2019 ist das neue Teilhabechancengesetz in Kraft getreten. Mit dem Teilhabechancengesetz wurden nach § 16e SGB II sowie § 16i SGB II zwei Fördermöglichkeiten für Langzeitarbeitslose mit und ohne Beeinträchtigungen auf dem allgemeinen und Sozialen Arbeitsmarkt geschaffen. Die Fördermöglichkeiten umfassen Lohnkostenzuschüsse sowie eine beschäftigungsbegleitende Betreuung. Nach § 16i SGB II ist zusätzlich eine Übernahme von Weiterbildungskosten bis zu einer Höhe von 3.000 Euro möglich. Abweichend von den üblichen Zugangsvoraussetzungen erhalten Arbeitgeber den Lohnkostenzuschuss nach § 16i Absatz 5 Satz 2 SGB II bereits, wenn sie erwerbsfähige Leistungsberechtigte einstellen, die in den letzten fünf Jahren Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB II erhalten haben und schwerbehindert nach dem SGB IX sind. Gezahlt wird

auch ein pauschalierter Beitrag zur Gesamtsozialversicherung, jedoch abzüglich des Beitrags zur Arbeitslosenversicherung.

5.4 Materielle Lebenssituation

Die materielle Lebenssituation von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen wird im Wesentlichen von ihrem Einkommen und Vermögen bestimmt. Menschen mit Beeinträchtigungen haben dabei nach Artikel 28 UN-BRK das Recht auf einen angemessenen Lebensstandard für sich selbst und ihre Familien. Indikatoren, die darauf hinweisen, inwiefern dieses Recht verwirklicht wird, sind unter anderem das Armutsrisiko sowie die subjektive Sicht auf die materiellen Lebensbedingungen. Beides wird in den folgenden Abschnitten beschrieben.

Die materielle Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen und erheblicher Teilhabeeinschränkung und ihren Familien wird durch die bestehenden Einkommens- und Vermögensanrechnungen bei Bezug von Eingliederungshilfe beeinflusst. Mit dem Inkrafttreten der Regelungen im BTHG vom 1. Januar 2020 wurden die Bestimmungen hierzu deutlich verändert. Menschen mit Beeinträchtigungen und ihre Angehörigen beteiligen sich nun mit einem deutlich geringeren beziehungsweise keinem Eigenbetrag.

Die wesentlichen Änderungen lauten wie folgt:¹²¹

- Die Grenze des freizulassenden Barvermögens beim Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe wurde von 2.600 Euro (im Jahr 2016) in zwei Schritten auf zurzeit 57.330 Euro (seit 01.01.2020) angehoben.
- Bisher wurden Einkommen und Vermögen von Ehe- oder Lebenspartnern bei der Berechnung des aufzubringenden Beitrags (Einkommens- und Vermögenseinsatz) berücksichtigt. Seit dem 1. Januar 2020 bleiben diese Vermögen und Einkommen vollständig unberücksichtigt.
- Bei antragstellenden Personen, deren Summe der Einkünfte (Bruttoeinkommen abzüglich Werbungskosten) beziehungsweise Bruttorente einen festgelegten Schwellenwert überschreitet, werden seit Anfang 2020 monatlich 2 Prozent des über diesem Schwellenwert liegenden Einkommensbestands auf die Leistungen angerechnet. Erzielt die antragstellende Person ihr Einkommen überwiegend aus einer sozialversicherungspflichtigen oder selbstständigen Tätigkeit, so beträgt die Einkommensgrenze 85 Prozent der jährlichen Bezugsgröße (zum 1.1.2020 liegt dieser Betrag bei 32.487 Euro). Stammt das Einkommen der antragstellenden Person überwiegend aus einer nicht sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung, so liegt die Grenze, ab der

¹²¹ Siehe hierzu auch BMAS 2018a.

eine entsprechende Einkommensanrechnung erfolgt, bei 75 Prozent der jährlichen Bezugsgröße (zum 1.1.2020 entspricht dies 28.665 Euro). Bei Renteneinkünften liegt die Grenze für die Einkommensanrechnung bei 60 Prozent der jährlichen Bezugsgröße (zum 1.1.2020 entspricht dies 22.932 Euro). Diese Werte gelten für Alleinstehende; bei weiteren Personen im Haushalt werden entsprechende Zuschläge gewährt.

Die folgenden Statistiken beziehen sich noch auf die Zeit vor dem vollständigen Inkrafttreten der Änderungen durch das BTHG. Auswirkungen auf die Lebenssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen durch die vorgestellten Änderungen werden erst im nächsten Teilhabebericht untersucht werden können.

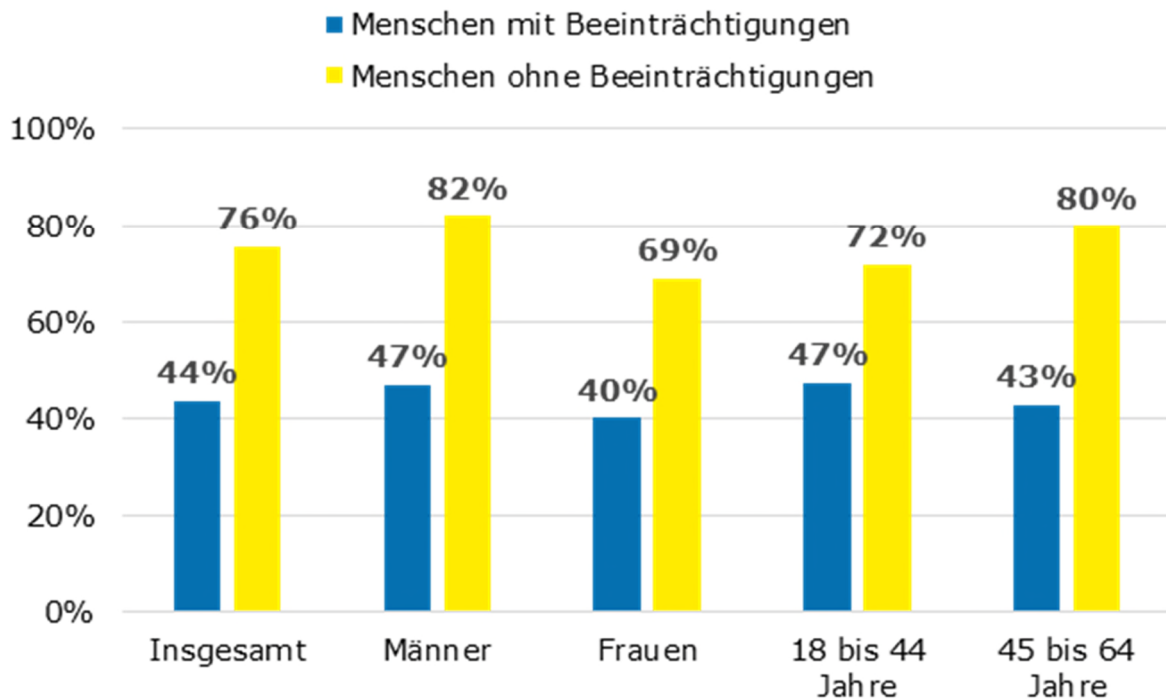
5.4.1 Einkommensart

Der individuelle Lebensstandard, persönliche Entfaltungsmöglichkeiten und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben hängen ganz wesentlich von einer ausreichenden Einkommenssituation ab. Relevante Einkommensquellen, die im Folgenden betrachtet werden, sind das eigene Erwerbseinkommen, Arbeitslosengeld I und II, Renten beziehungsweise Pensionen, Einkünfte der Eltern, des Lebens- oder Ehepartners beziehungsweise der -partnerin oder von Angehörigen sowie eigenes Vermögen, Sozialhilfe und Sozialgeld (Leistung der Grundsicherung für Arbeitsuchende, die nicht erwerbsfähig sind und in einer Bedarfsgemeinschaft mit einem Erwerbsfähigen leben).

Abbildung 58 verdeutlicht den unterschiedlichen Stellenwert des eigenen Erwerbseinkommens für unterschiedliche Gruppen der Bevölkerung. So bestreiten 76 Prozent der Menschen ohne Beeinträchtigungen im erwerbsfähigen Alter ihren Lebensunterhalt überwiegend aus ihrer eigenen Erwerbstätigkeit, bei Menschen mit Beeinträchtigungen sind dies mit 44 Prozent deutlich weniger. In beiden Gruppen bestreiten Frauen ihren Lebensunterhalt deutlich seltener durch eigene Erwerbstätigkeit als Männer. Der Unterschied ist vor allem zwischen Frauen und Männern ohne Beeinträchtigungen mit 13 Prozentpunkten besonders deutlich. Mit zunehmendem Alter steigt unter den Menschen ohne Beeinträchtigungen der Anteil derer, die ihren Lebensunterhalt aus eigenem Erwerbseinkommen bestreiten, um 8 Prozentpunkte an, während dieser bei Menschen mit Beeinträchtigungen um rund 5 Prozentpunkte sinkt.

Abbildung 58: Lebensunterhalt aus eigenem Erwerbseinkommen

Menschen, die ihren persönlichen Lebensunterhalt überwiegend aus eigenem Erwerbseinkommen bestreiten, nach Geschlecht und Alter, 2017



Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Seit 2005 (vergleiche zweiter Teilhabebericht) gewinnt das Erwerbseinkommen als Haupteinkommensquelle sowohl für Menschen ohne als auch mit Beeinträchtigungen an Bedeutung (Tabelle 64). Unter Menschen ohne Beeinträchtigungen ist der entsprechende Anteil von 2009 bis 2017 um gut 5 Prozentpunkte gestiegen, bei Frauen (+ 8 Prozentpunkte) stärker als bei Männern (+ 3 Prozentpunkte). Auch bei Menschen mit Beeinträchtigungen steigt, trotz geringerer Anteile, die Bedeutung des eigenen Erwerbseinkommens um 3 Prozentpunkte insgesamt; auch hier bei Frauen stärker als bei Männern.

In der Altersgruppe von 18 bis 44 Jahren steigt die Bedeutung des Erwerbseinkommens bei Menschen ohne Beeinträchtigungen, während sie bei Menschen mit Beeinträchtigungen in der gleichen Altersgruppe sinkt. Besonders niedrig ist der Anteil von Personen, die ihren Lebensunterhalt überwiegend aus dem eigenen Erwerbseinkommen bestreiten, mit 36 Prozent unter Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund.

Tabelle 64: Lebensunterhalt aus eigenem Erwerbseinkommen im Zeitverlauf

Menschen, die ihren persönlichen Lebensunterhalt überwiegend aus eigenem Erwerbseinkommen bestreiten, nach Geschlecht und Alter

	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen		
	2009	2013	2017	2009	2013	2017
Insgesamt	41 %	41 %	44 %	70 %	73 %	76 %
Geschlecht						
männlich	45 %	44 %	47 %	79 %	82 %	82 %
weiblich	35 %	38 %	40 %	61 %	65 %	69 %
Alter						
18 bis 44 Jahre	50 %	48 %	47 %	69 %	71 %	72 %
45 bis 64 Jahre	38 %	39 %	43 %	71 %	76 %	80 %
Migrationshintergrund						
mit	33 %	35 %	36 %	59 %	64 %	64 %
ohne	42 %	42 %	45 %	73 %	76 %	79 %

Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Nimmt man alle weiteren Einkommensquellen in den Blick und differenziert nach Teilgruppen von Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen, so zeigt sich, dass jene mit einem Grad der Behinderung unter 50 am häufigsten ihren Lebensunterhalt aus eigenem Erwerbseinkommen (61 %) bestreiten. Bei Menschen mit chronischen Erkrankungen und Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung sind es 38 Prozent beziehungsweise 35 Prozent (Tabelle 65). Weiterhin bestreiten 41 Prozent der Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung ihren Lebensunterhalt aus einer Rente beziehungsweise Pension, während dies nur bei 11 Prozent der Menschen mit chronischen Erkrankungen und bei 18 Prozent der Menschen mit einem Grad der Behinderung unter 50 der Fall ist.

Tabelle 65: Haupteinkommensquelle nach Teilgruppen der Beeinträchtigungen (18 bis 64 Jahre)
2017

	Insgesamt	chronisch krank	Behinde- rung GdB unter 50	schwerbe- hindert
eigene Erwerbstätigkeit	44 %	38 %	61 %	35 %
Arbeitslosengeld I	2 %	4 %	3 %	2 %
Rente	29 %	11 %	18 %	41 %
Einkünfte der Eltern, Lebens- oder Ehepartner*innen, Angehörigen	8 %	12 %	6 %	7 %
eigenes Vermögen etc.	1 %	1 %	1 %	1 %
Sozialhilfe	4 %	4 %	2 %	6 %
Arbeitslosengeld II, Sozialgeld	8 %	19 %	7 %	5 %
sonstige Unterstützung	4 %	10 %	2 %	2 %

Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

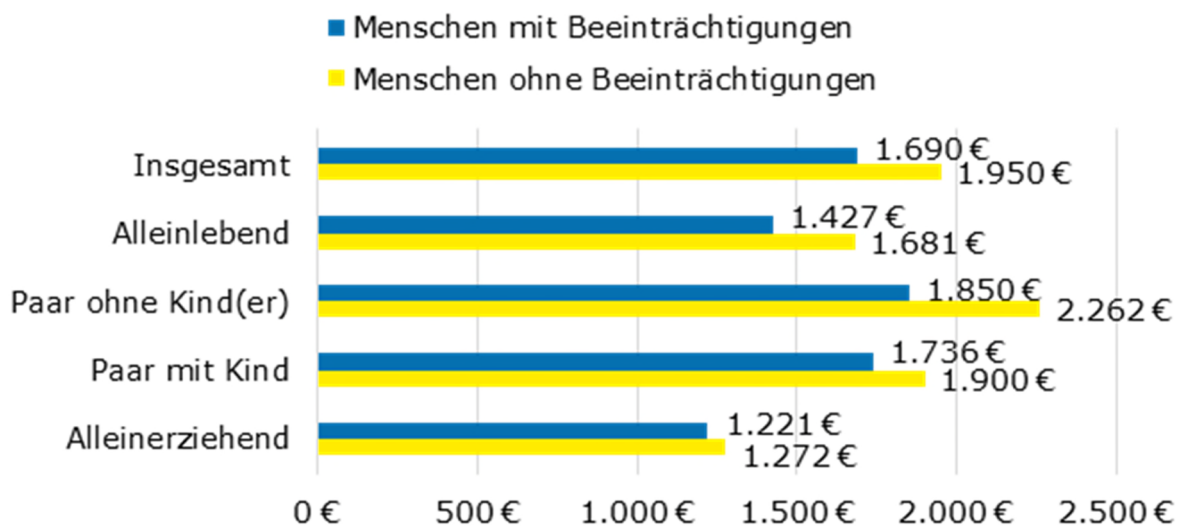
5.4.2 Einkommenshöhe

Um das Wohlstandsniveau von Haushalten unterschiedlicher Größe und Zusammensetzung vergleichbar zu machen, wird das Nettoäquivalenzeinkommen betrachtet. Es handelt sich dabei um eine international genutzte, annahmen-basierte Rechengröße, die das gesamte Nettoeinkommen eines Haushalts anhand von Anzahl, Status und Alter der Haushaltsmitglieder gewichtet¹²². Wie Abbildung 59 zeigt, sind die durchschnittlichen Einkommen von Menschen mit Beeinträchtigungen für alle Haushaltstypen niedriger als die von Menschen ohne Beeinträchtigungen. Insgesamt haben Menschen mit Beeinträchtigungen ein rund 260 Euro niedrigeres Einkommen als Menschen ohne Beeinträchtigungen, bei Paaren ohne Kinder beträgt der Unterschied sogar 412 Euro.

¹²² Bei der Gewichtung kommt die neue Skala der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) zur Anwendung. Nach dieser enthält die Haupteinkommensbezieherin/der Haupteinkommensbezieher des Haushalts den Gewichtungsfaktor 1,0, alle übrigen Haushaltsmitglieder ab 14 Jahren den Faktor 0,5 und Personen unter 14 Jahren den Faktor 0,3.

Abbildung 59: Durchschnittliches Nettoäquivalenzeinkommen nach Haushaltstyp

2017, in Euro pro Monat



Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Tabelle 66 stellt die Nettoäquivalenzeinkommen von Menschen mit Beeinträchtigungen in Relation zu denen von Menschen ohne Beeinträchtigungen dar. Menschen mit Beeinträchtigungen verfügen demnach über 87 Prozent des Einkommens von Menschen ohne Beeinträchtigungen. Am deutlichsten ist der Unterschied zu chronisch kranken Menschen, diese haben entsprechend nur 80 Prozent des Einkommens zur Verfügung. Im Abschnitt 5.1.3 wurde erläutert, dass kein signifikanter Unterschied zwischen den Bruttostundenlöhnen von Menschen ohne und Menschen mit Beeinträchtigungen besteht. Daher ist es plausibel, dass die Unterschiede des Nettoäquivalenzeinkommens zum einen mit einer niedrigeren beruflichen Position beziehungsweise einer geringeren Vergütung zusammenhängen und zum anderen damit, dass Menschen mit Beeinträchtigungen im Vergleich zu Menschen ohne Beeinträchtigungen seltener einer Erwerbstätigkeit nachgehen und seltener in Vollzeit arbeiten.

Tabelle 66: Einkommen von Menschen mit Beeinträchtigungen in Relation zum Einkommen von Menschen ohne Beeinträchtigungen
2017, auf Basis des durchschnittlichen Nettoäquivalenzeinkommens

Personen- kreis	ohne Be- einträchti- gungen	mit Beein- trächti- gungen	chronisch krank	GdB unter 50	GdB ab 50
Einkom- mensanteil	100 %	87 %	80 %	93 %	86 %

Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

5.4.3 Leistungen der Grundsicherung

Hilfebedürftige Personen, die die Altersgrenze erreicht haben oder wegen einer bestehenden Erwerbsminderung auf Dauer ihren Lebensunterhalt nicht aus eigener Erwerbstätigkeit bestreiten können, haben Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel des SGB XII. Soweit hilfebedürftige Personen arbeitsfähig sind, erhalten sie Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II.

Ende Dezember 2019 bezogen rund 523.000 Personen im erwerbsfähigen Alter ab 18 Jahren bis zur Regelaltersgrenze Grundsicherung bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII. Der Anteil dieser Personengruppe an der gleichaltrigen Bevölkerung in Deutschland liegt seit 2015 konstant bei einer Leistungsempfängerquote (LE-Quote) von 1 Prozent (

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Tabelle 67). Der Anteil der Frauen an den Leistungsbeziehenden lag von 2015 bis 2019 konstant bei rund 43 Prozent.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Tabelle 67: Leistungsbeziehende von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII

Leistungsbeziehende ab 18 Jahren bis unter die Regelaltersgrenze

Jahr	Insgesamt	LE-Quote	Männer	LE-Quote	Frauen	LE-Quote
Dezember 2015	501.887	1 %	283.557	1,1 %	218.330	0,9 %
Dezember 2016	500.308	1 %	283.194	1,1 %	217.114	0,8 %
Dezember 2017	514.737	1 %	291.611	1,1 %	223.126	0,9 %
Dezember 2018	519.102	1 %	294.248	1,1 %	224.854	0,9 %
Dezember 2019	523.075	1 %	297.450	1,1 %	225.625	0,9 %

Quelle: Sozialhilfestatistik, Berechnung und Darstellung Prognos

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Tabelle 68 fasst die Grundsicherungsbezüge nach SGB II und SGB XII zusammen und zeigt, dass Menschen mit Beeinträchtigungen doppelt so häufig in einem Haushalt wohnen, dessen Mitglieder Leistungen der Grundsicherung beziehen (10 %) als Menschen ohne Beeinträchtigungen (5 %). Bezogen auf die Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen zeigt sich, dass die Bezugsquoten zwischen den Geschlechtern ähnlich hoch sind, aber zwischen den Altersgruppen starke Unterschiede bestehen. So beziehen 27 Prozent der Personen mit Beeinträchtigungen im Alter von 18 bis 44 Jahren Grundsicherung nach SGB II oder SGB XII. Bei den 45- bis 64-Jährigen mit Beeinträchtigungen sind es 14 %, wohingegen ab 65 Jahren die Bezugsquote deutlich abnimmt. Werden die Teilgruppen der Beeinträchtigungen betrachtet, weisen chronisch kranke Menschen mit 14 Prozent die konstant höchste Bezugsquote auf.

Tabelle 68: Menschen, die in einem Haushalt leben, dessen Mitglieder Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB II oder SGB XII beziehen nach Alter, Geschlecht und Teilgruppen der Beeinträchtigungen

	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen		
	2009	2013	2017	2009	2013	2017
Insgesamt	9 %	10 %	10 %	5 %	5 %	5 %
Geschlecht						
männlich	9 %	10 %	10 %	5 %	5 %	5 %
weiblich	8 %	9 %	9 %	5 %	5 %	5 %
Alter						
unter 18 Jahre	5 %	8 %	8 %	3 %	5 %	5 %
18 bis 44 Jahre	25 %	27 %	27 %	7 %	6 %	6 %
45 bis 64 Jahre	12 %	14 %	14 %	7 %	5 %	5 %
ab 65 Jahre	2 %	3 %	3 %	1 %	2 %	2 %
Teilgruppen der Beeinträchtigungen						
chronisch Kranke	12 %	14 %	14 %			
GdB unter 50	8 %	9 %	8 %			
GdB ab 50	8 %	9 %	9 %			

Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

5.4.4 Armutsrisikoquote

Für materielle Armut gibt es keine allgemeingültige Definition. Häufig wird zur Darstellung von Armut das Konzept der relativen Armut herangezogen. Zugrunde gelegt wird hierbei die Armutsrisikoquote. Diese misst den Anteil an Personen in der Gesamtbevölkerung, deren Einkommen weniger als 60 Prozent des mittleren¹²³ Äquivalenzeinkommens beträgt. Relevant für die Berechnung der Armutsrisikoquote ist das sogenannte Nettoäquivalenzeinkommen: Es handelt sich dabei um ein je Zahl und Alter der Haushaltsmitglieder gewichtetes Nettoeinkom-

¹²³ Betrachtet wird der Median aller (Nettoäquivalenz-)Einkommen. Dieser ergibt sich aus der Einkommenshöhe, bei der es genauso viele Menschen mit einem höheren wie mit einem niedrigeren Einkommen gibt.

men, das es erlaubt, die Einkommen verschiedener Haushaltszusammensetzungen vergleichbar zu machen (Abschnitt 5.4.2). Die Quote gibt also wieder, wie groß der Anteil der Bevölkerung unterhalb eines bestimmten Punktes in der Einkommensverteilung ist, sie liefert keine Informationen über individuelle Hilfebedürftigkeit.

Die Armutsrisikoquote bei Menschen mit Beeinträchtigungen betrug im Jahr 2017 rund 18 Prozent (

Tabelle 69). Sie lag damit um 3 Prozentpunkte höher als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen (15 %). Unabhängig vom Vorliegen einer Beeinträchtigung sind die Armutsrisikoquoten zwischen Männern und Frauen annähernd gleich. Im Hinblick auf verschiedene Teilgruppen der Beeinträchtigung fällt auf, dass vor allem Menschen mit chronischen Erkrankungen eine höhere Armutsrisikoquote aufweisen (26 %).

Differenziert nach Alter hatte unter den Menschen mit Beeinträchtigungen die Altersgruppe von 18 bis 44 Jahren die höchste Armutsrisikoquote (31 %), bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen hingegen die unter 18-Jährigen. Eine deutlich höhere Armutsrisikoquote als gleichaltrige Personen ohne Beeinträchtigungen weisen Menschen mit Beeinträchtigungen im jüngeren und mittleren Lebensalter von 18 bis 44 sowie von 45 bis 64 Jahren auf. Dies deutet darauf hin, dass das die relative Einkommensposition in engem Zusammenhang mit den geringeren Bildungsabschlüssen, der geringeren Erwerbsbeteiligung, der niedrigeren Stellung im Beruf sowie dem geringeren Arbeitsumfang von Menschen mit Beeinträchtigungen steht (Abschnitt 5.1.1 und 5.1.2). In der Gruppe der 65-Jährigen und Älteren liegt über den gesamten Zeitverlauf die Armutsrisikoquote der Menschen mit Beeinträchtigungen unter der Quote der Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Hinsichtlich der Entwicklung im Zeitverlauf fällt auf, dass sich der in der Vergangenheit beobachtete stetige Anstieg der Armutsrisikoquote unter Menschen mit Beeinträchtigungen jüngst nicht fortgesetzt hat. So blieb sie im Jahr 2017 auf einem nahezu konstanten Niveau gegenüber 2013, mit leichter Tendenz eines Rückgangs. Dies gilt unabhängig von Geschlecht, Alter und Teilgruppen der Beeinträchtigung.

Tabelle 69: Armutsrisikoquoten

nach Alter, Geschlecht und Teilgruppen der Beeinträchtigungen

	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen		
	2009	2013	2017	2009	2013	2017
Insgesamt	16 %	19 %	18 %	14 %	15 %	15 %
Geschlecht						
männlich	15 %	19 %	18 %	14 %	14 %	15 %
weiblich	16 %	19 %	19 %	15 %	15 %	16 %
Alter						
unter 18 Jahre	20 %	21 %	20 %	18 %	19 %	20 %
18 bis 44 Jahre	26 %	32 %	31 %	15 %	16 %	17 %
45 bis 64 Jahre	18 %	22 %	22 %	11 %	10 %	10 %
ab 65 Jahre	11 %	14 %	14 %	12 %	15 %	15 %
Teilgruppen der Beeinträchtigungen						
chronisch kranke Men- schen	22 %	25 %	26 %			
GdB unter 50	13 %	16 %	15 %			
GdB ab 50	15 %	18 %	18 %			

Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

5.4.5 Vermögen

Die wirtschaftliche Situation der Menschen ist abhängig von ihrem Einkommen und ihrem Vermögen. Das Vermögen kann aus verschiedenen Komponenten bestehen. Dazu gehören z. B. Geldanlagen, wie Sparguthaben, Bausparverträge oder Lebensversicherungen, sowie Sachvermögen, z. B. Gold oder Schmuck. Darüber hinaus kann Vermögen auch in Form von Wohneigentum und sonstigen Immobilien oder Eigentum an Unternehmen vorhanden sein. Vermögen wird in der Regel entweder zwischen den Generationen vererbt oder im Laufe des Lebens aufgebaut. Ältere Menschen verfügen über durchschnittlich höhere Vermögen als jüngere Menschen.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Tabelle 70 gibt einen Überblick über das individuelle Nettovermögen von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen im Jahr 2017. Davon abgezogen werden Schulden wie Konsumkredite, Haushypotheken oder Bundesausbildungsförderungsgesetz-Schulden.

Das Nettovermögen von Menschen mit Beeinträchtigungen beträgt im Durchschnitt 91.150 Euro. Es besteht im Wesentlichen aus Anteilen an selbst genutztem Wohneigentum (57.302 Euro). Das Nettovermögen bei Menschen ohne Beeinträchtigungen beträgt im Durchschnitt 118.063 Euro und liegt somit um 30 Prozent darüber.

Sowohl bei den Menschen mit als auch ohne Beeinträchtigungen nimmt das Vermögen im Lebensverlauf deutlich zu. In allen Altersgruppen gibt es sowohl beim Nettovermögen als auch beim Vermögen aus selbst genutztem Wohneigentum deutliche Differenzen zwischen den Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen.

Tabelle 70: Nettovermögen und Wohneigentum

Durchschnittliches individuelles Nettovermögen sowie Marktwerte des selbst genutzten Wohneigentums nach Altersgruppen, 2017, in Euro

	Menschen mit Beeinträchtigungen		Menschen ohne Beeinträchtigungen	
	Netto- vermögen	davon selbst genutztes Wohneigen- tum	Netto- vermögen	davon selbst genutztes Wohneigen- tum
Insgesamt	91.150	57.302	118.063	67.849
Alter				
18 bis 49 Jahre	38.599	26.139	63.795	39.669
50 bis 64 Jahre	87.226	57.513	174.475	94.359
ab 65 Jahre	114.199	69.032	184.776	105.718

Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

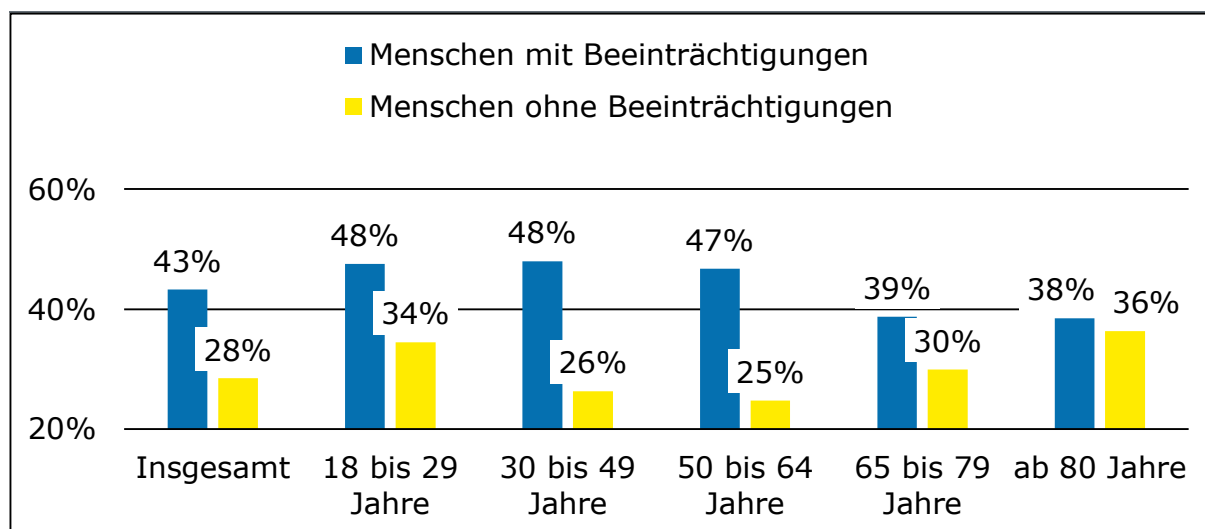
Weitere Auswertungen zeigen, dass die Durchschnittswerte der Nettovermögen und des Wohneigentums stark durch hohe Vermögenswerte von einigen hochvermögenden Personen beeinflusst werden. Der Median der Nettovermögen von Menschen mit Beeinträchtigungen liegt bei 25.000 Euro und damit wesentlich unter dem in Tabelle 70 dargestellten Durchschnitt. Die Hälfte aller Menschen mit

Beeinträchtigungen hat damit ein Vermögen von maximal 25.000 Euro. Bei Menschen ohne Beeinträchtigungen liegt der Median mit 28.500 Euro unwesentlich höher.

Menschen mit Beeinträchtigungen können häufiger (43 %) als Menschen ohne Beeinträchtigungen (28 %) kein Geld sparen oder zurücklegen (Abbildung 60). Im Lebensverlauf steigt bei Menschen mit Beeinträchtigungen die Anzahl der Möglichkeiten zu sparen kontinuierlich an. Bei Menschen ohne Beeinträchtigungen ist dies lediglich bis zum Renteneintritt der Fall.

Abbildung 60: Menschen, die keine Möglichkeit zum Sparen haben

Menschen, deren Haushalt in der Regel monatlich kein Geld zurücklegen kann, nach Alter, 2018



Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Im Zeitverlauf steigt die Anzahl der Menschen ohne Beeinträchtigungen, die die Möglichkeit zum Sparen haben, an, während sie in der Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen abnimmt (Tabelle 71). Des Weiteren fällt auf, dass insbesondere Menschen mit einem Grad der Behinderung ab 50 (49 %) sowie Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund (58 %) im Vergleich zu den anderen Personengruppen häufiger kein Geld zurücklegen können.

Tabelle 71: Menschen, die keine Möglichkeit zum Sparen haben, im Zeitverlauf

Menschen, deren Haushalt in der Regel monatlich kein Geld zurücklegen kann, nach Alter, Teilgruppen der Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund

	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen		
	2014	2016	2018	2014	2016	2018
Insgesamt	43 %	46 %	46 %	35 %	33 %	33 %
Alter						
18 bis 29 Jahre	55 %	56 %	56 %	43 %	42 %	42 %
30 bis 49 Jahre	51 %	51 %	51 %	33 %	30 %	30 %
50 bis 64 Jahre	47 %	50 %	50 %	32 %	29 %	29 %
65 bis 79 Jahre	38 %	42 %	42 %	31 %	34 %	34 %
ab 80 Jahre	35 %	34 %	34 %	36 %	39 %	39 %
Teilgruppen der Beeinträchtigungen						
chronisch kranke Menschen	43 %	45 %	45 %			
GdB unter 50	38 %	40 %	40 %			
GdB ab 50	45 %	49 %	49 %			
Migrationshintergrund						
ohne	41 %	43 %	40 %	30 %	29 %	24 %
mit	57 %	60 %	58 %	49 %	45 %	41 %

Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Außerdem erfragt das SOEP, ob es Personen im Haushalt gibt, die im zurückliegenden Jahr mindestens eine Wertanlage wie beispielsweise ein Sparbuch, eine Lebensversicherung oder Wertpapiere besessen haben. Demnach besitzen

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

18 Prozent der Menschen ohne und 30 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen keine Wertanlagen (Tabelle 72). Auch hier besitzen abermals überproportional häufig Menschen mit einem Grad der Behinderung ab 50 (31 %) sowie Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund (46 %) keine Wertanlagen. Des Weiteren fällt auf, dass mehr als jeder dritte Mensch mit Beeinträchtigungen im Alter von 18 bis 49 Jahren keine Wertanlagen besitzt.

Tabelle 72: Menschen in Haushalten ohne Wertanlagen
nach Alter, Teilgruppen der Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund

	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen		
	2014	2016	2018	2014	2016	2018
Insgesamt	25 %	27 %	30 %	17 %	17 %	18 %
Alter						
18 bis 29 Jahre	35 %	36 %	36 %	22 %	23 %	24 %
30 bis 49 Jahre	32 %	37 %	38 %	16 %	16 %	18 %
50 bis 64 Jahre	30 %	29 %	34 %	15 %	14 %	15 %
65 bis 79 Jahre	20 %	24 %	24 %	15 %	15 %	17 %
ab 80 Jahre	17 %	17 %	25 %	20 %	22 %	17 %
Teilgruppen der Beeinträchtigungen						
chronisch kranke Menschen	26 %	25 %	29 %			
GdB unter 50	20 %	25 %	29 %			
GdB ab 50	27 %	29 %	31 %			
Migrationshintergrund						
ohne	23 %	24 %	27 %	15 %	16 %	16 %
mit	37 %	42 %	46 %	27 %	25 %	31 %

Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

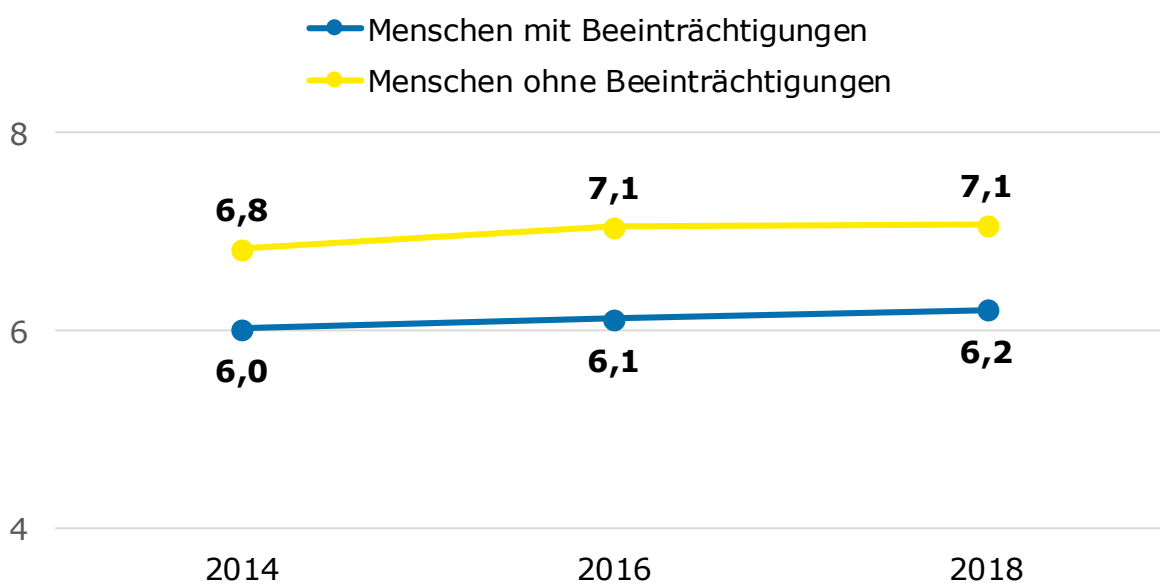
Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

5.4.6 Zufriedenheit mit der materiellen Lebenslage und wirtschaftliche Sorgen

Die in den vorangegangenen Abschnitten gezeigten geringeren Einkommen und Vermögen von Menschen mit Beeinträchtigungen wirken sich negativ auf ihre Zufriedenheit mit ihrer Einkommenssituation aus und fördern Sorgen um die eigene wirtschaftliche Lage.

Gefragt nach ihrer Zufriedenheit mit dem Haushaltseinkommen zeigt sich folgendes Bild: Auf einer Skala von 0 (*ganz und gar unzufrieden*) bis 10 (*ganz und gar zufrieden*) lag der Mittelwert nach Einschätzung der Menschen ohne Beeinträchtigungen bei 7,1 und der der Menschen mit Beeinträchtigungen bei 6,2 (Abbildung 61). Menschen mit Beeinträchtigungen waren mit ihrem Haushaltseinkommen im Durchschnitt weniger zufrieden als Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Abbildung 61: Zufriedenheit mit dem Haushaltseinkommen
Mittelwert



Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Im Zeitverlauf ist die Zufriedenheit mit dem Haushaltseinkommen sowohl bei Menschen mit als auch ohne Beeinträchtigungen gestiegen (Tabelle 73). Zwischen den Geschlechtern und den Teilgruppen der Beeinträchtigungen gibt es nur geringfügige Unterschiede. Mit zunehmendem Alter – und in der Regel auch zunehmendem Haushaltseinkommen – nimmt die Zufriedenheit tendenziell zu.

Tabelle 73: Zufriedenheit mit dem Haushaltseinkommen

nach Geschlecht, Alter und Teilgruppen der Beeinträchtigungen, Mittelwert

	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen		
	2014	2016	2018	2014	2016	2018
Insgesamt	6,0	6,1	6,2	6,8	7,1	7,1
Geschlecht						
männlich	5,9	6,0	6,2	6,8	7,0	7,1
weiblich	6,1	6,2	6,3	6,8	7,1	7,1
Alter						
18 bis 29 Jahre	5,6	5,7	5,9	6,6	6,8	6,9
30 bis 49 Jahre	5,4	5,4	5,7	6,8	7,0	7,0
50 bis 64 Jahre	5,7	5,8	5,7	6,8	7,1	7,2
65 bis 79 Jahre	6,4	6,5	6,6	7,1	7,3	7,2
ab 80 Jahre	6,8	7,1	7,0	7,4	7,7	7,3
Teilgruppen der Beeinträchtigungen						
chronisch kranke Men- schen	6,0	6,1	6,2			
GdB unter 50	6,0	6,3	6,2			
GdB ab 50	6,1	6,2	6,3			

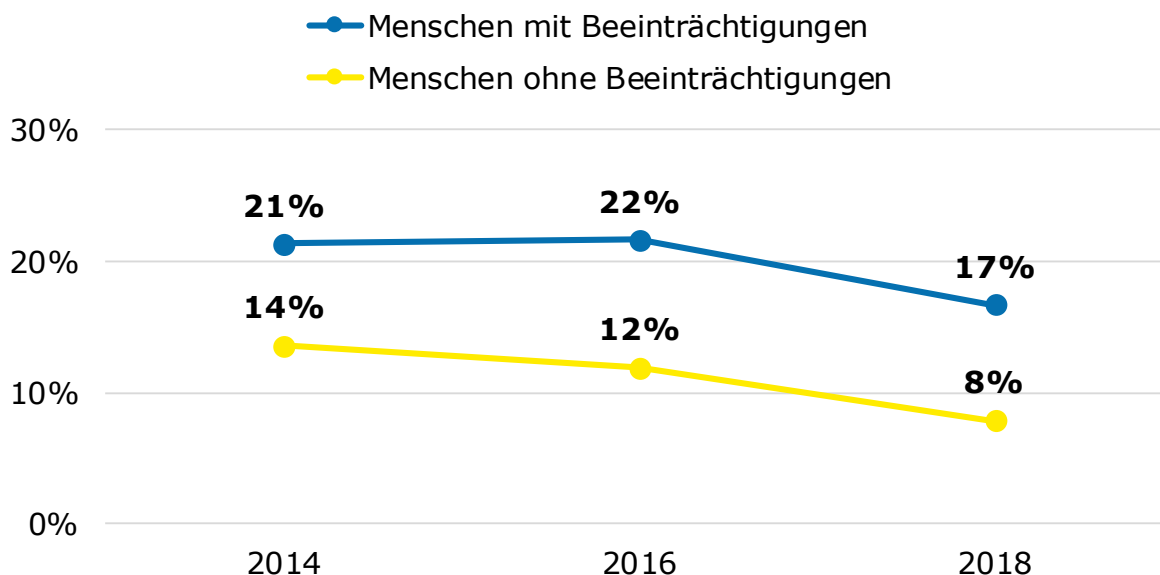
Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

17 Prozent der Menschen mit und 8 Prozent der Menschen ohne Beeinträchtigungen machen sich große Sorgen um ihre eigene wirtschaftliche Situation (Abbildung 62). Seit 2014 ist der Anteil derjenigen, die sich große Sorgen um ihre wirtschaftliche Situation machen, um 6 Prozentpunkte bei Menschen ohne und 4 Prozentpunkte bei Menschen mit Beeinträchtigungen zurückgegangen. Gründe hierfür könnten die steigenden Erwerbstätigenquoten und Einkommen in diesem Zeitraum sein.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Abbildung 62: Große Sorgen um eigene wirtschaftliche Situation

Personen, die sich große Sorgen um ihre wirtschaftliche Situation machen



Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Tendenziell sind Frauen und jüngere Personen besorgter um ihre wirtschaftliche Situation als Männer beziehungsweise Ältere ab 65 Jahren (Tabelle 74). Unter den Teilgruppen der Beeinträchtigungen machen sich chronisch kranke Menschen mit einem Anteil von 19 Prozent die meisten Sorgen um ihre wirtschaftliche Situation.

Tabelle 74: Große Sorgen um eigene wirtschaftliche Situation

nach Geschlecht, Alter und Teilgruppen der Beeinträchtigungen Personen, die sich große Sorgen um ihre wirtschaftliche Situation machen

	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen		
	2012	2014	2016	2012	2014	2016
Insgesamt	21 %	22 %	17 %	14 %	12 %	8 %
Geschlecht						
männlich	19 %	21 %	15 %	13 %	11 %	7 %
weiblich	23 %	22 %	18 %	14 %	13 %	8 %
Alter						
18 bis 29 Jahre	25 %	26 %	24 %	18 %	15 %	11 %
30 bis 49 Jahre	34 %	35 %	26 %	15 %	14 %	9 %
50 bis 64 Jahre	28 %	26 %	23 %	12 %	11 %	6 %
65 bis 79 Jahre	13 %	14 %	8 %	7 %	7 %	4 %
ab 80 Jahre	9 %	10 %	7 %	4 %	4 %	5 %
Teilgruppen der Beeinträchtigungen						
chronisch kranke Menschen	22 %	24 %	19 %			
GdB unter 50	21 %	19 %	16 %			
GdB ab 50	20 %	20 %	15 %			

Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

5.5 Leistungen zur Teilhabe

5.5.1 Förderung von Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

Menschen mit Beeinträchtigungen werden in vielfältiger Weise und durch unterschiedliche Träger darin unterstützt, Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt zu erhalten oder zu behalten.¹²⁴ Die Formen der Unterstützung richten sich nach den individuellen persönlichen und leistungsrechtlichen Bedingungen. Dabei soll

¹²⁴ Zur Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik äußert sich der wissenschaftliche Beirat im Kommentar zu diesem Kapitel.

sichergestellt werden, dass jede leistungsberechtigte Person unabhängig von einer Beeinträchtigung oder Behinderung die Unterstützungsleistungen erhält, die sie benötigt.

In diesem Zusammenhang sind zunächst die allgemeinen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der aktiven Arbeitsförderung im Rahmen der Arbeitsförderung (§ 115 und § 116 SGB III) sowie im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitsuchende (§ 16 Absatz 1 Satz 3 SGB II) geregelten Eingliederungsleistungen für erwerbsfähige Leistungsberechtigte mit Behinderungen zu nennen. Sofern diese allgemeinen Leistungen zur Überwindung behinderungsbedingter Nachteile nicht ausreichen, stehen besondere Leistungen nach § 117 und § 118 SGB III zur Verfügung, die speziell auf Menschen mit Behinderungen ausgerichtet sind. Die zuständigen Rehabilitationsträger sind nach § 6 SGB IX:

- Bundesagentur für Arbeit
- Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung
- Träger der Gesetzlichen Rentenversicherung
- Träger der Kriegsopferfürsorge
- Träger der öffentlichen Jugendhilfe
- Träger der Eingliederungshilfe

Darüber hinaus beraten und fördern die IA sowie die Bundes- und Landesministerien im Rahmen von arbeitsmarktpolitischen Programmen Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung.

Bundesagentur für Arbeit

Die BA ist zuständiger Rehabilitationsträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, sofern kein anderer Träger zuständig ist. Darüber hinaus ist sie auch zuständiger Rehabilitationsträger für erwerbsfähige Leistungsberechtigte mit Behinderung, die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach SGB II erhalten, sofern kein anderer Träger zuständig ist. Hier klärt sie als Reha-Prozess- und Verfahrensverantwortliche die Zuständigkeit, stellt den Rehabilitationsbedarf fest und erstellt einen Eingliederungsvorschlag. Die Entscheidung über die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben treffen die Jobcenter. Die Jobcenter sind auch grundsätzlich für die Leistungserbringung verantwortlich.

Nach § 19 SGB III benötigen Menschen, deren Aussichten, am Arbeitsleben teilzuhaben, wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung im Sinne von § 2 SGB IX nicht nur vorübergehend wesentlich gemindert sind, Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Explizit eingeschlossen sind Menschen mit einer Lernbehinderung.

Die BA verfügt über verschiedene Fachkonzepte zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderung. Die folgende Übersicht zeigt eine Reihe von Leistungen, die die BA zur Förderung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach § 19 SGB III erbringt (

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Tabelle 75). Hierin nicht enthalten sind Leistungen in WfbM sowie Förderleistungen zugelassener kommunaler Träger.

Größere Zuwächse verzeichnen besondere Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben (+13,4 %), Leistungen zur Berufswahl und Berufsausbildung (+ 11,1 %) und Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung (+ 9,0 %). Im Vergleich gingen Beschäftigung schaffende Maßnahmen (- 13,1 %) stark zurück. Insgesamt entfielen mit Abstand die meisten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit 24.042 Personen beziehungsweise einem Anteil von 36,7 Prozent an allen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auf die besonderen Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben.

Tabelle 75: Förderung von Rehabilitand*innen nach § 19 SGB III

Anzahl und Veränderung in Prozent

	2014	2015	2016	2017	2018	Veränderung 2014 bis 2018
Aktivierung und berufliche Eingliederung	8.434	7.979	9.215	8.444	9.192	+ 9,0 %
Berufswahl und Berufs- ausbildung	6.140	6.316	6.552	6.763	6.824	+ 11,1 %
Berufliche Weiterbildung	4.205	3.781	3.988	3.903	3.990	- 5,1 %
Aufnahme ei- ner Erwerbs- tätigkeit	13.822	14.573	15.625	15.447	14.676	+ 6,2 %
Besondere Maßnahmen zur Teilhabe be- hinderter Menschen am Arbeitsleben	21.206	21.750	22.609	23.124	24.042	+ 13,4 %
Beschäftigung schaffende Maßnahmen	7.259	5.735	6.205	6.517	6.310	- 13,1 %
freie Förde- rung, sonstige Förderung	517	837	825	802	551	+ 6,6 %

Quelle: Förderstatistik der BA, Daten zum Jahresende, Bestand, Berechnung und Darstellung Prognos

Gesetzliche Rentenversicherung

Sozialrechtliche Grundlage der Leistungen, die die Gesetzliche Rentenversicherung für Menschen mit Behinderungen erbringt, ist das Sechste Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI). Auf dieser Grundlage werden Leistungen zur Prävention (§ 14 SGB VI), zur medizinischen Rehabilitation (§ 15 SGB VI), zur Teilhabe am Ar-

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

beitsleben (§ 16 SGB VI) sowie Nachsorgeleistungen (§ 17 SGB VI) und ergänzende Leistungen wie das Übergangsgeld oder die Erstattung von Fahrkosten (§ 28 SGB VI) erbracht, um die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Beeinträchtigungen zu fördern, wiederherzustellen und ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern. Leistungsberechtigt sind Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit aufgrund von Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung gemindert oder gefährdet ist und bei denen gleichzeitig die Chance besteht, dass durch Teilhabeleistungen der Rentenversicherung ihre Erwerbsfähigkeit verbessert und so der bestehende Arbeitsplatz erhalten oder die Eingliederung auf einem neuen Arbeitsplatz gefördert wird.

Tabelle 76 zeigt die Anzahl der abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Gesetzlichen Rentenversicherung. Im Jahr 2018 wurden insgesamt 142.917 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben abgeschlossen. Im Vergleich zum Jahr 2014 bedeutet dies keine nennenswerte Veränderung der Zahl der erbrachten Leistungen. Insbesondere zwischen 2017 und 2018 kam es jedoch – nach einem Anstieg bis zum Jahr 2017 um insgesamt 16,6 Prozent – bei allen Leistungsarten zu einem Rückgang der Zahl der erbrachten Leistungen um insgesamt 13,9 Prozent. Am deutlichsten zurückgegangen ist im gesamten Betrachtungszeiträumen die Zahl der Leistungen zur Berufsvorbereitung (- 10,9 %) und die Zahl der sonstigen Leistungen (- 12,7 %).

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Tabelle 76: Leistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung zur Teilhabe am Arbeitsleben

Anzahl und Anteil in Prozent

	2014	2015	2016	2017	2018	Veränderung 2014 bis 2018
Erhaltung/Erlangung eines Arbeitsplatzes, Eignungsabklärung/Arbeitserprobung	81.543	89.801	90.787	105.907	85.803	+ 5,2 %
Berufsvorbereitung	6.983	7.217	6.672	6.470	6.220	- 10,9 %
Berufliche Bildung	29.248	30.546	29.523	30.026	28.104	- 3,9 %
Leistungen an Arbeitgeber	9.245	10.065	9.709	9.671	9.434	+ 2,0 %
sonstige Leistungen*	15.304	15.309	14.596	13.906	13.356	- 12,7 %
Leistungen insgesamt	142.323	152.938	151.287	165.980	142.917	+ 0,4 %

* Leistungen in WfBM, Leistungen zur Rehabilitation für psychisch kranke Menschen und Kfz-Hilfen

Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Berechnung und Darstellung Prognos

Gesetzliche Unfallversicherung

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) erbringen auf Grundlage des SGB VII alle Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation im Falle eines Arbeitsunfalls (einschließlich Wegeunfall) oder einer Berufskrankheit einer beziehungsweise eines Versicherten. Ziel der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der GUV ist es, die Leistungsfähigkeit der Betroffenen möglichst wiederherzustellen und damit Erwerbstätigkeit zu ermöglichen (§ 35 SGB VII).

Im Jahr 2017 wurden für die im Berichtsjahr abgeschlossenen Reha-Fälle insgesamt 10.799 Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben erbracht (Tabelle 77). Im Vergleich zum Jahr 2013 sind die erbrachten Maßnahmen um knapp ein Viertel (- 24,1 %) zurückgegangen – seit 2014 stabilisierte sich die Zahl der Maßnahmen wieder deutlich, ging jedoch weiter zurück (Rückgang um - 5,4 % zwischen 2014 und 2017).

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Tabelle 77: Erbrachte Reha-Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben

Anzahl und Anteil in Prozent

Jahr	Anzahl
2013	14.230
2014	11.420
2015	10.644
2016	10.821
2017	10.799
Veränderung 2013 bis 2016	- 24,1 %
Veränderung 2014 bis 2016	- 5,4 %

Quelle: DGUV, Berechnung und Darstellung Prognos

Eingliederungshilfe

Zum 1. Januar 2020 und mit dem Inkrafttreten der dritten Reformstufe des BTHG ist die Eingliederungshilfe neu geregelt worden: Die Eingliederungshilfe wurde aus dem Recht der Sozialhilfe aus dem SGB XII herausgelöst und als Teil 2 „*Besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung für Menschen mit Behinderungen*“ in das SGB IX aufgenommen und reformiert.

Für diesen Bericht liegen noch keine Zahlen zur Situation nach der Reformierung vor. Alle Angaben beziehen sich noch auf die Regelungen nach Kapitel 6 SGB XII. Hier wurde die Eingliederungshilfe je nach landesspezifischen Regelungen von den örtlichen oder überörtlichen Trägern der Sozialhilfe erbracht. Leistungsbe-rechtigt waren Personen, die durch eine Behinderung (§ 2 Absatz 1 SGB IX) wes-sentlich in ihrer Fähigkeit eingeschränkt sind, an der Gesellschaft teilzuhaben, o-der Personen, denen eine solche Einschränkung droht. Die Leistungen der Ein-gliederungshilfe werden nach dem Subsidiaritätsprinzip nachrangig nur dann er-bracht, wenn andere Träger nicht zuständig sind.

Die Anzahl der Personen, die jeweils im Laufe des Jahres Leistungen der Einglie-derungshilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben bezogen haben, betrug im Jahr 2014 noch rund 2.700. Sie ist in den drei Folgejahren jedoch sprunghaft auf 3.800, 4.000 beziehungsweise 3.700 Leistungsbeziehende angestiegen (Tabelle 78). Die

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen in WfbM leistete, fielen quantitativ deutlich stärker ins Gewicht (Abschnitt 5.3.4). Die Höhe der Ausgaben für Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben haben zwischen 2014 und 2017 stark geschwankt. Trotz des Anstiegs der Zahl der Leistungsbeziehenden im Vergleich zum Jahr 2014 gingen die Ausgaben in den Jahren 2015 und 2016 merklich zurück – die Ausgaben pro Fall halbierten sich dadurch von rund 12.000 Euro (2014) auf rund 7.000 Euro (2015, 2016). Im Jahr 2017 stiegen die Ausgaben wieder deutlich auf 35,3 Millionen Euro an (+ 8,4 % im Vergleich zum Jahr 2014). Die Ausgaben pro Fall erhöhten sich erneut auf rund 9.700 Euro, lagen jedoch weiterhin deutlich unter denjenigen im Jahr 2014 (- 20,1 %).

Tabelle 78: Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Anzahl und Anteil in Prozent*

Jahr	Leistungsbezie- hende	Bruttoausgaben (in Millionen Euro)	Ausgaben pro Fall
2014	2.692	32,486	12.068
2015	3.780	26,085	6.901
2016	3.986	27,652	6.937
2017	3.652	35,229	9.646
Veränderung 2014 bis 2017	+ 35,7 %	+ 8,4 %	- 20,1 %

* Die Ausgaben pro Fall beziehen sich auf die Leistungsbeziehenden im Laufe des Jahres

Quelle: Sozialhilfestatistik, Berechnung und Darstellung Prognos

Kriegsopferfürsorge

Die Träger der Kriegsopferfürsorge erbringen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auf Grundlage des Bundesversorgungsgesetzes (BVG). Einen Anspruch auf diese Leistungen haben Kriegsopfer sowie Wehr- und Zivildienstgeschädigte, Impfgeschädigte, Opfer von Gewalttaten und staatlichen Unrechts in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) sowie deren jeweilige Hinterbliebene. Voraussetzung hierfür ist ein Zusammenhang zwischen der anerkannten Schädigung und der bereits eingetretenen oder drohenden beruflichen Betroffenheit.

Zum Jahresende 2016 erhielten insgesamt 22.211 Personen laufende Leistungen der Kriegsopferfürsorge. Davon bezogen 428 Personen (rund 1,9 %) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beziehungsweise ergänzende Leistungen.¹²⁵ Diese Anzahl ist im Vergleich zum Jahresende 2014 (608 Personen; Anteil von 2,1 %) zurückgegangen. Im Jahresverlauf 2016 wurden des Weiteren in 263 Fällen einmalige Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Form von Beihilfen oder Darlehen erbracht, im Jahresverlauf 2014 in 385 Fällen (Statistisches Bundesamt 2015 und 2018).

Jugendhilfe

Die Träger der Jugendhilfe finanzieren im Rahmen der Jugendsozialarbeit sozialpädagogische Hilfen für Jugendliche, die der Förderung ihrer schulischen und beruflichen Ausbildung sowie der Eingliederung in die Arbeitswelt und der sozialen Integration dienen. In diesem Teilhabebericht wurde die berufliche Ausbildung in Teilhabefeld 2 *Bildung und Ausbildung* behandelt. Hier finden sich die entsprechenden Leistungen der Jugendhilfe. Die Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe weisen über die Ausbildung hinausgehende Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht aus.

Beschäftigungsprogramme

Mit der *Initiative Inklusion* stellte die Bundesregierung zwischen 2011 und 2018 gemeinsam mit den Ländern, der BA, den Kammern (Industrie- und Handel, Handwerk), IA und Hauptfürsorgestellen weitere Mittel zur Verfügung, um mehr Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung in reguläre Arbeitsverhältnisse zu vermitteln. Das maximale Fördervolumen betrug insgesamt 140 Millionen Euro. Das Programm förderte die Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben in vier Handlungsfeldern:

- Berufsorientierung schwerbehinderter Schülerinnen und Schüler
- Betriebliche Ausbildung schwerbehinderter Jugendlicher in anerkannten Ausbildungsberufen
- Arbeitsplätze für ältere (über 50-Jährige) arbeitslose oder arbeitssuchende schwerbehinderte Menschen
- Implementierung von Inklusionskompetenz bei Kammern

Weitere Initiativen

¹²⁵ Ausgewiesen werden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen. Eine weitere Differenzierung, die ausschließlich die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ausweist, ist nicht verfügbar.

In Ergänzung zur *Initiative Inklusion* vereinbarte das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) im Oktober 2013 mit den maßgeblichen Arbeitsmarktakteuren (BA, BDA, DIHK, ZDH, DGB, DLT, BIH, DBR, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen) die *Inklusionsinitiative für Ausbildung und Beschäftigung*. Die Initiative zielt mit verschiedenen Maßnahmen und Kampagnen auf eine Ausweitung betrieblicher Ausbildungen und sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung von Menschen mit Beeinträchtigungen.

Im Mittelpunkt der Initiative steht die verstärkte Sensibilisierung von Betrieben und Unternehmen für das Arbeitskräftepotenzial und die Leistungsfähigkeit von Menschen mit Beeinträchtigungen. Einen Schwerpunkt der *Inklusionsinitiative für Ausbildung und Beschäftigung* bildet das Förderprogramm zur intensivierten Eingliederung und Beratung von Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung mit einem finanziellen Volumen von bis zu 80 Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds. Damit sollen Konzepte mit fortschrittlichen und strategisch sinnvollen Ansätzen für eine existenzsichernde und nachhaltige berufliche Integration von Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung gefördert werden, die von den Trägern der Arbeitsvermittlung (SGB II und SGB III) im Rahmen ihrer Zuständigkeiten entwickelt werden.

Im Mai 2016 startete das BMAS in Umsetzung eines Beschlusses des Deutschen Bundestages das Förderprogramm *Inklusionsinitiative II – Alle Im Betrieb* mit einem Fördervolumen von 150 Millionen Euro aus Mitteln des Ausgleichsfonds. Die Mittel werden den IA der Länder zur Verfügung gestellt und dienen der Förderung des Ausbaus zusätzlicher Arbeitsplätze für Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung in Inklusionsbetrieben.

Mit der im April 2019 gestarteten gemeinsamen Initiative von BMAS, BDA, BA und BIH *Einstellung zählt - Arbeitgeber gewinnen* wird in einer weiteren Aktivität gezielt auf die rund 42.000 Arbeitgeber zugegangen, die trotz Beschäftigungspflicht keinen einzigen schwerbehinderten Menschen ausbilden oder beschäftigen. Kernanliegen der Initiative ist, diese Arbeitgeber durch Information und Aufklärung zu überzeugen und sie so für die Beschäftigung von schwerbehinderten Menschen zu gewinnen.

Mit dem Bundesprogramm *Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben - reha-pro* setzt das BMAS den Auftrag aus § 11 SGB IX um, Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation zu fördern. Ziel des Bundesprogramms ist es, mit innovativen Leistungen und innovativen organisatorischen Maßnahmen die Erwerbsfähigkeit der Menschen besser als bisher zu erhalten oder wiederherzustellen. Das Bundesprogramm bietet den Jobcentern und den Rentenversicherungsträgern die Möglichkeit, über einen längeren Zeitraum neue Ansätze zur Unterstützung von

Menschen mit nicht nur vorübergehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erproben. Außerdem soll mit innovativen Konzepten auch die Zusammenarbeit der Akteure im Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation weiter verbessert werden. Wirksamen Modellansätzen sollen dann auf ihre bundesweite Übertragbarkeit und Verstetigung geprüft werden, damit nicht nur die Projektteilnehmenden, sondern alle Betroffenen profitieren. Dadurch soll langfristig auch der Zugang in die Erwerbsminderungsrente und die Eingliederungshilfe beziehungsweise Sozialhilfe nachhaltig gesenkt werden können.

Seit Januar 2018 fördert das BMAS bundesweit rund 500 von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängige ergänzende Beratungsangebote (EUTB®). Die Finanzierung ist als Projektförderung ausgestaltet und bis Ende des Jahres 2022 befristet. Mit dem Gesetz zur Entlastung unterhaltsverpflichteter Angehöriger in der Sozialhilfe und in der Eingliederungshilfe soll die Ausgestaltung und Umsetzung der EUTB® dauerhaft durch einen Zuschuss geregelt werden. Ziel der Beratung ist es, Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen sowie ihre Angehörigen dabei zu unterstützen, ihre Rechte auf Chancengleichheit, Selbstbestimmung, eigenständige Lebensplanung und individuelle Teilhabeleistungen verwirklichen zu können.

Die Teilhabe am Arbeitsleben kann auch durch Einschränkungen der Kommunikation erschwert werden. 4,5 Prozent der Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung waren Ende 2017 blind oder sehbehindert und 4,1 Prozent waren schwerhörig, gehörlos oder hatten Gleichgewichts- oder Sprachstörungen. Die IA fördern die Teilhabe von Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung am Arbeitsleben, indem sie beispielsweise dafür sorgen, dass die Arbeitsplätze von Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung behindertengerecht ausgestattet sind. (BIH 2019)

Statistiken zu den Leistungen für Menschen mit Einschränkungen der Kommunikation liegen nicht vor.

5.5.2 Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Rehabilitationsträger verzeichnen, entsprechend ihrer Förderaufgaben, Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in unterschiedlicher Höhe. Den höchsten Ausgabenanteil hatten die Sozialhilfeträger mit etwa 5,2 Milliarden Euro im Jahr 2018. Diese entfielen fast ausschließlich auf Leistungen in WfbM (Tabelle 79). In den Jahren 2014 bis 2018 stiegen die Ausgaben der Sozialhilfeträger insgesamt um 20,8 Prozent. Auch bei den weiteren Rehabilitationsträgern ist ein Ausgabenanstieg im Zeitverlauf festzustellen, allerdings fiel dieser teils

deutlich geringer aus als bei den Sozialhilfeträgern. Bei der Deutschen gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) kam es dagegen im Betrachtungszeitraum zu einem leichten Rückgang der Ausgaben um 7,1 Prozent. Rückgängig waren auch die Ausgaben der Kriegsofopferfürsorge (-10,9 %).

Tabelle 79: Ausgaben für Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben

Anzahl in Millionen Euro und Veränderung in Prozent*

	2014	2015	2016	2017	2018	Veränderung 2014 bis 2018
BA (ohne zugelassene kommunale Träger)	2.256	2.267	2.337	2.385	2.423	+ 7,4 %
Gesetzliche Rentenversicherung	1.246	1.296	1.331	1.339	1.328	+ 6,6 %
gesetzliche Unfallversicherung	186	188	185	182	173	- 7,1 %
Integrationsämter	427	447	456	481	616	+ 44,3 %
Sozialhilfeträger	4.273	4.432	4.609	4.873	5.161	+ 20,8 %
darunter: in WfbM	4.241	4.406	4.581	4.838	5.118	+ 20,7 %
Kriegsofopferfürsorge*	6,4		5,4		5,7	- 10,9 %

* Daten werden im Zweijahresrhythmus erhoben.

Quellen: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Stand: März 2020), Statistik der Kriegsofopferfürsorge 2018, Berechnung und Darstellung Prognos

Die BA, die Gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung (GUV) sowie die Träger der Kriegsofopferfürsorge erbringen Leistungen im Rahmen des Eingangsverfahrens und im Berufsbildungsbereich der WfbM. Die BA ist dabei der zahlenmäßig bedeutsamste Träger. Im Jahresdurchschnitt 2018 wurden 23.727 Personen gefördert, rund 3,5 Prozent mehr als im Jahr 2014 (BA 2019).

Rentenleistungen für Menschen mit Beeinträchtigungen

Die wichtigsten Einkommensersatzleistungen für Menschen mit Beeinträchtigungen im erwerbsfähigen Alter sind Erwerbsminderungsrenten. Versicherte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, deren Erwerbsfähigkeit aufgrund eines Arbeits-

beziehungsweise Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit länger als 26 Wochen um mindestens 20 Prozent gemindert ist, erhalten im Rahmen der GUV eine Verletztenrente.¹²⁶ Im Jahr 2017 bezogen rund 683.500 Personen Renten für Verletzte und Erkrankte der GUV (Tabelle 80). Im Zeitverlauf ist die Zahl der Leistungsbeziehenden von 2005 bis 2017 kontinuierlich um insgesamt 15 Prozent.

Tabelle 80: Renten der GUV für Verletzte und Erkrankte
Anzahl und Anteil in Prozent

2005	2010	2015	2016	2017	Veränderung 2005 bis 2017
806.707	758.374	704.858	694.841	683.552	- 15 %

Quelle: DGUV (Stand: 19.06.2018), Berechnung und Darstellung Prognos

Personen, denen es aufgrund einer Krankheit oder von Beeinträchtigungen auf längere Zeit nicht möglich ist, täglich mindestens sechs Stunden (teilweise erwerbsgemindert) oder mindestens drei Stunden (voll erwerbsgemindert) auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter üblichen Bedingungen zu arbeiten, haben Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente der Gesetzlichen Rentenversicherung (§ 43 SGB VI).¹²⁷ Seit dem 01. Juli 2017 gilt statt der monatlichen eine kalenderjährliche Hinzuverdienstgrenze.

Die Altersrente für Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung können Personen erhalten, die bei Beginn der Rente anerkannt schwerbehindert sind und die Mindestversicherungszeit (Wartezeit) von 35 Jahren erfüllen. Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung, die diese besonderen Voraussetzungen nicht erfüllen, erhalten die Regelaltersrente, sofern sie die Mindestversicherungszeit von fünf Jahren erfüllen.

Der Bestand an Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit lag im Jahr 2018 bei rund 1,82 Millionen und ist seit 2014 um 4 Prozent gestiegen (Tabelle 81). Männer und Frauen erhalten auf ähnlichem Niveau Erwerbsminderungsrente. Der Bestand an Altersrenten für Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung lag im Jahr 2018 bei 1,83 Millionen und ist damit seit 2014 um 1 Prozent gestiegen.

¹²⁶ Eine Ausnahme gilt bei Versicherungsfällen ab dem 01. Januar 2008 bei landwirtschaftlichen Unternehmerinnen und Unternehmern, deren Ehegatten und Familienangehörigen. Hier ist eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von wenigstens 30 % Voraussetzung für einen Rentenanspruch an die gesetzliche Unfallversicherung.

¹²⁷ Die Erwerbsminderungsrente ist in der Regel zeitlich befristet. Allerdings weisen Studien darauf hin, dass nur einem kleinen Anteil der Beziehenden eine Rückkehr in das Erwerbsleben gelingt (Abschnitt 5.2.1).

60 Prozent der Bezieher von Altersrenten für Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung sind Männer. Allerdings hat dieser geschlechtsspezifische Unterschied im Vergleichszeitraum kontinuierlich abgenommen.

Tabelle 81: Erwerbsminderungsrente und Altersrente nach Geschlecht
Anzahl in Tausend*

	Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit			Altersrente für Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung		
	Insgesamt	Männer-anteil	Frauen-anteil	Insgesamt	Männer-anteil	Frauen-anteil
2014	1.755	50 %	50 %	1.819	64 %	36 %
2015	1.787	49 %	51 %	1.830	63 %	37 %
2016	1.813	49 %	51 %	1.837	62 %	38 %
2017	1.824	48 %	52 %	1.837	61 %	39 %
2018	1.824	48 %	52 %	1.835	60 %	40 %
Veränderung 2014 bis 2018	+ 4 %	- 0,5 %	+ 8 %	+ 1 %	- 5 %	+ 12 %

* nicht gerundet, Regelaltersrente nicht abgebildet

Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund 2019, Berechnung und Darstellung Prognos

5.6 Entwicklung der Teilhabe im Bereich der Erwerbstätigkeit und der materiellen Lebenssituation

Um eine Gesamteinschätzung der Entwicklungen der Teilhabe im Bereich Erwerbsarbeit und materielle Lebenssituation vorzunehmen, werden mit Bezug auf die in diesem Kapitel vorgestellten Ergebnisse vier Fragestellungen beantwortet:

1. Menschen mit Beeinträchtigungen sollen einer Erwerbsarbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen können, die ihren Qualifikationen, Fähigkeiten und Neigungen entspricht. Finden sich in den dargestellten Indikatoren Hinweise darauf, dass Beeinträchtigungen eine gleichberechtigte Teilhabe an der Erwerbsarbeit erschweren?

Die Erwerbsbeteiligung von Menschen mit Beeinträchtigungen ist erheblich geringer als diejenige von Menschen ohne Beeinträchtigungen. Zwar steigt sie in den zurückliegenden Jahren, doch der Unterschied zwischen den beiden Gruppen

bleibt in etwa konstant. Insgesamt verbessert sich also die Arbeitsmarktintegration von Menschen mit Beeinträchtigungen, es ändert sich jedoch nichts an der relativen Benachteiligung, die im Zusammenhang mit Beeinträchtigungen besteht. Die Teilgruppen der chronisch kranken Menschen mit Beeinträchtigungen und der Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung weisen eine besonders niedrige Erwerbsbeteiligung auf.

Die geringere Zufriedenheit von Menschen mit Beeinträchtigungen mit ihrer Arbeit besteht seit vielen Jahren, eine Annäherung an die Zufriedenheitswerte von Menschen ohne Beeinträchtigungen ist nicht festzustellen. Auf beeinträchtigungsbedingte Benachteiligungen weisen auch die höheren Anteile der Menschen mit Beeinträchtigungen in sogenannten atypischen Beschäftigungsverhältnissen¹²⁸ hin, mit denen Nachteile wie ein geringes monatliches Einkommen oder größere Arbeitsplatzunsicherheit verbunden sein können. Positiv dagegen ist die kontinuierlich zunehmende Anzahl von Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung oder diesen gleichgestellten Menschen mit einer anerkannten Behinderung zu werten, die im Rahmen des Anzeigeverfahrens des SGB IX von Arbeitgebern als beschäftigt gemeldet werden. (Abschnitt 5.1)

In vergleichbarer Weise stellt sich die Situation bei der Arbeitslosigkeit dar. Immer weniger Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung sind arbeitslos, deren Arbeitslosenquoten gehen kontinuierlich zurück. Aber auch hier bleibt der Unterschied zu den allgemeinen Arbeitslosenquoten in den letzten Jahren unverändert. Die statistisch im Zusammenhang mit einer Schwerbehinderung stehende Benachteiligung wurde trotz einer allgemein verbesserten Arbeitsmarktlage nicht abgebaut. Zudem zeigen vorläufige Auswertungen auf Basis der neuen Teilhabebefragung, dass die Arbeitslosenquote, ermittelt über die Selbstauskunft von befragten Personen, bei Menschen mit Behinderungen (das heißt: mit Beeinträchtigungen und dadurch verursachten Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten) um ein Mehrfaches höher liegt als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen. (Abschnitt 5.2)

Verbesserungen für Menschen mit Beeinträchtigungen bei der Erwerbsbeteiligung sind also in erster Linie auf die allgemeine Entwicklung des Arbeitsmarktes zurückzuführen. Gleichbleibend hoch ist hingegen seit Jahren der Anteil der anerkannten Arbeitgeber, die ihrer Beschäftigungspflicht nicht einmal anteilig nachkommen. Beeinträchtigungsbedingte Nachteile bestehen ebenfalls in auffälliger Konstanz fort.

¹²⁸ Zu den atypischen Beschäftigungsformen werden nach dem Statistischen Bundesamt – in Abgrenzung vom Normalarbeitsverhältnis – Teilzeitbeschäftigungen mit 20 oder weniger Arbeitsstunden pro Woche, geringfügige Beschäftigungen, befristete Beschäftigungen sowie Zeitarbeitsverhältnisse gezählt.

2. Verschiedene Angebote und Maßnahmen sollen Menschen mit Beeinträchtigungen bei der Teilhabe am Arbeitsleben unterstützen. In welchem Maß werden sie dem Anspruch gerecht, eine größtmögliche Nähe für Menschen mit Beeinträchtigungen zum allgemeinen Arbeitsmarkt zu erreichen?

In vier von sechs Bereichen, in denen IA Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben finanzieren, sind in den letzten Jahren deutliche Ausgabensteigerungen zu verzeichnen. Diese Entwicklung kann als ein Hinweis darauf gewertet werden, dass Arbeitgeber vermehrt bereit sind, auch Menschen mit stärkeren Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit zu beschäftigen, wenn sie dabei in geeigneter Form unterstützt werden.

Integrationsbetriebe ermöglichen solchen Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, denen sie unter den Arbeitsbedingungen regulärer Betriebe verwehrt bliebe. Auch hier ist eine sehr dynamische Entwicklung bei der Zahl der Firmen und insbesondere bei den Beschäftigtenzahlen festzustellen. Vor dem Hintergrund, dass den Beschäftigten als Alternative oft nur eine WfbM beziehungsweise ein anderer Leistungsanbieter oder die Erwerbslosigkeit bleiben würde, handelt es sich um einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen am Arbeitsleben. Aufgrund der in Relation zur Gesamtzahl der Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung sehr geringen Anzahl an Beschäftigten mit anerkannter Schwerbehinderung ist dieser Beitrag der Integrationsfirmen allerdings in quantitativer Hinsicht zu relativieren.

Im Vergleich weisen WfbM um ein Mehrfaches höhere Beschäftigtenzahlen als Integrationsfirmen auf und auch diese nehmen weiter zu. Das signalisiert deutlich die Schwierigkeiten, die immer mehr Menschen haben, einer Erwerbsarbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachzugehen. Die Ursachen hierfür können mittels amtlicher Statistiken beziehungsweise der für diesen Bericht genutzten bevölkerungsrepräsentativen Erhebungen nicht eindeutig beantwortet werden. Jedoch wird eine Zunahme der Zahl der Menschen mit Beeinträchtigungen als Ursache durch die in Abschnitt 5.1 vorgestellten Zahlen der Menschen mit Beeinträchtigungen im erwerbsfähigen Alter nicht gestützt. Näherliegend ist daher, dass die Aufnahmefähigkeit des Arbeitsmarktes von Menschen mit verschiedenen Beeinträchtigungen schlechter wird. Das Budget für Arbeit, das gezielt den Übergang von Beschäftigten der WfbM auf den allgemeinen Arbeitsmarkt fördern soll, setzt daher an einem zentralen Handlungsbedarf an (Abschnitt 5.3).

3. Sind Menschen mit Beeinträchtigungen materiell schlechter gestellt als Menschen ohne Beeinträchtigungen? Wenn ja, welche relevanten Benachteiligungen zeigen die Indikatoren auf?

Die materielle Lebenssituation gibt Auskunft über den sozialen Status eines Menschen und ist von entscheidender Bedeutung für seine Selbstständigkeit und Teilhabechancen. Menschen mit Beeinträchtigungen stehen bei verschiedenen Indikatoren der materiellen Situation als Gesamtgruppe schlechter da als Menschen ohne Beeinträchtigungen: Sie können wesentlich seltener ihren Lebensunterhalt überwiegend aus dem eigenen Erwerbseinkommen bestreiten, haben ein niedrigeres Nettoäquivalenzeinkommen, beziehen deutlich häufiger Leistungen der Grundsicherung und haben weniger Vermögen. Zusammengenommen zeigen diese Indikatoren, dass Menschen mit Beeinträchtigungen sich in materieller Hinsicht in einer benachteiligenden Situation befinden. In der geringeren Zufriedenheit von Menschen mit Beeinträchtigungen mit der eigenen materiellen Lebenssituation und den größeren Sorgen um die eigene wirtschaftliche Situation finden diese objektiven Ergebnisse ihr Spiegelbild in der subjektiven Wahrnehmung. Im Zeitverlauf sind keine grundlegenden Änderungen in dieser Hinsicht festzustellen.

Ein etwas differenzierteres Bild zeigt sich, wenn Teilgruppen betrachtet werden. So haben ältere Menschen mit Beeinträchtigungen ein höheres Vermögen und ein geringeres Armutsrisiko, umgekehrt verfügen Menschen im jüngeren Erwachsenenalter über ein unterdurchschnittliches Vermögen und ein überdurchschnittliches Armutsrisiko unter den Menschen mit Beeinträchtigungen.

Besonderen materiellen Risiken ist auch die Teilgruppe der chronisch kranken Menschen mit Beeinträchtigungen ausgesetzt (Abschnitt 5.4).

4. Besondere Aufmerksamkeit ist Personen mit mehrfachen Benachteiligungen (Intersektionalität) zu widmen. Welche Personengruppen lassen sich im Kontext von Erwerbsarbeit und materieller Situation als besonders vulnerabel identifizieren?

Der Vergleich der Gesamtgruppen von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen hinsichtlich der Art ihrer Erwerbsarbeitsbeteiligung und ihrer materiellen Lebenssituation gibt zwar über mögliche generelle Benachteiligungen von Menschen mit Beeinträchtigungen Auskunft, er überdeckt jedoch bestehende Unterschiede innerhalb dieser beiden Gruppen. Teilgruppen, bei denen sich mehrere Benachteiligungen gegenseitig verstärken, geraten so nicht in das Blickfeld. Aber gerade diese Gruppen bedürfen der Unterstützung und des Schutzes vor Lebensrisiken.

Die für dieses Kapitel regelmäßig durchgeführten Auswertungen für verschiedene Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen geben eindeutige Hinweise auf Gruppen mit Mehrfachbenachteiligungen. Hinsichtlich der Erwerbsbeteiligung sind hier Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung und einem GdB von 90 oder 100 anzuführen, bei denen die Nichterwerbspersonen einen besonders großen Anteil ausmachen. Gleiches gilt für Frauen mit Beeinträchtigungen und Menschen mit Beeinträchtigungen und einem Migrationshintergrund. Frauen mit Beeinträchtigungen weisen als Gruppe auch in weiteren Bereichen Nachteile auf, beispielsweise befinden sie sich häufiger in atypischen Beschäftigungsverhältnissen. (Abschnitt 5.1)

In den Bereichen Einkommen und Vermögen gelingt es Frauen mit Beeinträchtigungen seltener, ihren Lebensunterhalt überwiegend aus dem eigenen Einkommen zu bestreiten. Jüngere Erwachsene mit Beeinträchtigungen haben häufiger ein Armutsrisiko und ein geringeres Vermögen. Menschen mit Beeinträchtigungen und einem Migrationshintergrund haben häufig keine Möglichkeit zu sparen. (Abschnitt 5.4)

5.7 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Erwerbstätigkeit und materielle Lebenssituation

Fortschritte und fortdauernde Defizite der Berichterstattung zur Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen am Erwerbsleben und zu ihrer materiellen Situation im Überblick

Das vorliegende Kapitel 5 des dritten Teilhabeberichtes ist ein weiterer Schritt auf dem Weg zu einem auf differenzierter spezifischer Datenlage beruhenden Bericht. Es geht um die Aufgabe sich mit den Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung in vielen Dimensionen und Aspekten im Zusammenhang mit Erwerbstätigkeit auseinanderzusetzen. Die Aussagen basieren – wie bereits zu den beiden vorherigen Berichten kritisch angemerkt – weitgehend auf den Sekundärauswertungen vorhandener statistischer Berichtssysteme. Allerdings erlaubt die Bildung von Zeitreihen¹²⁹ durch die Einbeziehung von Vergleichsdaten aus den beiden vorhergehenden Teilhabeberichten an vielen Stellen begründete Aussagen zu Entwicklungstendenzen.

Eine wesentliche Innovation im dritten Teilhabebericht stellt die Nutzung vorläufiger Ergebnisse der neuen repräsentativen Teilhabebefragung von Menschen mit Beeinträchtigungen in Privathaushalten dar. Seit dem Jahr 2017 wird diese im

¹²⁹ Leider ist auch im dritten Teilhabebericht kaum Gelegenheit gegeben, längere Zeitreihen mit Angaben zu mehr als drei Zeitpunkten/Zeiträumen zu betrachten. Angaben aus 2005 wurden i.d.R. nicht mehr berücksichtigt.

Auftrag des BMAS durchgeführt und fließt in ausgewählten Bestandteilen bereits in diesen Teilhabebericht ein. Diese Ergebnisse weisen gerade im Bereich der Erwerbstätigkeit den Weg zu einer viel intensiveren und vielversprechenden Beschäftigung mit den Lebenslagen und Entwicklungsmöglichkeiten von Menschen mit Beeinträchtigungen. Zukünftige Teilhabeberichte werden die vollständigen Befragungsergebnisse zur Grundlage haben und nutzen können. Die in vorliegendem Bericht genutzten ersten vorläufigen Befragungsergebnisse des Abschnittes 5.2.3 werden in diesem Kommentar genauer betrachtet.

Einordnungen einzelner aktueller Aspekte zur Teilhabe am Arbeitsleben

Neben der zuvor dargestellten Gesamtschau auf die Ergebnisse zum Erwerbsleben werden im Folgenden die aktuellen Ergebnisse insbesondere an einzelnen Beispielen hinsichtlich ihrer Relevanz für Forschung, Gesellschaft und Politik aus wissenschaftlicher Perspektive eingeordnet.

Arbeitsformen und Qualität der Arbeit

Nach wie vor gilt, was bereits zu den ersten beiden Teilhabeberichten kritisch angemerkt worden ist und als Thema zukünftiger Forschung herausgestellt werden kann: Der ausschließliche Blick auf Erwerbsarbeit verengt den Untersuchungsgegenstand, denn andere individuell wichtige, gesellschaftlich bedeutsame und sinnstiftende Tätigkeiten wie Kindererziehung, Pflegeleistungen und andere mehr bleiben auch im Kapitel „Erwerbsarbeit und materielle Situation“ des dritten Teilhabeberichts weitgehend außer Betracht. Arbeitsformen wie Ehrenamt und Familienarbeit werden im Rahmen anderer Berichtsteile behandelt.

Eine weitere Forderung an Forschung, Gesellschaft und Politik ist, dass die Teilhabe an „qualitativ hochwertiger Arbeit“ und das Ausmaß zu untersuchen und zu fördern ist, in dem Menschen mit Beeinträchtigungen prekärer Beschäftigung, also unterwertiger Arbeit bezogen auf die bestehende Qualifikation, ungewollter Teilzeit oder Befristung, zu geringer Bezahlung oder Fehlleitungen durch nicht notwendige Sonderwelten, z. B. in WfbM-Beschäftigung ausgesetzt sind.

Die Notwendigkeit, dass ein Teilhabebericht auch die Qualität der Beteiligung am Erwerbsleben über die Einschätzung der Arbeitsbedingungen und der Arbeitszufriedenheit widerspiegelt, wird deutlich über Forschungsarbeiten zum Zusammenhang von Arbeitsbedingungen mit Verbleib oder frühzeitigem Ausscheiden aus dem Arbeitsleben. Beispielsweise die vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) in Kooperation mit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) durchgeführte BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung (Lück et al.

2019) gibt hier vielfältige Einblicke über mehrere Befragungswellen zu Arbeitsbelastungen, Digitalisierung, Weiterbildungsbedarfen und so weiter, die mit dem Teilhabebericht verknüpft werden sollten. Insbesondere Arbeitsbedingungen mit psychischen Belastungsfaktoren sind relevant, da die Zahl der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen wächst und einen großen Anteil unter den Erwerbsminderungsrenten ausmacht (BAuA 2017). Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind von Stigmatisierung besonders bedroht und stehen daher im Berufsleben unter anderem vor den Herausforderungen, sich zu offenbaren und einen Unterstützungsbedarf kundzutun. Der Umgang stellt für viele Akteurinnen und Akteure im Betrieb noch eine Überforderung dar (Niehaus / Vater 2014; Hesse et al. 2019). Es sind also frühzeitige und niedrigschwellige Angebote notwendig.

Erschreckend ist der Befund, dass von 453 Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentnern, die über einen Zeitraum von 17 Monaten nachbefragt wurden, nur 4 Personen (weniger als 1 %) in die Erwerbstätigkeit zurückkehrten und 7 (knapp 2 %) in Arbeitslosigkeit wechselten (Lippke et al. 2020). Während 95 Prozent der Studienteilnehmenden weiterhin in Erwerbsminderungsrente blieben, schieden die übrigen 4 Prozent aus der Erwerbsteilnahme aus. Die Mehrheit der Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner war jedoch hochmotiviert zur Erwerbsteilnahme. Alarmierend war, dass mit längerer Dauer in Erwerbsminderungsrente diese Motivation abnahm (Lippke et al. 2020). Hingegen erreichen 84 Prozent der Personen, denen von den Trägern der Rentenversicherung medizinische Reha-Leistungen bewilligt werden, binnen 24 Monaten wieder die dauerhafte Erwerbsfähigkeit (Deutscher Bundestag 2018: 12 f.). Die Stärkung des Grundsatzes „Reha vor Rente“ kann demnach gar nicht hoch genug betont werden.

Neben den Forschungsaktivitäten der BAuA zeigen punktuelle Studien, wie z. B. die Sonderauswertung der Verdi-Repräsentativumfrage 2014 des DGB-Indexes *Gute Arbeit*, dass Beschäftigte mit Behinderung den Sinn ihrer Arbeit positiv und die Qualität ihrer Arbeitsbedingungen eher im unteren Mittelfeld bewerten, was im Zusammenhang steht mit der negativen Einschätzung der Einkommenslage und Arbeitsintensität. Die Hälfte der Befragten geht davon aus, dass sie unter den gegebenen Arbeitsbedingungen nicht bis zur Rente durchhalten können (ver.di 2014).

Beschäftigungspflicht und Beschäftigungssicherung

Die Erwerbsbeteiligung von Menschen mit Beeinträchtigungen wird über Eigenangaben Befragter im Mikrozensus, über das SOEP und durch amtliche Statistiken der Bundesagentur für Arbeit ermittelt. Dabei folgt, wie in den gesamten Ausführ-

rungen des Teilhabeberichtes deutlich wird, sowohl die Eingrenzung und Definition der Gruppe von Menschen mit Beeinträchtigungen als auch die Definition des Tatbestandes der Erwerbsbeteiligung unterschiedlichen Ein- und Ausschlusskriterien. Insofern ist bei der Einordnung und Bewertung der Größenordnungen und zahlengestützten Vergleichen immer das jeweilige Bezugssystem zu berücksichtigen. Im Abschnitt 5.1.5 beispielsweise geben die amtlichen Statistiken der Bundesagentur für Arbeit im Rahmen des Anzeigeverfahrens des SGB IX die Anzahl der Beschäftigten mit einer amtlich anerkannten Schwerbehinderung einschließlich ihnen gleichgestellter oder sonstiger anrechnungsfähiger Personen an: Im Jahr 2017 waren es 1,1 Millionen bei Arbeitgebern mit mindestens 20 Arbeitsplätzen und zusätzlich noch circa 168.000 weitere Beschäftigte bei Arbeitgebern mit weniger als 20 Arbeitsplätzen (laut Erhebung 2015). Das entspricht 6,5 Prozent der besetzten Pflichtarbeitsplätze öffentlicher Arbeitgeber und 4,1 Prozent privater Arbeitgeber (BIH 2019: 16). Rund 70 Prozent der mit schwerbehinderten Beschäftigten besetzten Pflichtplätze sind in der Privatwirtschaft. Diese offiziellen Statistiken verdeutlichen zwar einen Unterschied der Beschäftigungsanzahl und Beschäftigungsbereitschaft bei öffentlichen und privaten Arbeitgebern von Menschen mit einer amtlich anerkannten Schwerbehinderung, spiegeln aber nicht die Beschäftigungssituation von beeinträchtigten Menschen mit einer nicht amtlich anerkannten Behinderung und deren Problemlagen wider. Bei privaten Arbeitgebern wird insbesondere vor dem Hintergrund des demographischen Wandels eine deutliche Erhöhung des Anteils sogenannter „Leistungsgewandelter / Leistungsbeeinträchtigter“ in der Belegschaft festgestellt. Die Beschäftigungssicherung dieser Personengruppe stellt vielfach aufgrund der fehlenden Möglichkeiten, auf die gesetzlich geregelten Nachteilsausgleiche für schwerbehinderte Beschäftigte zurückzugreifen, eine besondere Herausforderung dar. Auf diese in der Praxis bedeutsame Problemlage wird schon seit Jahrzehnten hingewiesen (Schmal et al. 2001).

Im Teilhabebericht wird an dieser Stelle im Abschnitt 5.1.5 nicht deutlich, dass hier keine Aussagen über die Neueinstellung von Menschen mit Beeinträchtigungen beziehungsweise Personalrekrutierungen möglich sind. Vielfach ist die Beschäftigungssituation einer „internen Rekrutierung“ (vorhandenes Personal mit amtlich anerkannter Schwerbehinderung) geschuldet und ist nicht auf Neueinstellungen von (schwer)behinderten Personen zurückzuführen. Zu benennen ist in diesem Zusammenhang, dass eine Vielzahl von Arbeitgebern der gesetzlichen Verpflichtung zur Beschäftigung nicht nachkommt oder überhaupt keinen Menschen mit Schwerbehinderung eingestellt hat. Von 168.693 beschäftigungspflichtigen Arbeitgebern 2018 haben 42.998 keinen einzigen solchen Arbeitsplatz besetzt (Rehadat 2019).

Inklusionsbeauftragte des Arbeitgebers und Schwerbehindertenvertretung

Zur Neueinstellung und zur Sicherung der Beschäftigung von Menschen mit Schwerbehinderung sieht der Gesetzgeber bei privaten wie auch öffentlichen Arbeitgebern eine Unterstützung durch die Schwerbehindertenvertretung als einen spezifischen betrieblichen Akteur vor. Der Wirkradius der Schwerbehindertenvertretung basiert auf einer gesetzlich verankerten Tradition von nunmehr 100 Jahren. Es gibt keine amtlichen Statistiken zur Anzahl der Schwerbehindertenvertretungen. Niehaus et al. (2019) haben über eine bundesweite Erhebung den aktuellen Stellenwert der Schwerbehindertenvertretungen als Motor der Inklusion erforscht. Deutlich wird, dass die Wahrnehmung der zentralen Grundsätze der UN-BRK, nämlich Inklusion, Selbstbestimmung und Teilhabe, in Unternehmen und im öffentlichen Dienst von Schwerbehindertenvertretungen (SBV) und deren Stellvertretungen entscheidend begleitet wird. Die SBV übernimmt in der betrieblichen Inklusion durch umfangreiche sozialrechtliche Kenntnisse, durch eine Funktion als vertrauensvolle Ansprechperson für Beschäftigte sowie durch eine proaktive Anbahnung betrieblicher Maßnahmen eine wichtige Rolle (Heide / Niehaus 2019). Gerade diese Ressource ist im Teilhabebericht ebenso wenig erwähnt wie die Unterstützungskräfte durch den im SGB IX gesetzlich verankerten Akteur des Inklusionsbeauftragten des Arbeitgebers. Schwerbehindertenvertretungen und Inklusionsbeauftragte können eine treibende Rolle übernehmen, die insbesondere durch die Unterstützung des Topmanagements Wirkung zeigt, wenn es beispielsweise um die Schaffung eines barrierefreien Arbeitsumfeldes beziehungsweise Arbeitsplatzes geht (wie entsprechende Erfahrungen in der vom BMAS in Auftrag gegebenen Studie der DGUV 2020 ausführen).

Auch das Ausmaß an Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen ist im Vergleich weiterhin untragbar hoch. Über die Arbeitslosigkeit der übrigen Gruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen kann bislang keine Aussage gemacht werden, denn sie werden statistisch nicht abgegrenzt.

Dies erfordert angesichts der Norm des Artikels 27 UN-BRK dringend weitere Untersuchungen.¹³⁰ Dies gilt sowohl hinsichtlich der Betroffenheit (des Umfangs und der Häufigkeit), in denen schwerbehinderte unter den beeinträchtigten Menschen arbeitslos werden als auch der Länge der Zeit, die sie unfreiwillig in diesem Zustand verbringen müssen. Das Ausmaß von unfreiwilliger zeitweiliger Ausgliederung aus der Erwerbstätigkeit, dem Menschen mit Behinderung ausgesetzt sind,

¹³⁰ Hierzu äußert sich der wissenschaftliche Beirat auch im Kommentar zum Kapitel Erwerbstätigkeit und materielle Lebenssituation.

ist insbesondere nicht hinnehmbar, soweit und solange es die durchschnittliche Belastung der Allgemeinheit mit Arbeitslosigkeit deutlich übersteigt.

Bedeutsam und dringend differenzierter zu untersuchen ist das hohe Ausmaß der dauerhaften Nichtbeteiligung beeinträchtigter Menschen am Erwerbsleben. Diese lässt sich analytisch unterteilen in drei Personengruppen: diejenigen, die freiwillig aus individuellen Motiven kein Arbeitsangebot abgeben, diejenigen, die – freiwillig aus Gründen von Beeinträchtigungen oder mangels einer Beschäftigungsalternative – verrentet sind und diejenigen, die man als „Stille Reserve“ des Arbeitsmarktes bezeichnet. Die Letztgenannten sind relativ leicht aktivierbar, weil sie potenziell ein Arbeitsangebot abgeben und es lediglich an für sie geeigneten und annehmbaren Rahmenbedingungen mangelt.

Ausmaß der Arbeitslosigkeit und Nichterwerbstätigkeit

Unter Beachtung der Zielperspektive der gleichen Rechte von Menschen mit Behinderung auf Arbeit im Artikel 27 UN-BRK bleibt die vergleichsweise geringe Beteiligung am Erwerbsleben und das Ausmaß, in dem beeinträchtigte Menschen dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausgegliedert sind, besorgniserregend. Der Blick auf die Erwerbsbeteiligung zeigt zwar von Bericht zu Bericht geringe Zuwächse, aber weiterhin keineswegs einen zufriedenstellenden Zustand.

Das hohe Ausmaß an Arbeitslosigkeit sowie insbesondere der Nichtbeteiligung am Erwerbsleben kennzeichnen hohe Zugangshürden. Weiterhin besteht ein hoher Marktwiderstand, also eine zu geringe Bereitschaft und Selbstverständlichkeit, passgenaue berufliche Möglichkeiten für beeinträchtigte Menschen herzustellen und anzubieten. Dies zwingt zur Bewertung von nachhaltiger Diskriminierung und Exklusion im Arbeitsleben und dazu, von einem erheblichen Ausmaß dieses Befundes zu sprechen. Die bisherige Berichterstattung dient nur eingeschränkt einer entsprechenden differenzierten Durchleuchtung und Wegweisung für die dringenden Handlungsnotwendigkeiten. Hier zeigt sich gegenüber den kritischen Anmerkungen in den vorhergehenden Teilhabeberichten keine wesentliche Verbesserung. Die Statistiken der Bundesagentur für Arbeit über die Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen differenzieren nicht nach Art und Intensität der Beeinträchtigungen der betrachteten arbeitslosen Personen. Menschen mit einem Grad der Behinderung von 50 bis zu einem Grad der Behinderung von 100 werden vielmehr insgesamt als ein einheitlicher Block dargestellt. Mangels differenzierterer Daten kann auch der Teilhabebericht lediglich die BA-Daten wiedergeben.

Einen prägnanten Eindruck von tatsächlichen Unterschieden in den Chancen zur Teilhabe an Arbeit und Beruf vermittelt die von der BA in Auftrag gegebene und

2004 erschienene Studie *Arbeitslosigkeit und Integrationschancen schwerbehinderter Menschen*. Da zu diesen Fragen bis heute keine nach Art der Beeinträchtigung differenzierten statistischen Angaben zur Verfügung stehen, ist es ein Verdienst dieser Studie, die Aufmerksamkeit auf Sachverhalte gerichtet zu haben, zu denen aktuell noch stets weiterer Forschungsbedarf besteht.

Sie verdeutlicht die großen Unterschiede hinsichtlich der Bereitschaft von Firmen und Verwaltungen, Menschen mit verschiedenen Beeinträchtigungsformen einzustellen und zu beschäftigen. Die Bereitschaft differiert, z. B. nach Branchen und Betriebsgrößen und danach, ob die Einstellenden bereits Erfahrungen mit der Beschäftigung schwerbehinderter Menschen besitzen. Auch die Erwartung von Zuschüssen und Subventionen spielt eine große Rolle. Deutlich werden Diskriminierungen (sogenannte Creamingprozesse) behinderter gegenüber nicht behinderten Bewerberinnen und Bewerbern. Aber auch bei der Arbeitssuche, Arbeitsvermittlung und der Personalauswahl werden solche Prozesse zugunsten „leichter“ behinderter Personen und zuungunsten schwerwiegender behinderter Menschen deutlich. Diese Studie ist im Kommentar des wissenschaftlichen Beirates zum zweiten Teilhabebericht (BMAS 2016: 250 ff.) referiert worden. Um diese Tendenzen zu beseitigen oder zumindest zu mildern, muss die Beratung, Betreuung, Vermittlung und Förderung der Bewerberinnen und Bewerber umso intensiver sein, je schwieriger sich für sie der Arbeitsmarkt darstellt. Diesem Problemfeld muss im Interesse fairer beruflicher Inklusion dringend Forschungsaktivität entgegengebracht werden.

Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik

Ziel der Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik für beeinträchtigte Menschen entsprechend Artikel 27 UN-BRK ist die Nichtdiskriminierung in quantitativer und qualitativer Hinsicht. Nichtdiskriminierung bedeutet hier nicht nur die Beseitigung von Hindernissen gegenüber der Arbeitsaufnahme oder gegenüber der beruflichen Weiterbildung oder der Sicherung eines Arbeitsplatzes. Als notwendiger Bestandteil zählt dazu ebenfalls die Gestaltung von vorausschauenden Vorkehrungen für die berufliche Teilhabe beeinträchtigter Menschen (Barrierefreiheit, Zugänglichkeit, Nutzbarkeit, z. B. der gestalteten Umwelt für körperbehinderte, Sprachunterstützungssysteme für Hörbeeinträchtigte und des Internets für blinde Personen).

Untersuchungen nach Art und Intensität der Beeinträchtigungen, ihrer Auswirkungen auf die Teilhabe in den Bereichen Arbeit und Beruf und – nicht zuletzt – Untersuchungen der Bildung und Einsatzmöglichkeiten zielgerichteter arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen und ihrer Wirkung, sind zu fordern.

Wünschenswert wäre es für einen zukünftigen Teilhabebericht, wenn die in Abschnitt 5.5 wiedergegebenen Leistungen der Leistungsträger mit Hilfe der vom BMAS und den Sozialversicherungsträgern in Auftrag gegebenen Evaluationen eingeordnet und hinsichtlich der Wirkungen, Zielgenauigkeit und Zielerreichung diskutiert würden (z. B. Projekt *Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben* (LTA) Forschungsberichte des BMAS).

Aktuelle Pandemiebedingungen

Die Integrationsämter/Inklusionsämter verlautbaren 2020 (ZB Nachrichten: 4): „Es mehren sich bereits die Zeichen, dass es auch für schwerbehinderte Menschen einen Stellenabbau geben könnte. Erste Anträge von Arbeitgebern auf Zustimmung zur Kündigung aus betriebsbedingten Gründen infolge von Corona wurden bei den Integrationsämtern bereits gestellt“. Auch Inklusionsbetriebe sind unter Pandemiebedingungen in ökonomische Bedrängnis geraten. Inklusionsbetriebe werden als eine Brücke zwischen Werkstätten für behinderte Menschen und erstem Arbeitsmarkt dargestellt. Sie bieten schwerbehinderten Menschen Beschäftigung, Betreuung und Weiterbildung als rechtlich und wirtschaftlich selbständige Unternehmen auf dem ersten Arbeitsmarkt an. Neben diesen befürchteten negativen Auswirkungen auf die Beschäftigungssituation von Menschen mit Schwerbehinderung weist der Informationsdienst des Instituts der deutschen Wirtschaft (30.4.2020) auf Chancen der Beschäftigung im ersten Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderung hin, die sich mit der beschleunigten Digitalisierung in Folge der Pandemie erhöhen können.

Erste Eindrücke eines erwartbaren Quantensprungs in der künftigen Teilhabeberichterstattung

Einen ersten Eindruck in die zukünftigen Möglichkeiten der Teilhabeberichterstattung erlaubt der Abschnitt 5.2.3 des vorliegenden Berichts

„Erster Einblick in den Teilhabesurvey: Besonderheiten der Nichterwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit von Menschen mit Beeinträchtigungen“ in Privathaushalten.

Dieser Abschnitt konzentriert sich auf folgende Fragestellungen

- Wie setzt sich die Gruppe der Nichterwerbspersonen unter den Menschen mit Beeinträchtigungen (ohne beziehungsweise mit Behinderung) zusammen?
- Welche Unterschiede in der Arbeitslosigkeit können zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen sowie zwischen den Teilgruppen der Menschen mit Beeinträchtigungen (ohne beziehungsweise mit Behinderung) festgestellt werden?

Zur ersten Frage:

Die Darstellung der Anteile der Menschen im erwerbsfähigen Alter (18 bis 64 Jahre) nach Erwerbsbeteiligung nach Angaben des Mikrozensus (Tabelle 50) weist unter anderem aus: Der in den acht Jahren seit 2009 um fünf Prozentpunkte steigende Anteil der Erwerbstätigen unter den Menschen mit Beeinträchtigungen von 48 auf 53 Prozent wurde zu mehr als der Hälfte durch den Rückgang der Nichterwerbstätigkeit gespeist. Sie verminderte sich von 47 auf 44 Prozent. Im Vergleich zu Menschen ohne Beeinträchtigungen - 16 Prozent - verbleibt jedoch die Nichterwerbstätigkeit nach wie vor auf einem bedenklich hohen Niveau.

Der vorliegende Bericht bemüht sich, mehr Licht ins Dunkel zu bringen durch differenziertere Angaben zu Gründen und Ursachen der hohen Nichterwerbstätigkeit unter Menschen mit Beeinträchtigungen.

Herausgearbeitet wird die unterschiedliche Betroffenheit der Teilgruppen beeinträchtigter Menschen mit und ohne Behinderung im Sinne der ICF sowie nicht beeinträchtigter Menschen. Zusätzlich differenziert sie nach den verschiedenen Arten von hauptsächlichen Beeinträchtigungen und – zumindest angedeutet – nach dem Zusammenhang zwischen dem Alter der Personen, in dem die behindernde Beeinträchtigung eintrat und dem Ausmaß des Austritts aus dem Erwerbsleben.

Die Angaben nach dem Mikrozensus und die nach der Teilhabebefragung weisen verschieden hohe Niveaus von Nichterwerbstätigkeit aus. Der Mikrozensus erfasst im Jahr 2017 44 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen als Nichterwerbstätige, nach der Teilhabebefragung sind es lediglich 33 Prozent der beeinträchtigten und gleichermaßen behinderten Personen. Diese hohen Niveauunterschiede entstehen vermutlich zum erheblichen Teil durch verschiedene Definitionen und Abgrenzungen von Beeinträchtigungen und Behinderung. Dies und inwiefern weitere Gesichtspunkte eine Rolle spielen, muss zweifellos näher untersucht werden.

Die weitere Aufbereitung der Ergebnisse der Teilhabebefragung zeigt durch den höheren Grad an Differenzierung überraschende Ergebnisse: Die „Grenzlinie“ hoher und geringer Belastung von Personengruppen durch Nichterwerbstätigkeit liegt nicht, wie die Angaben aus Tabelle 50 auf Basis des Mikrozensus nahelegen, zwischen Menschen mit und Menschen ohne Beeinträchtigungen. Die empirische Analyse zeigt große Unterschiede hinsichtlich der Nichterwerbstätigkeit zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung (33 %) und Menschen mit Beeinträchtigungen ohne Behinderung (13 %). Menschen ohne Beeinträchtigungen sind in 16 Prozent der Fälle nichterwerbstätig, also etwas umfangreicher als die beeinträchtigten Menschen ohne Behinderung. Das Spiegelbild hierzu bilden

die Unterschiede der drei Gruppen hinsichtlich des Beschäftigungsumfangs. Menschen mit Beeinträchtigungen, aber ohne Behinderung sind sogar umfangreicher erwerbstätig (85 %) als Menschen ohne Beeinträchtigungen (84 %). Demgegenüber sind Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung lediglich zu 64 Prozent erwerbstätig.

Die Tabelle 50 zeigt auch, dass die Erwerbsbeteiligung behinderter Frauen nach wie vor geringer als die der behinderten Männer ist - und auch Migrationshintergrund wirkt sich aus. "Besonders gering ist die Erwerbsbeteiligung bei Menschen mit Migrationshintergrund und Beeinträchtigung. Im Jahr 2017 lag sie bei 45 Prozent. Bei den Menschen mit Beeinträchtigungen ohne Migrationshintergrund lag die Erwerbstätigenquote 2017 10 Prozentpunkte höher bei 55 Prozent." (Abschnitt 5.1.1) Bei den vorliegenden ersten Auswertungen der Befragungsergebnisse der Teilhabebefragung ist nicht nach den Kriterien Geschlecht oder Migrationshintergrund unterschieden worden.

Mit 47 Prozent hat nach Auswertung der Teilhabebefragung fast die Hälfte der Menschen mit Beeinträchtigungen und selbst eingeschätzter Behinderung ihre letzte Erwerbstätigkeit in Folge ihrer Beeinträchtigungen beendet. Die Personen gaben folgende Gründe für das Ende ihrer letzten Erwerbstätigkeit an: „Aufgrund meiner Beeinträchtigung, wegen der Behinderung.“ sowie „Ich wurde krank, berufs- oder erwerbsunfähig“ (BMAS 2016: 208).

Untersucht man, in welchem sozialrechtlichen Status sich die Nichterwerbstätigen zum Befragungszeitpunkt befanden, stellt man fest: Im Bildungssektor sind Nichterwerbstätige mit Beeinträchtigungen, aber ohne Behinderung zwar halb so stark vertreten (34 %) wie Nichterwerbstätige ohne Beeinträchtigung (68 %), aber mehr als doppelt so stark wie Nichterwerbstätige mit Beeinträchtigungen und Behinderung (14 %). Für die Letzteren spielen Aus- und Fortbildung als Brückenfunktion offenbar nur eine untergeordnete Rolle. Lediglich hinsichtlich Frühverrentung haben Nichterwerbstätige mit (40 %) und ohne Behinderung (37 %) eine vergleichbare Entwicklung gegenüber lediglich 14 Prozent bei Nichterwerbstätigen ohne Beeinträchtigungen und ohne Behinderung.

Betrachtet man, in welchem Ausmaß Menschen mit verschiedenen Beeinträchtigungen und Behinderung nicht erwerbstätig sind, so liegen über dem Durchschnitt aller Befragten von 33 Prozent Menschen mit chronischer Erkrankung zu 38 Prozent, Personen mit Einschränkungen im Lernen, Erinnern, Denken, Orientieren ebenfalls zu 38 Prozent, Menschen, die schwere seelische oder psychische Probleme aufweisen, zu 35 Prozent und zu ebenfalls 35 Prozent Befragte mit

Problemen beim Bewegen. Unter dem Durchschnitt von 33 Prozent liegen Menschen mit Problemen beim Sehen mit 31 Prozent, mit anderen Beeinträchtigungen oder Behinderung zu 28 Prozent und Personen mit Schmerzen zu 27 Prozent.

Diese empirischen Ergebnisse überraschen etwas, denn sie entsprechen zum Teil nicht bislang vorherrschenden Vorstellungen von Aktivitätseinschränkungen und (partiellen) Exklusionen aus Lebensbereichen bei den betrachteten unterschiedlichen Beeinträchtigungen der Befragten, die zum Austritt aus dem Erwerbsleben führen oder zwingen. Durch das durchaus verschieden hohe Ausmaß der Beendigung der Erwerbstätigkeit wird noch einmal deutlich, wie sehr von bestimmten Beeinträchtigungsformen betroffene Menschen am Arbeitsmarkt zu kämpfen haben.

Zumindest angedeutet wird in der auszugsweisen Berichterstattung aus der Teilhabebefragung, welchen Zusammenhang es mit dem Lebensalter gibt, in dem die Beeinträchtigung eingetreten ist und die zum Austritt aus dem Erwerbsleben geführt hat. Bei Menschen ab dem 50. Lebensjahr sei dies besonders häufig der Fall, heißt es. Im Übrigen sei in fast der Hälfte der Fälle die Beeinträchtigung der Grund für das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben gewesen. Zu ähnlichen, teils noch eindeutigeren Aussagen kommt die im Kommentar des Wissenschaftlichen Beirats zum zweiten Teilhabebericht (BMAS 2016: 248) referierte empirische Studie zum Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, wenn das Sehvermögen stark beeinträchtigt wird oder verloren geht (Schröder 1997: 502 ff.).

Zur zweiten Frage:

Der zeitweilige Ausschluss aus Erwerbstätigkeit in Gestalt der registrierten Arbeitslosigkeit nach § 138 SGB III konnte in den bisherigen Berichten lediglich für die Teilgruppe der anerkannt schwerbehinderten Menschen dargestellt werden. Für die Menschen mit Beeinträchtigungen insgesamt sowie für andere Teilgruppen konnte man auf die Zahlen und Quoten der Erwerbslosen nach der Arbeitskräfteerhebung (*Labour Force Survey*, LFS) der internationalen Arbeitsorganisation (ILO) zurückgreifen, die für arbeitsmarkt- und sozialpolitische Fragestellungen, wie im Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum zweiten Teilhabebericht ausgeführt, lediglich geringe Relevanz aufweisen.

Allerdings bietet die Teilhabebefragung Anhaltspunkte für weitere Differenzierungsbemühungen hinsichtlich der Betroffenheit von Arbeitslosigkeit nach der Art der schwerstwiegenden Beeinträchtigung (Arbeitslosigkeit nach Art der Behinderung). Hier zeigen sich große Unterschiede zwischen etwa 7 Prozent bei geschilderten Problemen beim Sehen bis zu 15 Prozent bei Problemen beim Denken,

Lernen, Erinnern, Orientieren und 14 Prozent bei schweren seelischen und psychischen Problemen.

Der vorliegende Bericht ist bemüht, mit Hilfe der vorläufigen Ergebnisse der Teilhabebefragung in diesem Bereich für mehr Transparenz zu sorgen, mit der Frage: Welche Unterschiede in der Arbeitslosigkeit können zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen sowie zwischen den Teilgruppen der Menschen mit Beeinträchtigungen (ohne beziehungsweise mit Behinderung) festgestellt werden? Bei dieser Untersuchung ergibt sich – wie im Fall der Nichterwerbstätigkeit –, dass die Trennlinie geringer und hoher Arbeitslosigkeit statt zwischen Menschen ohne und mit Beeinträchtigungen bei genauerem Hinsehen zwischen den Menschen ohne Beeinträchtigungen (2 %) und Menschen mit Beeinträchtigungen, aber ohne selbst eingeschätzter Behinderung (3 %) einerseits und den Personen mit Beeinträchtigungen und selbst eingeschätzter Behinderung (11 %) verläuft. Dies legt die Annahme nahe, dass auf den Arbeitsmärkten nicht die Beeinträchtigungen als solche, sondern ihre Zusammenhänge mit Aktivitäten und Lebensbereichen (hier Erwerbstätigkeit) exkludierend wirken, unter Berücksichtigung von persönlichen und umweltbedingten Kontextfaktoren. Dabei sind die Unterschiede zwischen der Betroffenheit bei selbst eingeschätzter Behinderung und einer amtlich anerkannten Schwerbehinderung mit drei Prozentpunkten vergleichsweise gering gegenüber demjenigen von acht Prozentpunkten zwischen der Betroffenheit von Personen mit Beeinträchtigungen zu Personen mit Beeinträchtigungen und selbst eingeschätzter Behinderung. Die Auswirkungen von Schwerbehinderung (8 %) erscheinen in diesem Zusammenhang sogar als etwas weniger gravierend auf dem Arbeitsmarkt, als die bei einem Grad der Behinderung unter 50 (10 %) oder die einer chronischen Erkrankung ohne amtliche Anerkennung eines Grades der Behinderung (11 %). Möglicherweise sorgen die spezifischen Nachteilsausgleiche für Menschen mit amtlich anerkannter Schwerbehinderung nach dem SGB IX für eine vergleichsweise günstigere Situation dieser Teilgruppe auf den Arbeitsmärkten. Es wäre vermutlich aufschlussreich, könnte man die Höhe der Arbeitslosenquote zusätzlich nach der Höhe des Grades der Behinderung sowie nach der Erfassung des Eintritts der Beeinträchtigung im Lebenslauf bestimmen. Da jedoch die geringen Fallzahlen eine weitere Differenzierung der Betroffenheit von Arbeitslosigkeit unter den Menschen mit amtlich anerkannter Behinderung nicht mehr erlauben, ist hier eine weitere Durchleuchtung nach Grad der Behinderung leider nicht möglich.

Weniger ausgeprägt erscheinen die Unterschiede in der Betroffenheit von Arbeitslosigkeit, wenn man nach dem Lebensalter beim Auftreten der schwerstwiegenden Beeinträchtigung unterscheidet. Die Quoten liegen zwischen 5 und 6 Prozent, wenn allerdings die betrachteten Personen ihre Beeinträchtigung bereits im

Kindes- und Jugendalter erfahren haben, liegt der Wert mit 8 Prozent besonders hoch. Wie an anderer Stelle im Bericht ausgeführt, kann dies Resultat des Umstands sein, dass diese Personen von vornherein keine gleichartige und faire Chance im Erwerbssektor (eventuell sogar bereits im Bildungssektor) erhalten haben.

Die exemplarisch dargestellten Ergebnisse der Teilhabebefragung geben einen ersten Eindruck von künftigen Berichtsmöglichkeiten zu Fragen der Lebenslagen und der Wahl- und Entwicklungsmöglichkeiten von Menschen mit Beeinträchtigungen. Vor allem wird deren eigene Einschätzung Teil der Darstellung und lässt die differenzierten und individuellen empirischen Befunde weiter vertiefen. Hieraus darf man ein zukünftig weitaus wirklichkeitsnäheres Bild zu Stand und Perspektiven der Erwerbstätigkeit und materiellen Lebenssituation erhoffen.

Abschließende Bemerkungen

Auf der Basis der hauptsächlich bislang verfügbaren Daten ist es nach wie vor nur bedingt möglich, differenzierte Befunde nach Art und Intensität der Beeinträchtigung(en) und darauf fußenden spezifischen Beschränkungen von (beruflichen) Aktivitäten und Exklusionstendenzen zu erheben. Ebenso eingeschränkt ist nach wie vor die Differenzierung nach dem Zeitpunkt des Auftretens von Beeinträchtigungen und ihrer weiteren Entwicklung sowie dem Einfluss dieser Umstände auf Art, Grad und Qualität der beruflichen Inklusion möglich. Des Weiteren kommen auch in diesem Bericht Angaben zum subjektiven Unterstützungsbedarf und zum Umfang notwendiger personeller und/oder technischer Assistenz als Voraussetzung, um im Berufsleben erfolgreich sein zu können, zu kurz. Schließlich liegen weiterhin wenig empirische Untersuchungsergebnisse zu individuellen Berufswünschen und zu den Möglichkeiten und Grenzen der beruflichen Verwirklichung persönlicher Interessen und Fähigkeiten vor.

Aussagen zu all diesen Fragen würde auf größtes Interesse bei Betroffenen, ihren Selbsthilfeorganisationen, den Wohlfahrtsverbänden, Bildungs-, Gesundheits-, Rehabilitations-, Senioreninstitutionen und der breiten Öffentlichkeit treffen. Sie sind darüber hinaus unumgänglich für Inklusions- und Versorgungsforschung sowie rationale politische Planung.

Im Kommentar zum Kapitel Erwerbsarbeit und materielle Sicherung des Teilhabebereiches 2016 regte der wissenschaftliche Beirat an, zu prüfen, inwiefern Befragungsergebnisse des Mikrozensus (z. B. Fragen 225 und 443) genutzt werden können, um das Ausmaß an und die Dauer der Arbeitslosigkeit bei weiteren Teilgruppen der Menschen mit Beeinträchtigungen außer den amtlich anerkannten schwerbehinderten Menschen zu bestimmen (BMAS 2016: 238). Dieser Vorschlag

wurde nicht weiterverfolgt, da mit der Teilhabebefragung, die in diesem Bericht ausgewertet wurde, einige vormalige Schwächen überwunden werden konnten. Weiterhin bleiben jedoch Fragen offen und weisen auf weiteren Forschungsbedarf und systematische Berichterstattung hin.

Literatur zu diesem Kommentar

Bach, Heinz Willi (2011): Berufliche Partizipation blinder, sehbehinderter und mehrfach behinderter Hochschulabsolventen in Deutschland. Der Einfluss von Beratung. Eine empirische Studie (HdBA-Bericht Nr. 4). HdBA, Mannheim.

Bach, Heinz Willi (2018): Die Situation blinder und sehbehinderter Menschen am Arbeitsmarkt, in Beschäftigung und in Fort- und Weiterbildung – auch in internationaler Perspektive. In: Wansing, Gudrun / Welti, Felix / Schäfers, Markus (Hrsg.): Das Recht auf Arbeit für Menschen mit Behinderungen. Internationale Perspektiven. Nomos Verlag, Baden-Baden, S. 247 – 274.

Bach, Heinz Willi (2019): Erwerbstätigkeit und Beschäftigungsmöglichkeiten von Menschen mit Sehbehinderung. <https://www.rehadat.de/export/sites/rehadat-2021/lokale-downloads/rehadat-publikationen/fachaufsatz-bach.pdf> (online, abgerufen am 14.9.2020).

BAuA (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) (2017): Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Wissenschaftliche Standortbestimmung. BAuA, Dortmund.

Bauer, Anja / Fuchs, Johann / Hummel, Markus / Hutter, Christian / Klinger, Sabine / Wanger, Susanne / Weber, Enzo / Zika, Gerd (2019): Konjunktureller Gegenwind für den Arbeitsmarkt. IAB-Prognose 2019/2020 (IAB-Kurzbericht Nr.18/2019). IAB, Nürnberg.

BIH (Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen) (2019): BIH Jahresbericht 2018/2019. Die Arbeit der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen. BIH, Köln.

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2013): Erster Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. BMAS, Berlin.

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2016): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. BMAS, Bonn.

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2018): Aufbau und Analyse des LTA-Rehaprozessdatenpanels (Forschungsbericht 503).

https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/fb503-aufbau-und-analyse-des-lta-rehaprozessdatenpanels.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (online, abgerufen am 14.09.2020).

Deutscher Bundestag (2017): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Corinna Rüffer, Kerstin Andreae, Markus Kurth, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Barrierefreiheit in der Privatwirtschaft (Drucksache 18/13043). <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/132/1813258.pdf> (online, abgerufen am 14.09.2020).

Deutscher Bundestag (2018): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Markus Kurth, Corinna Rüffer, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drucksache 19/1789). <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/020/1902041.pdf> (online, abgerufen am 14.09.2020).

DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V.) (2020): Umfrage Inklusion in anderen Ländern. International vergleichende Studie zur Barrierefreiheit in Unternehmen. DGUV, Berlin.

Fuchs, Johann (2014): Der Einfluss von Hartz IV auf die westdeutsche Stille Reserve. Ergebnisse auf Basis unterschiedlicher methodischer Ansätze. In: Wirtschafts- und Sozialstatistisches Archiv, Jg. 8, Nr. 1–2, S. 33 – 48.

Fuchs, Johann / Weber, Brigitte (2010): Umfang und Struktur der westdeutschen Stillen Reserve. Aktualisierte Schätzungen (IAB-Forschungsbericht Nr. 11). IAB, Nürnberg.

Heide, Marie / Niehaus, Mathilde (2019): Der Stellenwert der Schwerbehindertenvertretung in der betrieblichen Inklusion. In: WSI-Mitteilungen, Jg. 72, Nr. 5, S. 358 – 364.

Hesse, Bettina / Hessel, Aike / Canan, Carolin Ågren / Falk, Johannes / Nebe, Angelika / Weinbrenner, Susanne (2019): Psychische Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. Zentrale Handlungsfelder. In: RV aktuell, Nr. 8/2019, S. 194 – 199

Kugler, Michaela / Baumann, Grete / Bruder, Ralph / Hodek, Lene / Niehaus, Mathilde / Sinn-Behrendt, Andrea (2015): Bausteine für ein vernetztes Alternsmanagement. Ergebnisse des Projekts „Gesund und qualifiziert älter werden

in der Automobilindustrie – Partizipation und Inklusion von Anfang an (PINA)“. Technische Universität Darmstadt / Universität zu Köln, Darmstadt / Köln.

Lippke, Sonia / Schüz, Natalie / Zschuke, Elisabeth (2020): Temporary Disability Pension, RTW-Intentions, and RTW-Behavior. Expectations and Experiences of Disability Pensioners over 17 Months. In: International Journal of Environmental Research and Public Health, Jg. 17, Nr. 1, S. 238.

Lück, Marcel / Hünefeld, Lena / Brenscheidt, Simone / Bödefeld, Meike / Hünefeld, Anja (2019): Grundausswertung der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018. Vergleich zur Grundausswertung 2006 und 2012. https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/F2417.pdf?__blob=publicationFile&v=5 (online, abgerufen am 14.09.2020).

Niehaus, Mathilde / Vater, Gudrun (2014): Psychische Erkrankungen und betriebliche Wiedereingliederung. In: Angerer, Peter / Glaser, Jürgen / Gündel, Harald / Henningsen, Peter / Lahmann, Claas / Letzel, Stephan / Nowak, Dennis (Hrsg.): Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit. Wissenschaft, Erfahrungen, Lösungen aus Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und psychosomatischer Medizin. ecomed MEDIZIN, Heidelberg, S. 220 – 230.

Niehaus, Mathilde / Glatz, Andreas / Heide, Marie (2019): Schwerbehindertenvertretungen. Allianzpartner in Netzwerken. Faktoren für gelingende Kooperationen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit. https://www.boeckler.de/pdf_fof/101524.pdf (online, abgerufen am 14.09.2020).

Rehadat (2020): Beschäftigungsstatistik schwerbehinderter Menschen. <https://www.rehadat-statistik.de/statistiken/berufliche-teilhabe/beschaeftigung/beschaefigungsstatistik-schwerbehinderter-menschen/index.html> (online, abgerufen am 14.09.2020).

Schmal, Andreas / Niehaus, Mathilde / Heinrich, Tina (2001): Betrieblicher Umgang mit der Gruppe leistungsgewandelter und behinderter Mitarbeiter/innen. Befragungsergebnisse aus der Sicht unterschiedlicher Funktionsträger. In: Die Rehabilitation, Jg.40, Nr. 4, S. 241 – 246.

Schröder, Helmut (1997): Die Beschäftigungssituation von Blinden. Ausgewählte Ergebnisse einer Befragung von Blinden und Unternehmen. In: Mitteilungen

aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (MitAB), Jg. 30, Nr. 2, S. 502 – 513.

Schröder, Helmut / Steinwede, Jacob (2004): Arbeitslosigkeit und Integrationschancen schwerbehinderter Menschen (Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Band 285/2004). wbv Media, Nürnberg.

ver.di (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft) (2014): Arbeitsbedingungen von Menschen mit Behinderung. So beurteilen sie selbst die Lage. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfrage zum DGB-Index Gute Arbeit. ver.di, Berlin.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

6 Alltägliche Lebensführung

i

Faktenblatt „Alltägliche Lebensführung“

Die Umwelt, in der Menschen mit Beeinträchtigungen ihr alltägliches Leben führen, soll bezogen auf Handlungs- und Gestaltungsspielräume nicht hinderlich sein. Statistiken machen deutlich, wo dennoch Barrieren vorliegen, die die Erreichbarkeit, Zugänglichkeit oder Nutzbarkeit der materiellen Umwelt einschränken und dadurch eine selbstbestimmte, weitgehend unabhängige und sozial eingebundene alltägliche Lebensführung von Menschen mit Beeinträchtigungen erschweren:

- Im Jahr 2017 lebten rund 11,9 Millionen Menschen mit Beeinträchtigungen in Privathaushalten, darunter mehrheitlich Menschen mit einer anerkannten Behinderung.
- Im Jahr 2018 lebten 10,3 % der privaten Haushalte in einem Gebäude, das den eigenen Einschätzungen zufolge schwellenlos zugänglich war und nur 2,4 % in Wohnungen, die mit einem Rollstuhl nutzbar waren.
- Die Zahl der Leistungsbeziehenden des ambulant betreuten Wohnens stieg zwischen 2014 und 2018 deutlich um 22 % auf 197.612 Personen beziehungsweise einen Anteil von 50,4 % an allen Hilfebeziehenden im ambulant betreuten oder stationären Wohnen an. In Deutschland wurden im Jahr 2018 damit erstmals mehr Leistungsbeziehende von Hilfen zu einem selbstbestimmten Leben ambulant als stationär betreut.
- Die Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Wohneinrichtungen haben überwiegend (63,6 %) kognitive Beeinträchtigungen.¹³¹ Die Leistungsbeziehenden des ambulant betreuten Wohnens weisen mehrheitlich (70,6 %) psychische Beeinträchtigungen auf.

¹³¹ Mit dem Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) zum 1. Januar 2020 entfällt die bisherige Trennung von ambulanten und stationären Wohnformen. Die bis dahin unter stationären Einrichtungen angeführten Wohnformen werden als besondere beziehungsweise gemeinschaftliche Wohnformen (§ 42a SGB XII) bezeichnet. Im vorliegenden Bericht wird jedoch die im betrachteten zurückliegenden Zeitraum geltende Begrifflichkeit beibehalten.

- Die barrierefreie Gestaltung des öffentlich zugänglichen Raums und des öffentlichen Nah- und Fernverkehrs schreitet weiter voran. Beispielsweise sind rund 78 % der Bahnhöfe stufenlos erreichbar, rund 53 % aller Bahnsteige sind mit taktilen Leitsystemen ausgestattet, 61 % der Linienbusse sind als Niederflurbusse im Einsatz. In Befragungen weisen Menschen mit Beeinträchtigungen weiterhin auf großen Handlungsbedarf beim Abbau von Barrieren und Mobilitätshemmnissen im öffentlichen Raum hin.
- Ergebnissen repräsentativer Befragungen zufolge machen Menschen mit Beeinträchtigungen häufiger die Erfahrung, dass andere über ihr Leben bestimmen als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Besonders oft erfahren Menschen, die eine anerkannte Behinderung mit einem Grad der Behinderung (GdB) von unter 50 haben, sowie jüngere Menschen mit Beeinträchtigungen Fremdbestimmungen.
- Zur Unterstützung der selbstständigen Lebensführung stehen vielfältige Angebote für Menschen mit Beeinträchtigungen zur Verfügung. Diese umfassen z. B. die Möglichkeit, Hilfsmittel oder eine persönliche Assistenz zu nutzen. Die steigende Inanspruchnahme der Leistungen ging in den letzten Jahren in der Regel mit steigenden Ausgaben einher, z. B. für Hilfen zur Beschaffung, Erhaltung und Ausstattung einer Wohnung oder für Hilfen zur Pflege nach SGB XII.

Das Vorhandensein von Handlungs- und Gestaltungsspielräumen in der persönlichen Lebensführung und Alltagsbewältigung sind sowohl eine zentrale Voraussetzung als auch Ergebnis gesellschaftlicher Teilhabe (Aktionsbündnis Teilhabeforschung 2015). Der zugängliche und nutzbare öffentliche Raum ist Grundvoraussetzung für eine selbstbestimmte Gestaltung des Alltags. Vorhandene Barrieren in diesen Bereichen führen zu Teilhabeeinschränkungen in praktisch allen Teilhabefeldern (BMAS 2014a).

Der Alltagsbegriff umfasst ein breites Spektrum individuellen und sozial eingebundenen Handelns von Personen: Berufstätigkeit und Tätigkeit im privaten Haushalt, soziale Interaktion, Aktivitäten im Rahmen von Bildung und Weiterbildung, Aktivitäten in der Freizeit in Kultur, Sport, politischem und ehrenamtlichem Engagement, kurz: die Gesamtheit des sozialen, kulturellen, kreativen und rekreativen Handelns in unterschiedlichen Lebensbereichen (Voß 2000). Als alltägliche Lebensführung wird die Art und Weise bezeichnet, in der eine Person ihre ver-

schiedenen individuellen Wünsche und Ziele sowie die an sie gerichteten Handlungsanforderungen in den genannten Lebensbereichen in ihrer Lebensplanung miteinander vereinbart (Beck / Greving 2012). Diese Vereinbarkeit zeigt sich in den Handlungsmöglichkeiten von Personen unter den gegebenen äußeren, also gesellschaftlichen Bedingungen. Hierauf nimmt die ICF mit dem ihr zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Modell Bezug. Vier von neun Domänen der Aktivitäten und Partizipation, die in der ICF aufgeführt werden, adressieren zentrale Einflussfaktoren auf eine selbstbestimmte alltägliche Lebensführung (DIMDI 2005).

- Der Bereich des häuslichen Lebens umfasst einen Großteil der alltäglichen Aktivitäten der Selbstversorgung. Hierzu gehören unter anderem die Beschaffung einer Wohnung und die Erledigung aller mit dem Wohnen und dem häuslichen Leben einhergehenden Lebensnotwendigkeiten.
- Zum öffentlich zugänglichen Raum zählen öffentlich genutzte Gebäude, Straßen und Plätze, die im Alltag von Bedeutung sind. Hierzu gehören unter anderem Geschäfte des Einzelhandels, Behörden, Bahnhöfe und Haltestellen, Sportanlagen, Gastronomie und kulturelle Veranstaltungsorte.
- Zur Mobilität werden die Fortbewegung zu Fuß oder mit einem Hilfsmittel sowie die Fortbewegung mit einem privaten oder öffentlichen Transportmittel gezählt.
- Der Bereich der Kommunikation umfasst den sprachlichen und nonverbalen Austausch von Informationen in verschiedenen Medien sowie die Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien beziehungsweise -hilfsmitteln. Für das Alltagsleben relevante Kommunikationsmedien und -situationen sind unter anderem Bücher, Zeitschriften, Internetseiten, Informationen von und Kommunikation mit Ämtern, Ärzten oder Informationen zu Gütern und Dienstleistungen.

Exklusionsrisiken im Alltag bestehen, wenn in den genannten Bereichen Orte, die für das tägliche Leben von Bedeutung sind, nicht weitgehend eigenständig und mit einem subjektiv angemessenen Aufwand erreichbar sind, wenn Gebäude, Räume und Fahrzeuge nicht zugänglich sind und Infrastrukturen, Produkte und Dienstleistungen, die täglich genutzt werden, sowie Unterstützungsleistungen oder Hilfsmittel, die aufgrund von Beeinträchtigungen erforderlich sind, nicht zugänglich beziehungsweise nicht nutzbar sind. Damit sind die Begriffe Zugänglichkeit und Barrierefreiheit eng miteinander verbunden: „Ob Zugänglichkeit gegeben ist oder nicht, kann nur vom Ergebnis her und nur unter Betrachtung des Einzelfalls beantwortet werden: Zugänglichkeit kann durch Gewährung angemessener Vorkehrungen einzelfallbezogen hergestellt werden, auch wenn allgemein betrachtet noch Zugangsbarrieren bestehen, und umgekehrt enthebt ein weitge-

hend barrierefreies Produkt oder Gebäude angesichts der Vielfalt individueller Beeinträchtigungen nicht der Pflicht, im Bedarfsfall angemessene Vorkehrungen zu treffen.“ (DIMR 2014)

Neben diesen physisch-materiellen Aspekten beeinflussen auch mangelndes öffentliches Bewusstsein für die Belange von sowie einschränkende Einstellungen gegenüber Menschen mit Beeinträchtigungen deren Handlungsspielräume zur sozialen Teilhabe im Alltag.

Die Artikel 9, 19, 20 und 21 der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) enthalten die expliziten Verpflichtungen für die Vertragsstaaten, mögliche Benachteiligungen von Menschen mit Beeinträchtigungen in der alltäglichen Lebensführung zu beseitigen. So sollen sie gleichberechtigten Zugang zur physischen Umwelt, zu Transportmitteln, zu Information und Kommunikation sowie zu allgemeinen Diensten und Einrichtungen haben (Artikel 9). Sie sollen in ihren Wahlmöglichkeiten, wo sie sich aufhalten wollen und wo und mit wem sie leben wollen, gleichberechtigt sein und sowohl in Privatwohnungen als auch in Einrichtungen Zugang zu gemeindenahen Unterstützungsleistungen, einschließlich der persönlichen Assistenz, haben, die für das Leben in der Gemeinschaft und zur Verhinderung von Isolation notwendig sind (Artikel 19). Sie sollen genauso gut wie Menschen ohne Beeinträchtigungen mobil sein können (Artikel 20). Schließlich sind die Vertragsstaaten aufgefordert, geeignete Maßnahmen zu treffen, um den gleichberechtigten Zugang zu und die Weitergabe von Informationen zu gewährleisten, sodass Menschen mit Beeinträchtigungen gleichberechtigt alle von ihnen gewählten Formen der Kommunikation ausüben können (Artikel 21).

i**Artikel 9 UN-BRK: Zugänglichkeit**

(1) Um Menschen mit Behinderungen eine unabhängige Lebensführung und die volle Teilhabe in allen Lebensbereichen zu ermöglichen, treffen die Vertragsstaaten geeignete Maßnahmen mit dem Ziel, für Menschen mit Behinderungen den gleichberechtigten Zugang zur physischen Umwelt, zu Transportmitteln, Information und Kommunikation, einschließlich Informations- und Kommunikationstechnologien und -systemen, sowie zu anderen Einrichtungen und Diensten, die der Öffentlichkeit in städtischen und ländlichen Gebieten offenstehen oder für sie bereitgestellt werden, zu gewährleisten. Diese Maßnahmen, welche die Feststellung und Beseitigung von Zugangshindernissen und -barrieren einschlie-

Ben, gelten unter anderem für a) Gebäude, Straßen, Transportmittel sowie andere Einrichtungen in Gebäuden und im Freien, einschließlich Schulen, Wohnhäusern, medizinischer Einrichtungen und Arbeitsstätten; b) Informations-, Kommunikations- und andere Dienste, einschließlich elektronischer Dienste und Notdienste.

(2) Die Vertragsstaaten treffen außerdem geeignete Maßnahmen, a) um Mindeststandards und Leitlinien für die Zugänglichkeit von Einrichtungen und Diensten, die der Öffentlichkeit offenstehen oder für sie bereitgestellt werden, auszuarbeiten und zu erlassen und ihre Anwendung zu überwachen; b) um sicherzustellen, dass private Rechtsträger, die Einrichtungen und Dienste, die der Öffentlichkeit offenstehen oder für sie bereitgestellt werden, anbieten, alle Aspekte der Zugänglichkeit für Menschen mit Behinderungen berücksichtigen; c) um betroffenen Kreisen Schulungen zu Fragen der Zugänglichkeit für Menschen mit Behinderungen anzubieten; d) um in Gebäuden und anderen Einrichtungen, die der Öffentlichkeit offenstehen, Beschilderungen in Brailleschrift und in leicht lesbarer und verständlicher Form anzubringen; e) um menschliche und tierische Hilfe sowie Mittelspersonen, unter anderem Personen zum Führen und Vorlesen sowie professionelle Gebärdensprachdolmetscher und -dolmetscherinnen, zur Verfügung zu stellen mit dem Ziel, den Zugang zu Gebäuden und anderen Einrichtungen, die der Öffentlichkeit offenstehen, zu erleichtern; f) um andere geeignete Formen der Hilfe und Unterstützung für Menschen mit Behinderungen zu fördern, damit ihr Zugang zu Informationen gewährleistet wird; g) um den Zugang von Menschen mit Behinderungen zu den neuen Informations- und Kommunikationstechnologien und -systemen, einschließlich des Internets, zu fördern; h) um die Gestaltung, die Entwicklung, die Herstellung und den Vertrieb zugänglicher Informations- und Kommunikationstechnologien und -systeme in einem frühen Stadium zu fördern, sodass deren Zugänglichkeit mit möglichst geringem Kostenaufwand erreicht wird.

Artikel 19 UN-BRK: Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft

Die Vertragsstaaten dieses Übereinkommens anerkennen das gleiche Recht aller Menschen mit Behinderungen, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, und treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen

den vollen Genuss dieses Rechts und ihre volle Einbeziehung in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu erleichtern, indem sie unter anderem gewährleisten, dass a) Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben; b) Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen sowie zu sonstigen gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben, einschließlich der persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig ist; c) gemeindenahen Dienstleistungen und Einrichtungen für die Allgemeinheit Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage der Gleichberechtigung zur Verfügung stehen und ihren Bedürfnissen Rechnung tragen.

Artikel 20 UN-BRK: Persönliche Mobilität

Die Vertragsstaaten treffen wirksame Maßnahmen, um für Menschen mit Behinderungen persönliche Mobilität mit größtmöglicher Unabhängigkeit sicherzustellen, indem sie unter anderem a) die persönliche Mobilität von Menschen mit Behinderungen in der Art und Weise und zum Zeitpunkt ihrer Wahl und zu erschwinglichen Kosten erleichtern; b) den Zugang von Menschen mit Behinderungen zu hochwertigen Mobilitätshilfen, Geräten, unterstützenden Technologien und menschlicher und tierischer Hilfe sowie Mittelspersonen erleichtern, auch durch deren Bereitstellung zu erschwinglichen Kosten; c) Menschen mit Behinderungen und Fachkräften, die mit Menschen mit Behinderungen arbeiten, Schulungen in Mobilitätsfertigkeiten anbieten; d) Hersteller von Mobilitätshilfen, Geräten und unterstützenden Technologien ermutigen, alle Aspekte der Mobilität für Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen.

Artikel 21 UN-BRK: Freie Meinungsäußerung, Meinungsfreiheit und Zugang zu Informationen

Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen das Recht auf freie Meinungsäußerung und Meinungsfreiheit, einschließlich der Freiheit, Informationen und Gedankengut sich zu beschaffen, zu empfangen und weiterzugeben, gleichberechtigt mit anderen und durch alle von ihnen gewählten Formen

der Kommunikation im Sinne des Artikels 2 ausüben können, unter anderem indem sie a) Menschen mit Behinderungen für die Allgemeinheit bestimmte Informationen rechtzeitig und ohne zusätzliche Kosten in zugänglichen Formaten und Technologien, die für unterschiedliche Arten der Behinderung geeignet sind, zur Verfügung stellen; b) im Umgang mit Behörden die Verwendung von Gebärdensprachen, Brailleschrift, ergänzenden und alternativen Kommunikationsformen und allen sonstigen selbst gewählten zugänglichen Mitteln, Formen und Formaten der Kommunikation durch Menschen mit Behinderungen akzeptieren und erleichtern; c) private Rechtsträger, die, einschließlich durch das Internet, Dienste für die Allgemeinheit anbieten, dringend dazu auffordern, Informationen und Dienstleistungen in Formaten zur Verfügung zu stellen, die für Menschen mit Behinderungen zugänglich und nutzbar sind; d) die Massenmedien, einschließlich der Anbieter von Informationen über das Internet, dazu auffordern, ihre Dienstleistungen für Menschen mit Behinderungen zugänglich zu gestalten; e) die Verwendung von Gebärdensprache anerkennen und fördern.

Die Zugänglichkeit des öffentlichen Raumes für Menschen mit Beeinträchtigungen wurde auch anlässlich der Staatenprüfung Deutschlands im März 2015 thematisiert (CRPD 2015). Der Fachausschuss empfahl insbesondere,

- dass öffentliche und private Rundfunkanstalten dazu angehalten werden, ihre Arbeit mit Blick auf die Umsetzung des Rechts auf Zugänglichkeit zu evaluieren,
- dass die Umgestaltung der Wohnangebote durch zusätzliche Finanzmittel gefördert wird und
- dass der Zugang zu Programmen und Leistungen verbessert werden muss, die das Leben in der Gemeinschaft unterstützen.

Das Institut für Menschenrechte sowie die Zivilgesellschaft weisen insbesondere darauf hin,

- dass die Unterscheidung zwischen privaten und öffentlichen Anbietern beziehungsweise Eigentümern von Gebäuden, Infrastruktur, Produkten und

Dienstleistungen unzulässig sei, wenn es darum geht, Menschen mit Beeinträchtigungen einen gleichberechtigten Zugang beziehungsweise eine gleichberechtigte Nutzung zu ermöglichen,

- dass sich aus dem Fehlen bedarfsgerechter Assistenzleistungen Einschränkungen bei der freien Wahl des Aufenthaltsortes ergeben und damit insbesondere das Recht auf eine freie Wahl der Wohnform verletzt werde,
- dass Hilfen zur persönlichen Mobilität wie Fahrdienste und geeignete Hilfsmittel nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung ständen und daher die mangelnde Barrierefreiheit öffentlicher Verkehrsmittel nicht übernommen werden könne,
- dass der Mangel an Barrierefreiheit auch den Zugang zu Kommunikations- und Informationsmedien, Internetseiten und Programmoberflächen sowie Lern- und Lehrmaterialien umfasse und
- dass die Bedarfsermittlung bei der Gewährung von Unterstützungsleistungen, wie z. B. dem Persönlichen Budget, durch einen erheblichen Einsparungsdruck und die komplizierten Verfahren erschwert werde.

Die Fragenliste im Vorfeld der kombinierten zweiten und dritten Staatenprüfung vom September 2018 enthält zahlreiche Anforderungen und Rechenschaftspflichten der Bundesregierung in Bezug auf die Zugänglichkeit und Barrierefreiheit in den bereits angesprochenen Bereichen. Das Deutsche Institut für Menschenrechte sowie die Zivilgesellschaft geben in diesem Zusammenhang zahlreiche Hinweise darauf, in welchen Lebensbereichen die alltägliche Lebensführung von Menschen mit Beeinträchtigungen wirksam verbessert werden sollte.

Im öffentlich-rechtlichen Rundfunk existiert eine Vielzahl barrierefreier Angebote, deren Anteil an den Ausstrahlungen in den vergangenen Jahren deutlich angestiegen ist. Für den Bereich des privatrechtlichen Rundfunks befassen sich die Medienanstalten als Aufsichts- und Regulierungsinstanzen schon seit längerem mit dem Thema Barrierefreiheit. Auch hier hat sich der positive Trend der vergangenen Jahre zum Ausbau eines barrierefreien Zugangs zu Fernsehinhalten privater Rundfunkanbieter fortgesetzt.

Mit den Finanzhilfen der Städtebauförderung von Bund und Ländern können die Kommunen in städtebauliche Maßnahmen investieren, die auch den Bedarfen von Menschen mit Behinderungen entsprechen. Grundsätzlich förderfähig sind Maßnahmen, die Barrierefreiheit im Quartier herstellen beziehungsweise fördern,¹³²

¹³² Beispielsweise im öffentlichen Straßenraum, für die Erreichbarkeit von Haltestellen des ÖPNV und zur Verbesserung der Zugänglichkeit von öffentlichen Gebäuden.

sowie Maßnahmen zur Verbesserung von Gemeinbedarfseinrichtungen, die auch Bewohnerinnen und Bewohnern mit Behinderungen offenstehen.¹³³

Darüber hinaus hat die Bundesregierung 2017 gemeinsam mit den Ländern das Förderprogramm *Investitionspakt Soziale Integration im Quartier* ins Leben gerufen. Die Herstellung von Barrierefreiheit und die Beseitigung von Barrieren sind explizit benannte Ziele des Programms. Zudem fördert der Bund Modellvorhaben zur Herstellung der Barrierefreiheit im öffentlichen oder privaten Bereich. Zu den übergeordneten Strategien der Länder zur Herstellung der Barrierefreiheit zählen die Schaffung und die Novellierung gesetzlicher Bestimmungen sowie die Erstellung und Fortschreibung von Aktionsplänen.

Abschnitt 6.1 dieses Kapitels befasst sich mit der Wohnsituation von Menschen mit Beeinträchtigungen sowohl in Privathaushalten als auch in verschiedenen Formen des betreuten Wohnens. Unter der Überschrift *Barrierefreiheit* (Abschnitt 6.2) werden der öffentlich zugängliche Raum, Mobilität und Kommunikation einschließlich des Zugangs zu Informationen dargestellt. Angesichts ihres hohen Stellenwerts in der UN-BRK ist die selbstbestimmte Lebensführung ein zentrales Thema in Abschnitt 6.3. Die wahrgenommene Selbst- beziehungsweise Fremdbestimmung, die Selbsthilfe sowie persönliche und sächliche Unterstützungsleistungen zu einem selbstbestimmten Leben sind dabei wesentliche Aspekte. Über Leistungen, die eine selbstbestimmte alltägliche Lebensführung ermöglichen oder unterstützen sollen, informiert Abschnitt 6.4. Abschließend werden die Befunde des Kapitels anhand der folgenden Leitfragen eingeordnet (Abschnitt 6.5):

1. Die Umwelt, in der Menschen mit Beeinträchtigungen ihr alltägliches Leben führen, soll ihre Handlungs- und Gestaltungsspielräume möglichst wenig einschränken. Sind in den Statistiken Einschränkungen erkennbar?
2. Besondere Aufmerksamkeit ist Personen mit mehrfachen Benachteiligungen im Sinne von sich überschneidenden Diskriminierungsformen (Intersektionalität) zu widmen. Welche Personengruppen finden in ihrem Alltagsleben besonders einschränkende Bedingungen vor?

¹³³ Beispielsweise Nachbarschaftstreffe als Begegnungs- und Beratungsstellen vor Ort.

Vergleiche zudem auch die Verwaltungsvereinbarung zur Städtebauförderung von Bund und Ländern (2019).

6.1 Wohnen

Um jederzeit eine freie Wahl des Aufenthaltsortes zu gewährleisten sowie frei entscheiden zu können, wo und mit wem man leben möchte (Artikel 19 Buchstabe a UN-BRK), müssen Sozialräume inklusiv gestaltet sein – nicht nur an einem definierten Wohnort oder in einer konkreten Lebenssituation, sondern generell. Nur so können diese Anforderungen aus Artikel 19 UN-BRK unter den Bedingungen wechselnder Beziehungen, sich ändernder Lebensentwürfe und Erwerbsbiografien umfassend erfüllt werden. (Sieger 2019)

Ein selbst gewählter und adäquat gestalteter Wohnraum ist für die Erfüllung dieser Wahlfreiheit demnach eine notwendige, wenn auch noch nicht hinreichende Voraussetzung. Die Wohnung ist ein für eine bestimmte Lebensspanne gewählter Ort der sozialen Kontakte und des gemeinschaftlichen Lebens und bildet den Kernbereich der Privatsphäre.

Menschen mit Beeinträchtigungen müssen ihren Wohnraum ihren Bedürfnissen entsprechend gestalten können. Das bedeutet für viele von ihnen, dass die Wohnung barrierefrei sein muss. Ist ein selbstständiges Wohnen aufgrund der Schwere der Beeinträchtigungen nicht möglich, können besondere Wohnformen in unterschiedlicher Ausgestaltung genutzt werden. Entsprechende Angebote reichen von Betreuungs- beziehungsweise Pflegeleistungen im eigenen Haushalt über Angebote betreuter Wohngruppen oder von dem Leben mit Gast- und Pflegefamilien bis hin zu stationären Angeboten.

Konzepte zu barrierefreien Bauweisen sind in ihren Definitionen weder eindeutig noch trennscharf. Dies erschwert eine umfassende Bestandsaufnahme der wohnräumlichen Situation von Menschen mit Beeinträchtigungen. (BBSR 2014)¹³⁴

6.1.1 Barrierefreies Wohnen – Definition, Bestand und Bedarf

Im Jahr 2017 hatten 14,5 Prozent (beziehungsweise 11,9 Millionen Personen) der in Privathaushalten lebenden Menschen Beeinträchtigungen, darunter 12,1 Prozent eine anerkannte Behinderung (8,8 % eine Schwerbehinderung).¹³⁵ Eine wichtige Voraussetzung dafür, trotz bestehender Beeinträchtigungen und/oder Pflegebedarf eigenständig in einem Privathaushalt zu wohnen, ist in vielen Fällen das Vorhandensein von barrierefreiem Wohnraum, einem barrierefreien Wohnumfeld sowie bedarfsgerechter Unterstützungs-, Assistenz- oder Pflegeleistungen.

¹³⁴ Zum Thema Wohnen äußert sich der wissenschaftliche Beirat im Kommentar zu diesem Kapitel.

¹³⁵ Auswertung der Prognos AG auf Basis des Mikrozensus, ohne Abbildung.

In welcher Weise eine Wohnung sowie der Zugang zu ihr und die nähere Umgebung einer Wohnung ausgestattet sein müssen, um als barrierefrei zu gelten, ist aktuell in der Deutschen Industrienorm (DIN-Norm) 18040-2 Barrierefreies Bauen – Planungsgrundlagen – Teil 2: Wohnungen geregelt (HyperJoint GmbH 2020b). In dieser Norm werden insbesondere die Bedürfnisse von Menschen mit Sehbehinderung, Blindheit, Hörbehinderung (Gehörlose, Ertaubte und Schwerhörige) oder motorischen Einschränkungen sowie von Personen, die auf Mobilitätshilfen und Rollstühle angewiesen sind, berücksichtigt. Aber auch für andere Personengruppen, wie z. B. groß- oder kleinwüchsige Personen, Personen mit kognitiven Einschränkungen, ältere Menschen, Kinder sowie Personen mit Kinderwagen oder Gepäck, gelten einige Anforderungen dieser Norm zu einer Nutzungserleichterung (Zur allgemeinen Definition des Begriffs Barrierefreiheit vergleiche auch Abschnitt 6.2 in diesem Kapitel).

Die DIN-Norm 18040-2 stellt sehr hohe Anforderungen an die Barrierefreiheit von Wohnung und Wohnraum. Für viele Menschen mit Beeinträchtigungen ist jedoch bereits eine Wohnung hilfreich, die z. B. stufenlos und ohne Treppen zugänglich ist, aber die weiteren Kriterien der genannten DIN-Norm nicht erfüllt. Die Kriterien der KfW-Bankengruppe (KfW) zur Förderungsbewilligung eines Barrieren reduzierenden Umbaus stellen geringere Anforderungen als die DIN-Norm.

Das Zusatzprogramm *Wohnen in Deutschland* des Mikrozensus aus dem Jahr 2018 enthält erstmals deutschlandweite bevölkerungsrepräsentative Daten, die Auskunft über Barrieren in Wohnungen und Gebäuden beziehungsweise deren Verringerung geben. Die Erfassung der Merkmale zum Barrierenabbau beruht auf der Einschätzung des (im Regelfall nicht eingeschränkten) befragten Haushalts und stellen damit keine exakte Messung der Einhaltung der DIN-Norm dar (Tabelle).

Insgesamt befinden sich demnach 10,3 Prozent aller – zum Zeitpunkt der Befragung im Jahr 2018 bewohnten – Wohnungen in Gebäuden, die sowohl schwellenlos zugänglich sind als auch genügend breite Haustüren und Flure haben, um sie etwa mit einem Rollstuhl befahren zu können. Am seltensten sind die Gebäude schwellenlos zugänglich (13,7 %). Betrachtet man nur diejenigen Gebäude, die ab dem Jahr 2011 errichtet wurden, so verbessert sich das Bild deutlich gegenüber dem Wohnungsbestand insgesamt: Von diesen neueren Gebäuden sind gut die Hälfte (50,7 %) schwellenlos zugänglich und 43,9 Prozent sind zusätzlich mit genügend breiten Haustüren und Fluren ausgestattet, bieten also die baulichen Voraussetzungen für eine weitgehende Barrierefreiheit.

Lenkt man den Blick auf die Wohnungen selbst, so erfüllen 2,4 Prozent des Wohnungsbestands alle erfragten Merkmale des Barrierenabbaus. Nur ein sehr kleiner Teil des Wohnungsbestands bietet demnach die Voraussetzungen für eine vollständige Barrierefreiheit. Betrachtet man die einzelnen Merkmale der Barrierenreduzierung, so ist die stufenlose Erreichbarkeit aller Räume am seltensten erfüllt (30,9 % aller Wohnungen). Auch Bad und Sanitärräume bieten besonders häufig nicht genügend Platz, um sie mit einem Rollstuhl benutzen zu können. Es fällt aber auf, dass die einzelnen Merkmale der Barrierenreduzierung noch vergleichsweise häufig erfüllt sind. Problematisch ist die Tatsache, dass sehr selten alle Merkmale erfüllt sind. Erst dann ist eine Wohnung aber durch Menschen, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind, nutzbar.

Wie bei den Gebäuden zeigt die separate Betrachtung von Wohnungen, die im Jahr 2011 oder später gebaut wurden, dass sie wesentlich häufiger Merkmale des Barrierenabbaus erfüllen. Hier bieten 18,1 Prozent die Voraussetzungen für eine vollständige Barrierefreiheit dadurch, dass die erfragten Merkmale der Barrierenreduktion – nach Einschätzung der befragten Haushalte – umfassend gegeben sind. Auch bei den neueren Wohnungen ist die stufenlose Erreichbarkeit aller Räume am seltensten möglich (47,1 %), die anderen erfragten Merkmale des Barrierenabbaus werden vergleichsweise häufig erfüllt.

Insgesamt zeigt sich, dass nur ein sehr kleiner Teil des Wohnungsbestands alle erforderlichen Merkmale der Barrierenreduzierung erfüllt. Dadurch wird das Recht, den eigenen Aufenthaltsort frei zu wählen und frei zu entscheiden, wo und mit wem man leben möchte, durch bauliche Barrieren stark eingeschränkt. Höhere Standards beim Neubau sorgen für eine positive Entwicklung, die allerdings wegen eines häufig fehlenden ganzheitlichen Konzepts, das alle Aspekte der Barrierenreduzierung berücksichtigt, unter den Möglichkeiten bleibt. Mit Tabelle 82 nicht ersichtlich wird die Bedeutung durchgängig barrierefreier Wegeketten. Nur ein vollständig barrierefreies Wegenetz ermöglicht es vielen Menschen mit Beeinträchtigungen, Gebäude oder Wohnungen zu erreichen, in diese hinein zu gelangen und sich darin zurechtzufinden.

Tabelle 82: Bewohnte Wohnungen in Wohngebäuden nach Merkmalen des Barrierenabbaus 2018

Merkmale des Barrierenabbaus	Insgesamt (alle Baujahre)	Baujahr 2011 und später
Gebäude		
Zugang zur Wohnung schwellenlos ¹³⁶	13,7 %	50,7 %
ausreichende Breite der Flure ¹³⁷	65,1 %	82,3 %
Zugang zur Wohnung schwellenlos und Haustüren beziehungsweise Flure ausreichend breit ¹³⁸	10,3 %	43,9 %
Wohnung		
alle Räume sind stufenlos erreichbar ¹³⁹	30,9 %	47,1 %
Wohnungstür ist ausreichend breit ¹⁴⁰	69,6 %	85,3 %
alle Raamtüren sind ausreichend breit ¹⁴¹	58,2 %	76,3 %
genügend Raum in Bad beziehungsweise Sanitärräumen ¹⁴²	49,0 %	75,8 %
alle erfragten Merkmale der Barrierenreduktion erfüllt ¹⁴³	2,4 %	18,1 %

Quelle: Mikrozensus, Berechnung und Darstellung Prognos

Das Zusatzprogramm *Wohnen in Deutschland* des Mikrozensus bietet auch die Möglichkeit, Merkmale der Barrierenreduzierung in Wohnungen differenziert nach unterschiedlichen Haushaltsgrößen, nach Haushalten mit Personen über 65 Jah-

¹³⁶ Der Zugang zur Wohnung ist stufen- beziehungsweise schwellenlos möglich. Dies gilt auch dann als gegeben, wenn zur Überwindung von Stufen oder Schwellen Hilfssysteme vorhanden sind.

¹³⁷ Als ausreichend gilt eine Breite der Flure von 120 cm.

¹³⁸ Als ausreichend gilt eine Breite der Haustüren von 90 cm.

¹³⁹ Die Wohnung ist, gegebenenfalls auch mit vorhandenen Hilfssystemen zur Überwindung von Stufen, erreichbar.

¹⁴⁰ Als ausreichend gilt eine Breite der Wohnungstür von 90 cm.

¹⁴¹ Als ausreichend gilt eine Breite von 90 cm.

¹⁴² Der Bewegungsraum im Bad könnte auch mit einem Rollstuhl genutzt werden.

¹⁴³ In Tabelle sind nicht alle erfragten Merkmale dargestellt. Die folgenden Merkmale der Barriere-Reduzierung von Wohnungen wurden erfragt: keine Schwellen/Bodenunebenheiten; alle Räume stufenlos erreichbar; ausreichende Breite: Wohnungstür; ausreichende Breite: Raamtüren; ausreichende Breite: Flure; genügend Raum: Küchenzeile; genügend Raum: Bad/Sanitär; Einstieg zur Dusche ebenerdig; keines der aufgeführten Merkmale; alle aufgeführten Merkmale.

ren und nach Haushaltsnettoeinkommen auszuwerten. Diese Auswertungen zeigen im Wesentlichen, dass es weder bezogen auf die Haushaltsgröße noch darauf, ob ein Mitglied des Haushalts älter als 65 Jahre ist, Unterschiede in den Einschätzungen dazu gibt, ob die eigene Wohnung oder das eigene Wohngebäude Merkmale der Barrierefreiheit erfüllt. Lediglich ein hohes Haushaltsnettoeinkommen von über 3.200 Euro wirkt sich positiv auf das Vorhandensein von Merkmalen der Barrierenreduzierung aus.

Aktuell sind nach Erhebungen des Mikrozensus nur 560.000 Wohnungen barrierearm. Bis zum Jahr 2035 prognostiziert eine Evaluationsstudie des KfW-Programms *Altersgerecht Umbauen* (https://www.kfw.de/KfW-Konzern/Newsroom/Aktuelles/News-Details_582720.html) eine Versorgungslücke von rund zwei Millionen altersgerechten Wohnungen. Der Bund und die KfW unterstützten mit dem Förderprogramm seit dem Jahr 2009 bis einschließlich 30.11.2020 den altersgerechten Umbau von mehr als 500.000 Wohnungen. Zu den typischen Modernisierungsmaßnahmen zählen der Einbau einer bodengleichen Dusche, das Entfernen von Türschwellen oder der Einbau von Aufzügen. (KfW 2020)

Bundesweite Erhebungen zum Stand der Barrierefreiheit speziell in Haushalten von Menschen mit Beeinträchtigungen liegen bisher nicht vor. Mit der Teilhabebefragung werden Informationen von Menschen mit Seh-, Hör- oder Bewegungsbeeinträchtigungen unter anderem zur barrierefreien Ausstattung ihrer Wohnung erfragt. Über zu vermutende regionale Unterschiede in der Versorgung mit barrierefreiem Wohnraum wird aber auch die Teilhabebefragung keine Auskunft geben können.

Eine barrierefrei zugängliche und nutzbare Wohnung allein garantiert noch keine selbstständige Lebensführung ohne bauliche Hindernisse. Hierfür ist zusätzlich erforderlich, dass die Wohnung an grundlegende Versorgungsmöglichkeiten (wie z. B. an Gesundheitsversorgung, öffentlicher Personennahverkehr [ÖPNV], Einkaufsmöglichkeiten oder Freizeitangebote) angebunden ist, die von Menschen mit Beeinträchtigungen genutzt werden können (Abschnitt 6.2).

Vertiefende Informationen zu Unterstützungsleistungen für eine barrierefreie Ausgestaltung des Wohnraums, die im Rahmen der Eingliederungshilfe geleistet werden, finden sich im Abschnitt 6.4.1 zu den Leistungen zur Ermöglichung der Teilhabe im Bereich *Wohnen*.

6.1.2 Unterstützte Formen des Wohnens

Für Menschen mit Beeinträchtigungen, denen ein selbstständiges Leben im eigenen Haushalt Schwierigkeiten bereitet, werden diverse organisierte Formen des

Zusammenlebens angeboten. Zu ihnen zählen neben ambulant betreutem Einzelwohnen und ambulant betreuten Wohnungen auch stationäre Wohneinrichtungen. Eine besondere unterstützte Wohnform ist das betreute Wohnen in Familien.

Mit dem Inkrafttreten des BTHG entfällt die bisherige Trennung von ambulanten und stationären Wohnformen. Die bis dahin unter stationären Einrichtungen angeführten Wohnformen werden als besondere beziehungsweise gemeinschaftliche Wohnformen (§ 42a SGB XII) bezeichnet. Im vorliegenden Bericht wird jedoch die im betrachteten zurückliegenden Zeitraum geltende Begrifflichkeit beibehalten.

Inwieweit Menschen mit Beeinträchtigungen ihren Aufenthaltsort tatsächlich ihren Wünschen entsprechend frei wählen können, wie es Artikel 19 UN-BRK als Ziel definiert, wurde bisher noch nicht auf repräsentativer Grundlage untersucht.

Formen des betreuten Wohnens

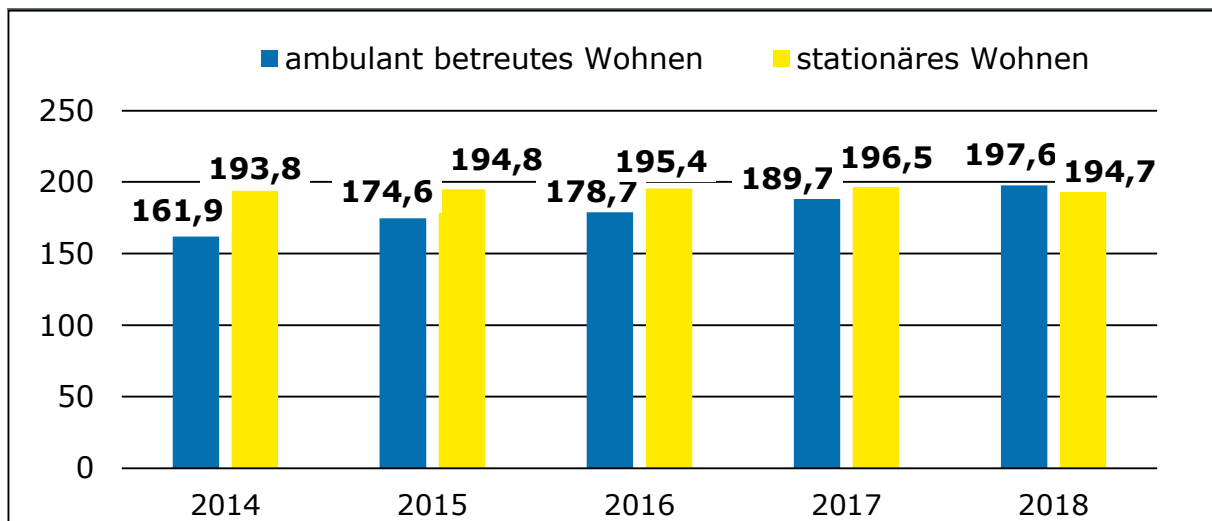
Ambulant betreutes Wohnen in einem Privathaushalt ermöglicht Menschen mit Beeinträchtigungen ein höheres Maß an selbstbestimmter Lebensführung als stationäre Wohnformen und bietet zugleich eine Unterstützung, die für viele Menschen mit Beeinträchtigungen, die nicht völlig selbstständig wohnen können, ausreichend ist. Daher gibt es vonseiten der Politik, der zuständigen Sozialhilfeträger (jetzt Träger der Eingliederungshilfe) und der Leistungsanbieter seit mehreren Jahren Bemühungen, ambulant betreutes Wohnen zu stärken (Grundsatz „ambulant vor stationär“). Dies zeigt sich vor allem im Ausbau ambulanter Angebotsstrukturen. Evaluationsstudien zu diesem Ambulantisierungsprozess bestätigen, dass mit dem Wechsel aus einer stationären Wohngruppe in einen eigenständigen Haushalt positive Veränderungen der Lebenssituation einhergehen, wenn dieser durch eine konzeptionelle Weiterentwicklung der ambulanten Betreuung und eine Stärkung von Netzwerkbeziehungen begleitet wird. Durch den Umzug in einen eigenständigen Haushalt können die Wahrnehmung der eigenen Handlungsfähigkeit sowie das Gefühl einer weitergehenden Eigenverantwortung und Selbstbestimmung im Alltag gestärkt werden (Franz / Beck 2015). Im Zuge des Trends zu ambulant betreuten Wohnformen ist ein Ausbau von entsprechenden Angeboten zu verzeichnen.

Die Entwicklung der Zahl der Leistungsbeziehenden, die im Rahmen der Eingliederungshilfe Hilfen zum selbstbestimmten Leben im ambulant betreuten oder stationären Wohnen erhielten, unterstreicht diese Tendenz: Während die Zahl der Leistungsbeziehenden des stationären Wohnens zwischen Ende 2014 und Ende 2018 bei rund 195.000 weitgehend stagnierte, stieg die Zahl der Leistungsbeziehenden des ambulant betreuten Wohnens im selben Zeitraum deutlich um

22 Prozent von 161.896 auf 197.612 Personen (Abbildung 63). Damit wurden in Deutschland am Jahresende 2018 erstmals mehr Leistungsbeziehende von Hilfen zu einem selbstbestimmten Leben ambulant als stationär betreut (50,4 %). Bezogen auf die Gesamtzahl aller Menschen mit Beeinträchtigungen – 2017 gab es in Deutschland rund 12,5 Millionen Menschen mit Beeinträchtigungen – nahm damit ein sehr geringer Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen Leistungen des betreuten Wohnens in Anspruch (2017: Anteil von rund 3 % aller Menschen mit Beeinträchtigungen).

Abbildung 63: Leistungsbeziehende von Hilfen zu einem selbstbestimmten Leben im ambulant betreuten und im stationären Wohnen

Leistungsbeziehende von Leistungen nach § 53 SGB XII (alt) zum Jahresende, in 1.000 Personen



Quelle: Sozialhilfestatistik, Berechnung und Darstellung Prognos

Eine nach Alter differenzierte Betrachtung zeigt, dass die jüngeren Leistungsberechtigten (mit Ausnahme der Altersgruppe unter 18 Jahren) relativ häufiger Leistungen des ambulant betreuten Wohnens in Anspruch nahmen als die älteren (Tabelle 83). So lebten die 18- bis 40-jährigen Leistungsberechtigten (56,4 %) im Jahr 2018 anteilig deutlich häufiger in ambulant betreuten Wohnmöglichkeiten als die 65-Jährigen und Älteren (33,1 %). Mögliche Ursachen sind eine restriktivere Handhabung des Neuzugangs in stationäre Wohnformen bei gleichzeitig bestehenden ambulanten Alternativen und ein steigender Unterstützungsbedarf aufgrund altersbedingt zunehmender Einschränkungen bei der selbstständigen Lebensführung und der sozialen Teilhabe. Der hohe Anteil der stationär wohnenden Menschen mit Beeinträchtigungen unter 18 Jahren wird darauf zurückzuführen sein, dass sie in erster Linie dann betreute Wohnangebote nutzen, wenn eine

Betreuung durch die eigenen Eltern aufgrund der Schwere der Beeinträchtigungen nicht möglich ist. Dies ist auch eine Erklärung für die geringen Fallzahlen.

Tabelle 83: Leistungsbeziehende von Hilfen zu einem selbstbestimmten Leben im ambulant betreuten und stationären Wohnen nach Altersgruppen

Leistungen gemäß § 53 SGB XII (alt), Leistungsbeziehende zum Jahresende, 2018

Altersgruppen	Insgesamt	ambulant betreutes Wohnen		stationäres Wohnen	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
bis 18 Jahre	5.562	986	17,7 %	4.576	82,3 %
18 bis 40 Jahre	136.395	76.951	56,4 %	59.444	43,6 %
40 bis 65 Jahre	213.174	105.819	50,4 %	105.819	49,6 %
ab 65 Jahre	37.202	24.882	33,1 %	24.882	66,9 %
gesamt	392.333	197.612	50,4 %	194.721	49,6 %

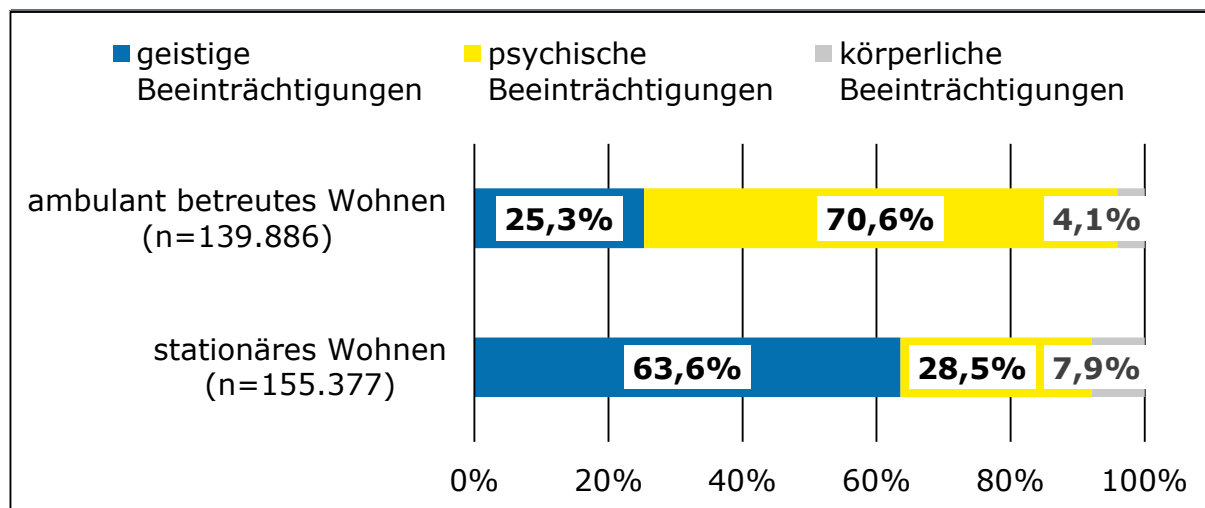
Quelle: Sozialhilfestatistik, Berechnung und Darstellung Prognos

Unter den Leistungsbeziehenden des stationären Wohnens bildeten Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen die mit Abstand größte Gruppe (63,6 %), während bei den Leistungsbeziehenden des ambulant betreuten Wohnens Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen den ebenso mit Abstand größten Anteil ausmachten (70,6 %; Abbildung 64). Der politisch gewünschte Trend zu möglichst selbstständigen Wohnformen setzte sich demnach bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen nicht in gleichem Maße durch wie bei Menschen mit anderen Beeinträchtigungsformen.¹⁴⁴

¹⁴⁴ Weiterführende Informationen zu Hilfen zum selbstbestimmten Leben, die im Rahmen der Eingliederungshilfe geleistet werden, finden sich in Abschnitt 6.4.1.

Abbildung 64: Leistungsbeziehende von Hilfen zu einem selbstbestimmten Leben im ambulant betreuten und stationären Wohnen

nach Form der Beeinträchtigungen, Leistungen gemäß § 53 SGB XII (alt), Leistungsbeziehende zum Jahresende, 2017



Quelle: con_sens 2017, Berechnung und Darstellung Prognos

Hilfen zum ambulant betreuten Wohnen werden überwiegend Leistungsbeziehenden gewährt, die in der eigenen Wohnung leben: Im Jahr 2018 bezogen 88,4 Prozent der insgesamt 197.612 Leistungsbeziehenden von Hilfen zum ambulant betreuten Wohnen diese Leistung. Die übrigen Leistungsbeziehenden lebten in einer Wohngemeinschaft (Tabelle 84). Diese prozentuale Verteilung war im Zeitraum 2014 bis 2018 weitgehend stabil.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Tabelle 84: Leistungsbeziehende von Hilfen zu einem selbstbestimmten Leben in einer ambulant betreuten Wohnform

Leistungen gemäß § 53 SGB XII (alt), Leistungsbeziehende zum Jahresende

Jahr	Insgesamt	in einer eigenen Wohnung	in einer Wohngemeinschaft
2014	161.896	143.318	18.578
2015	174.558	154.962	19.596
2016	178.736	158.534	20.202
2017	189.690	167.953	21.737
2018	197.612	174.593	23.019
Veränderung 2014 bis 2018	+ 22,1 %	+ 21,8 %	+ 23,9 %

Quelle: Sozialhilfestatistik, Berechnung und Darstellung Prognos

Wohnen in Gast- und Pflegefamilien

Eine besondere unterstützte Wohnform ist das betreute Wohnen in Familien (BWF). Nach diesem Konzept lebt ein Mensch mit Beeinträchtigungen längerfristig bei einer Gastfamilie beziehungsweise einer Einzelperson und wird von ihr umfassend betreut und begleitet. Mit dem Konzept des BWF sollen die personenzentrierte Betreuung entsprechend des individuellen Hilfebedarfs, die von der Gastfamilie geleistet wird, und die Gemeindeintegration erreicht werden. Die Familie und ihr Gast werden von einer erfahrenen pädagogischen Fachkraft unterstützt, die als Ansprechperson bei allen auftretenden Fragen und Problemen zur Verfügung steht (DVGP 2016).

Die Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie sind als Leistung der Eingliederungshilfe seit dem 1. Januar 2020 in § 113 Absatz 2 Nr. 4 in Verbindung mit § 80 SGB IX geregelt.¹⁴⁵ Mit der Neuregelung im SGB IX wurde die Leistung ausdrücklich auf Volljährige ausgedehnt (§ 80 SGB IX: Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie).

¹⁴⁵ Bis zum 31. Dezember 2019 waren Leistungen der Betreuung in einer Pflegefamilie in § 54 Absatz 3 SGB XII geregelt. Dieser Paragraph wurde mittlerweile aufgehoben. Grund hierfür ist das BTHG, durch das die Eingliederungshilfe deutlich umstrukturiert und verändert wurde. Zum 1. Januar 2020 wurde die Eingliederungshilfe aus der Sozialhilfe herausgelöst und als Teil 2 ins SGB IX übernommen.

Die Gastfamilie erhält für die Betreuung und Versorgung des Gastes ein monatliches Betreuungsentgelt durch die Eingliederungshilfe (Kapitel 2 SGB IX). Die Kostenerstattung für Lebenshaltung und Unterkunft orientiert sich an den Sätzen der Sozialhilfe, Grundsicherung oder des Arbeitslosengelds II (Hilfe zum Lebensunterhalt gemäß Kapitel 3 SGB XII).

Informationen über die Anzahl der in Pflegefamilien betreuten Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen sowie über die hierfür entstehenden Kosten werden in der Sozialhilfestatistik nicht gesondert ausgewiesen.

Betreute Wohneinrichtungen für Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen

Im Rahmen der Jugendhilfe werden nach § 35a SGB VIII Leistungen in betreuten Wohneinrichtungen für Kinder und Jugendliche mit (drohenden) seelischen Behinderungen sowie für junge Erwachsene unter 27 Jahren mit (drohenden) seelischen Behinderungen erbracht. Zum Jahresende 2018 lebten 14.078 Kinder, Jugendliche sowie junge Erwachsene mit (drohenden) seelischen Behinderungen in betreuten Wohneinrichtungen, darunter 9.833 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Deren Anzahl war seit dem Jahr 2014 um 19,8 Prozent (Kinder, Jugendliche sowie junge Erwachsene) beziehungsweise 17,2 Prozent (Kinder und Jugendliche) angestiegen (Tabelle 85).

Für Kinder und Jugendliche mit geistigen oder körperlichen Behinderungen war vor Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) die Eingliederungshilfe nach dem 6. Kapitel des SGB XII (alt) zuständig.¹⁴⁶ Ende des Jahres 2018 lebten 4.576 dieser Kinder und Jugendlichen in stationären Wohneinrichtungen. Das waren fast genauso viele wie im Jahr 2014 (Rückgang um 0,7 % zwischen 2014 und 2018), wobei deren Anzahl zwischenzeitlich auf bis zu 4.704 Kinder angestiegen war (Tabelle 85).

Rechnet man die Leistungsbeziehenden von Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII und nach SGB XII (alt) unter 18 Jahren in stationären Wohneinrichtungen zusammen, so bezogen am Jahresende 2018 insgesamt 14.409 Kinder und Jugendliche entsprechende Leistungen. Das waren 10,9 Prozent mehr als noch im Jahr 2014. Gemessen an der Gesamtzahl aller Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen wurden diese Leistungen nur wenig nachgefragt. Die meisten

¹⁴⁶ Die Regelungen zur Eingliederungshilfe nach den §§ 53 ff. SGB XII wurden durch das BTHG aufgehoben, die Leistungen der Eingliederungshilfe neu strukturiert und in Teil 2 des SGB IX überführt.

Kinder und Jugendlichen lebten außerhalb von stationären Wohneinrichtungen in ihren Herkunftsfamilien.

Tabelle 85: Leistungsbeziehende von Eingliederungshilfe unter 18 Jahren in stationären Wohneinrichtungen

Leistungsbeziehende zum Jahresende

Jahr	nach § 35a SGB VIII*	nach SGB XII (alt) **	Insgesamt
2014	8.388	4.607	12.995
2015	8.500	4.687	13.187
2016	8.686	4.671	13.357
2017	9.222	4.704	13.926
2018	9.833	4.576	14.409
Veränderung 2014 bis 2018	+ 17,2 %	- 0,7 %	+ 10,9 %

* Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit (drohenden) seelischen Behinderungen.

** Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit geistigen oder körperlichen Behinderungen.

Quellen: Kinder- und Jugendhilfestatistik und Sozialhilfestatistik, Berechnung und Darstellung Prognos

6.1.3 Wohnsituation von Menschen mit Pflegebedarf

Pflegebedürftig im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Als pflegebedürftig geltende Personen müssen körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen aufweisen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Zudem muss die Pflegebedürftigkeit auf Dauer, das heißt voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen (§ 14 Absatz 1 SGB XI). Diese Definition gilt seit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Einführung der fünf Pflegegrade zum 1. Januar 2017. Zuvor wurden Personen ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nicht zu den Pflegebedürftigen gezählt (Statistisches Bundesamt 2018b). Angesichts der demografischen Entwicklung ist

künftig von einer starken Zunahme der Zahl der Menschen mit Pflegebedarf auszugehen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010).

Am Jahresende 2019 bezogen insgesamt 4,1 Millionen Personen Leistungen der Pflegeversicherung (5,0 % der Bevölkerung). Pflegebedürftige werden überwiegend (Anteil von 80,2 %) in Privathaushalten versorgt (Tabelle 86). Seit dem Jahr 2011 stieg die Zahl der Pflegebedürftigen um 65,0 Prozent. Dieser Zuwachs ist insbesondere auf die in Privathaushalten versorgten Pflegebedürftigen zurückzuführen, deren Zahl sich im Betrachtungszeitraum stark erhöhte (+ 88,2 %). Auch die Zahl der in stationären Einrichtungen versorgten Pflegebedürftigen erhöhte sich zwischen 2011 und 2019 – mit Ausnahme des Zeitraums zwischen 2017 und 2019 – kontinuierlich (+ 10,1 %).

Tabelle 86: Pflegebedürftige nach Wohnsituation

Daten zum Jahresende

Jahr	Pflegebedürftige insgesamt	in vollstationären Einrichtungen	in Privathaushalten (ambulante Pflege)
2011	2.501.441	743.120	1.758.321
2013	2.626.206	764.431	1.861.775
2015	2.860.293	783.416	2.076.877
2017	3.414.378	819.516	2.594.862
2019	4 127 605	818 317	3 309 288
Veränderung 2011 bis 2019	+ 65,0 %	+ 10,1 %	+ 88,2 %

Quelle: Pflegestatistik, Berechnung und Darstellung Prognos

Die rund 2,6 Millionen pflegebedürftigen Menschen in Privathaushalten wurden im Jahr 2017 vorwiegend allein durch Angehörige gepflegt (Anteil von 68,0 %, Tabelle 87). Seit dem Jahr 2011 verdoppelte sich die Zahl der Pflegebedürftigen, die zu Hause allein durch Angehörige gepflegt werden, fast (+ 49,3 %). Auch die Zahl der Pflegebedürftigen, die mithilfe beziehungsweise durch ambulante Pflegedienste versorgt werden, erhöhte sich deutlich um 44,0 Prozent.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Tabelle 87: Pflegebedürftige in Privathaushalten (ambulante Pflege)
Daten zum Jahresende

Jahr	Pflege allein durch Angehörige	Pflege durch ambulante Pflegedienste
2011	1.182.057	576.264
2013	1.245.929	615.846
2015	1.384.604	692.273
2017	1.764.904	829.958
2019	2 116 451	1 192 837
Veränderung 2011 bis 2019	+ 79,1 %	+ 107,0 %

Quelle: Pflegestatistik, Berechnung und Darstellung Prognos

Im Rahmen eines Forschungsprojektes in Westfalen-Lippe aus dem Jahr 2018 wurde untersucht, in welchen Wohnsettings Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen im Alter leben. Dabei wurden Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI und Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII – in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung (vor Inkrafttreten des BTHG) – sowie Selbstständiges Wohnen beziehungsweise Wohnen in der Familie unterschieden:¹⁴⁷

- Die Mehrzahl der Menschen mit geistiger Behinderung über 65 Jahren (59,3 %) wohnte in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe,
- weitere 8,0 Prozent lebten in ambulant betreuten Wohnformen und
- 10,7 Prozent wohnten selbstständig beziehungsweise mit der eigenen Familie oder in einer Gastfamilie;
- 21,9 Prozent lebten in einer stationären Pflegeeinrichtung – 8,1 Prozent in einer allgemeinen und 13,8 Prozent in einer zielgruppenspezifischen Pflegeeinrichtung. (Thimm et al. 2018)

Eine Studie der Prognos AG aus dem Jahr 2018 für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) befasst sich mit dem Pflege- und Unterstützungsbedarf sogenannter vulnerabler Gruppen. Dabei geht es unter anderem um „ältere Menschen mit Behinderung, insbesondere mit geistiger Behinderung, und Pflegebedürftigkeit“. Ein Ergebnis dieser Studie ist, dass „die Notwendigkeit einer pflegerischen Versorgung (...) das selbstständige Leben für Menschen mit Beeinträchtigungen

¹⁴⁷ Die Ergebnisse setzen sich aus den kombinierten Ergebnissen einer Erhebung im Dezember 2014 (Eingliederungshilfe) und im Mai 2016 (Erhebung in Pflegeeinrichtungen) zusammen.

insbesondere außerhalb von Einrichtungen noch voraussetzungsvoller (macht). Dort muss die pflegerische Versorgung oft zusätzlich zu weiteren beeinträchtigungsbedingten Unterstützungsleistungen erbracht werden. Auch im stationären Bereich ist der Verbleib in einer betreuten Wohneinrichtung der Eingliederungshilfe nur möglich, wenn dort die pflegerische Versorgung in ausreichendem Maß gewährleistet wird. (...) Grundsätzlich ist im Falle einer Pflegebedürftigkeit die selbstbestimmte Wahl des eigenen Wohnorts gefährdet“ (Maetzel / Sulzer 2018). Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass Pflegebedürftigkeit abhängig vom Umfang – auch im Alter – die freie Wahl des eigenen Wohnortes zusätzlich einschränken kann.

6.2 Barrierefreiheit im öffentlichen Raum

Nach § 4 Bundesgleichstellungsgesetz (BGG) sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche dann 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.“ Zulässig ist dabei die Nutzung behinderungsbedingt notwendiger Hilfsmittel.

Eine barrierefreie Gestaltung des öffentlich zugänglichen Raums und des öffentlichen Nah- und Fernverkehrs sind damit ebenso wie Möglichkeiten einer barrierefreien Kommunikation und Informationsbeschaffung wesentliche Voraussetzungen für eine selbstbestimmte Gestaltung des alltäglichen Lebens und damit der Teilhabe. Nach Artikel 9 UN-BRK treffen die Vertragsstaaten geeignete Maßnahmen mit dem Ziel, Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen den Zugang zur physischen Umwelt (das heißt zu Transportmitteln sowie zu Informationen und Kommunikation) sowie zu anderen Einrichtungen und Diensten zu gewährleisten, die der Bevölkerung offenstehen oder für sie bereitgestellt werden.¹⁴⁸

6.2.1 Bauliche Barrierefreiheit

Die Umsetzung der Vorgaben des Artikels 9 UN-BRK hinsichtlich der Gestaltung des öffentlich zugänglichen Raums ist eine Aufgabe, die insbesondere auch die Kommunen betrifft. So müssen Wohnquartiere so umgestaltet beziehungsweise

¹⁴⁸ Zum Thema Barrierefreiheit im öffentlichen Raum äußert sich der wissenschaftliche Beirat im Kommentar zu diesem Kapitel.

umgebaut werden, dass Menschen mit Beeinträchtigungen eine möglichst selbstständige Lebensführung in der Wohnung und Wohnumgebung möglich ist. Hinzu kommt die Verpflichtung zu einer barrierefreien Gestaltung öffentlich zugänglicher Gebäude sowie des öffentlichen Verkehrs- und Freiraumes. Orientierung bieten hier die DIN-Normen 18040-1 und 18040-3, deren (teilweise) Einführung als technische Baubestimmung jedem Bundesland selbst obliegt.

Die DIN-Norm 18040-1 *Barrierefreies Bauen – Planungsgrundlagen – Teil 1: Öffentlich zugängliche Gebäude* (HyperJoint GmbH 2020a) bezieht sich auf öffentlich zugängliche Gebäude. Dies sind in Anlehnung an die Musterbauordnung (§ 50 Abs. 2 MBO):

- Einrichtungen der Kultur und des Bildungswesens
- Sport- und Freizeitstätten
- Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Büro-, Verwaltungs- und Gerichtsgebäude
- Verkaufs- und Gaststätten
- Stellplätze, Garagen und Toilettenanlagen

Die DIN-Norm 18040-3 *Barrierefreies Bauen – Planungsgrundlagen – Teil 3: Öffentlicher Verkehrs- und Freiraum* (HyperJoint GmbH 2020c) beinhaltet weitere Bestimmungen zur Barrierefreiheit im öffentlichen Raum. Diese beziehen sich unter anderem auf:

- Flächen, Raumbedarf
- Pflaster und Plattenbeläge
- Leitsysteme
- Fußgängerbereiche
- Überquerungsstellen
- Rampen, Aufzüge und Treppen
- Behindertenparkplätze
- Bahnhöfe, Gleisanlagen
- Infrastrukturelemente, Ausstattung, Möblierung im Verkehrs- und Freiraum
- Türen, Notruf, Sanitär
- Freizeitanlagen

Landesrechtliche Bestimmungen konkretisieren die Umsetzung einer barrierefreien Gestaltung von öffentlich zugänglichen Gebäuden und des öffentlichen Raums. Das Konzept des *Designs für Alle* (DfA) ist eine Weiterentwicklung des Prinzips der Barrierefreiheit. Dieses Konzept für die Planung und Gestaltung von Produkten, Dienstleistungen und Infrastrukturen hat neben der barrierefreien

Nutzbarkeit auch ein attraktives und nicht stigmatisierendes Design im Blick. (EDAD 2020)

Erkenntnisse bezüglich der Barrierefreiheit in deutschen Städten liegen auf Basis von deutschlandweiten repräsentativen Umfragen der Aktion Mensch vor, die in den Jahren 2012, 2016 und 2017 durchgeführt wurden. Den Ergebnissen der Befragung des Jahres 2017 zufolge bestand aus Sicht von circa 80 Prozent der Antwortenden ein großer Handlungsbedarf beim Abbau von Barrieren bei der Zugänglichkeit von Gebäuden und Plätzen, öffentlicher Infrastruktur, privatem Wohnen, Mobilität (ÖPNV) sowie des Arbeitsmarkts. Dies entspricht in etwa dem Befragungsergebnis aus dem Jahr 2012. (Aktion Mensch 2017)

Barrierefreiheit im öffentlich zugänglichen Raum ist auch bei Angeboten von privaten Dienstleistern und Geschäften, wie z. B. Cafés, Restaurants oder Gaststätten, gefordert. Die barrierefreie Nutzbarkeit der zum Betrieb des Gewerbes für Gäste bestimmten Räume durch Menschen mit Behinderungen ist nach § 4 Absatz 1 Gaststättengesetz (GastG) – mit Ausnahmen¹⁴⁹ – eine zentrale Voraussetzung für die Betriebserlaubnis eines Gastgewerbes. Sollte eine barrierefreie Gestaltung der Räume allerdings nicht oder nur unter unzumutbaren Aufwendungen möglich sein, kann der Betreiberin beziehungsweise dem Betreiber dennoch die Betriebserlaubnis erteilt werden. Wie eine Unzumutbarkeit oder eine Unmöglichkeit der barrierefreien Gestaltung der Gasträume festgestellt wird, wird im Gesetz nicht näher ausgeführt. Vorgaben für die barrierefreie Gestaltung von Versammlungsräumen finden Betreiberinnen und Betreiber von Gaststätten in den Versammlungsstättenverordnungen (VStättVO) der Länder. Im Fokus stehen dabei insbesondere Rollstuhlfahrerinnen und -fahrer und sonstige mobilitätseingeschränkte Personen, für die beispielsweise ein Fahrzeugstellplatz oder barrierefreie Toiletten zur Verfügung gestellt werden sollten. (blaueQuelle GmbH 2020) Bundesweite Daten zum Stand der Barrierefreiheit in Gastronomiebetrieben liegen nicht vor. In der bereits erwähnten Befragung der Aktion Mensch aus dem Jahr 2017 schnitt der Bereich *Gastronomie & Szene* bei Bewohnerinnen und Bewohnern aller fünf befragten Metropolen schlecht ab und lag regelmäßig unter den vier Schlusslichtern der betrachteten Lebensbereiche (Aktion Mensch 2017).

Informationen über die Barrierefreiheit von öffentlich zugänglichen Orten sind für Menschen mit Beeinträchtigungen mittlerweile auch über moderne Informationstechnologien verfügbar. So können Rollstuhlfahrerinnen und -fahrer beziehungs-

¹⁴⁹ Von der Regelung ausgenommen sind Gebäude, für die vor dem 1. November 2002 eine Baugenehmigung für die erstmalige Errichtung, für einen wesentlichen Umbau oder eine wesentliche Erweiterung erteilt wurde oder (sollte eine Baugenehmigung nicht erforderlich sein) die vor dem 1. Mai 2002 fertiggestellt oder wesentlich umgebaut oder erweitert wurden.

weise Menschen mit Mobilitätseinschränkungen seit dem Jahr 2010 beispielsweise über die vom Berliner Verein SOZIALHELDEN e. V. entwickelte und auf OpenStreetMap basierende *Wheelmap* – eine Karte für rollstuhlgerechte Orte – prüfen, welche Orte in ihrer Umgebung und weltweit rollstuhlgerecht sind. Die Nutzerinnen und Nutzer können gleichzeitig ihnen selbst bekannte öffentlich zugängliche Orte mittels eines Ampelsystems bezüglich ihrer Rollstuhlgerechtigkeit bewerten und somit ihre Ortskenntnisse mit anderen Nutzerinnen und Nutzern teilen. Die *Wheelmap* ist über das Internet (www.wheelmap.org) oder als kostenlose App für Smartphones verfügbar. Im November 2019 waren in der *Wheelmap* rund 1 Million Cafés, Bibliotheken, Schwimmbäder und viele weitere öffentlich zugängliche Orte erfasst, die Mehrzahl davon als „voll rollstuhlgerecht“. Die hinterlegten Informationen beziehen sich schwerpunktmäßig auf öffentlich zugängliche Orte in Deutschland. (Sozialhelden e. V. 2019)

6.2.2 Erster Einblick in die Teilhabebefragung: Barrieren im öffentlichen Raum aus Sicht von Menschen mit Beeinträchtigungen

In diesem Abschnitt wird ein Einblick in Daten der umfassenden Teilhabebefragung gegeben, die sich auf die subjektive Wahrnehmung von Barrieren im öffentlichen Raum beziehen.

Ein grundlegender Mehrwert der Ergebnisse der Teilhabebefragung ist, dass die Teilgruppen der Menschen mit Beeinträchtigungen gemäß den Kriterien der ICF abgegrenzt werden können. Umfassende Fragen zur Art und Schwere von Beeinträchtigungen und mit diesen verbundenen Einschränkungen im Alltagsleben erlauben eine deutlich bessere Abgrenzung, als sie in den aktuell verfügbaren repräsentativen Datenquellen wie dem Mikrozensus und dem SOEP möglich ist, auf denen dieser Bericht in weiten Teilen beruht.¹⁵⁰

Aufgrund der noch nicht abgeschlossenen Erhebungen und Datenaufbereitungen im Zusammenhang mit der Teilhabebefragung werden in diesem Bericht nur exemplarische Einblicke gegeben. Dabei werden solche Themen ausgewählt, die mit den bisher verwendeten Datenquellen nicht zufriedenstellend beantwortet werden können. Ein solches Thema stellen die Barrieren im öffentlichen Raum dar.

Der öffentliche Raum ist ein im Alltagsleben bedeutsamer Teil der Umwelt, zu dem öffentlich genutzte Gebäude, Straßen und Plätze zählen. Er umfasst unter

¹⁵⁰ Zu den Menschen mit Behinderung werden in den folgenden Auswertungen alle Menschen gezählt, die eine Beeinträchtigung haben, die sie dauerhaft (mindestens sechs Monate) in mindestens einer Aktivität (Sehen, Hören, Sprechen, Bewegen, Lernen/Denken/Erinnern) *ziemlich* oder *stark* beeinträchtigt, wenn diese Beeinträchtigung sie zugleich im Alltag *ziemlich* oder *stark* einschränkt. Weitere Hintergründe zur Methodik finden sich in Kapitel 12.

anderem Geschäfte des Einzelhandels, Behörden, Bahnhöfe und Haltestellen, Sportanlagen, Gastronomie und kulturelle Veranstaltungsorte. Je nach Ausgestaltung des öffentlichen Raums wird eine selbstbestimmte Gestaltung des alltäglichen Lebens für Menschen mit Beeinträchtigungen begünstigt oder behindert. Je mehr Barrieren Menschen mit Beeinträchtigungen im öffentlichen Raum vorfinden, umso eher sind sie von der Unterstützung anderer Personen abhängig. Artikel 9 UN-BRK verpflichtet daher die Vertragsstaaten zu Maßnahmen mit dem Ziel, „Menschen mit Behinderungen den gleichberechtigten Zugang zur physischen Umwelt, zu Transportmitteln (...) sowie zu anderen Einrichtungen und Diensten, die der Öffentlichkeit (...) offenstehen oder für sie bereitgestellt werden, zu gewährleisten.“ Ein möglichst barrierefreier öffentlicher Raum ist also für ein selbstbestimmtes Alltagsleben von Bedeutung und zugleich ein zentrales Anliegen der UN-BRK.

In der Teilhabeberichterstattung mangelt es bislang an repräsentativen Informationen darüber, wie Menschen mit Beeinträchtigungen Barrieren im öffentlichen Raum wahrnehmen. Zumeist werden strukturelle Daten herangezogen, die über Barrierefreiheit bestimmter Einrichtungsarten Auskunft geben. Doch auch diese Daten geben nur teilweise Auskunft darüber, inwieweit die gleichberechtigte Nutzung des öffentlichen Raums von Menschen mit Beeinträchtigungen und damit ihre selbstbestimmte Lebensführung durch Barrieren erschwert wird.

Die Teilhabebefragung bietet nun die Möglichkeit, diese Lücke zu schließen. Die Personen in der Stichprobe werden danach gefragt, wie häufig sie außerhalb ihrer Wohnung auf ausgewählte Hindernisse treffen, die ihre gleichberechtigte Nutzung des öffentlichen Raums einschränken. Insgesamt wird nach 14 Hindernissen gefragt. Zusammen mit dem oben bereits erwähnten grundsätzlichen Mehrwert der Teilhabebefragung, einer an der ICF orientierten Abgrenzung von Menschen mit Beeinträchtigungen beziehungsweise Behinderungen sowie der Erfassung von Beeinträchtigungsformen, ermöglichen sie genauere Auskünfte darüber, wie die Teilgruppen der Menschen mit Beeinträchtigungen die Nutzbarkeit des öffentlichen Raums – unabhängig von einem objektiven Maßstab – selbst erleben.

Die erste Frage, die beantwortet wird, lautet:

- 1.** Wie häufig stoßen Menschen mit Beeinträchtigungen ihrer subjektiven Wahrnehmung nach auf Barrieren im öffentlichen Raum?

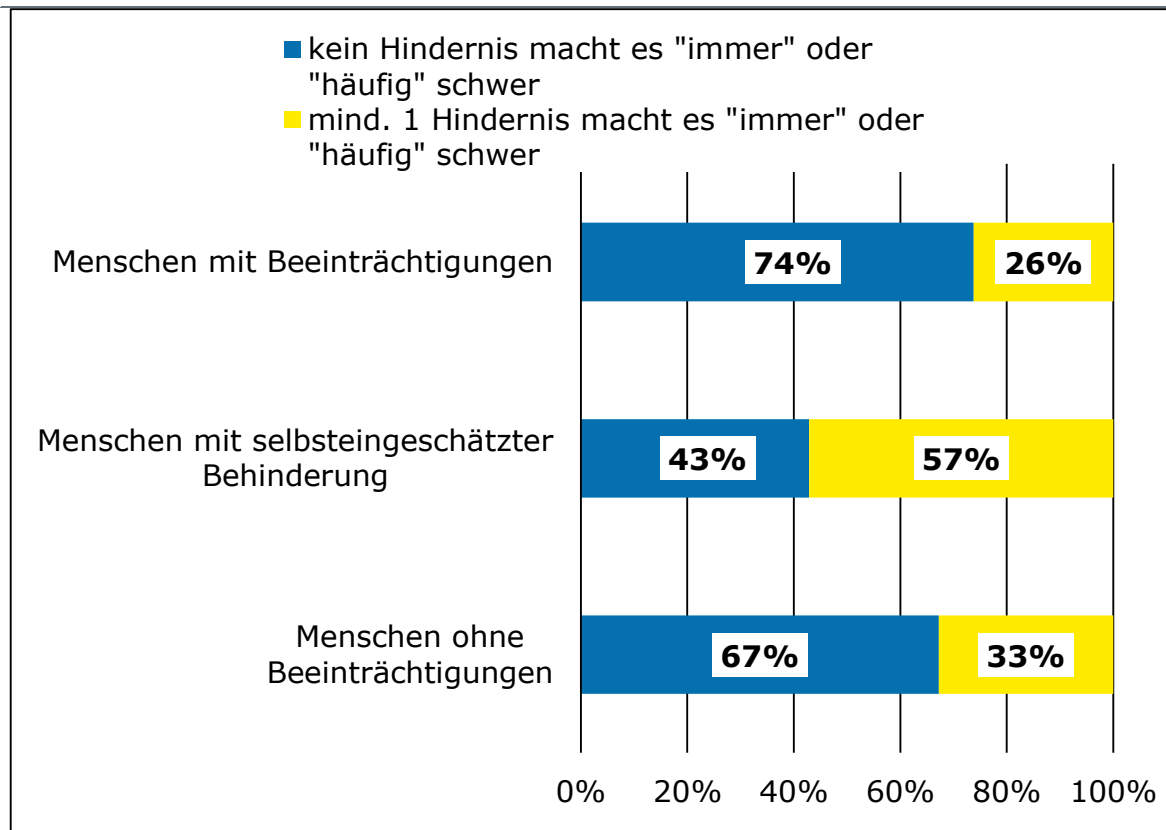
In Abbildung 65 wird dargestellt, welcher Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, der Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung und der Menschen ohne Beeinträchtigungen angibt, dass es ihnen mindestens eines von 14 abgefragten Hindernissen *immer* oder *häufig* außerhalb der Wohnung *schwer*

macht.¹⁵¹ Von den Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung erlebte den Antworten zufolge ein wesentlich größerer Anteil mindestens ein Hindernis im öffentlichen Raum als Erschwernis, als das bei den anderen Gruppen der Fall war. Während das für 57 Prozent der Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung zutraf, gaben es von den Menschen ohne Beeinträchtigungen nur 33 Prozent an. Neben dieser großen Differenz von 24 Prozentpunkten ist auch das Ergebnis der Gruppe der Menschen ohne Beeinträchtigungen von Interesse. Es zeigt, dass immerhin ein Drittel dieser Menschen auch ohne Beeinträchtigungen *häufig* oder *immer* Barrieren im öffentlichen Raum als Erschwernisse im Alltag wahrnahmen. Daraus lässt sich ein gemeinsames Interesse von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen ableiten, Barrieren im öffentlichen Raum zu beseitigen.

Warum Menschen mit Beeinträchtigungen, die keine Einschränkungen im Alltag im Zusammenhang mit ihren Beeinträchtigungen haben, zu einem noch kleineren Anteil von Hindernissen im öffentlichen Raum berichteten als Menschen ohne Beeinträchtigungen, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden und bedarf vertiefender Auswertungen.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

¹⁵¹ Um welche Hindernisse es sich handelt, ist Abbildung 66 zu entnehmen.

Abbildung 65: Wahrnehmung von Hindernissen im öffentlichen Raum

Quelle: Teilhabebefragung, Berechnung und Darstellung Prognos

Nach dieser auf Hindernisse im allgemeinen bezogenen Auswertung, wird im Folgenden ein Blick auf verschiedenen Hindernisarten geworfen. In Abbildung 66 wird ausschließlich für die Gruppe der Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung dargestellt, wie groß die Anteile von ihnen waren, denen es die angegebenen Hindernisse *häufig* oder *immer* schwer machten, wenn sie außerhalb ihrer Wohnung unterwegs waren. Die beiden Hindernisarten, die am häufigsten als einschränkend empfunden wurden, waren demnach Hindernisse auf Gehwegen und Straßen (27 %) sowie unverständliche Lautsprecherdurchsagen (24 %).

Dass bestimmte Barrieren nur von einem kleineren Teil der befragten Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung als einschränkend angeführt wurden, hat auch mit der Größe der Teilgruppen zu tun, die von ihnen betroffen sind. Es kann also nicht geschlossen werden, dass die Ausstattung mit Blindenleitsystemen vergleichsweise gut ist, denn diese sind ausschließlich für die Teilgruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen des Sehens relevant. Dennoch geben die in der Abbildung enthaltenen Informationen wichtige Hinweise darauf, für wie viele

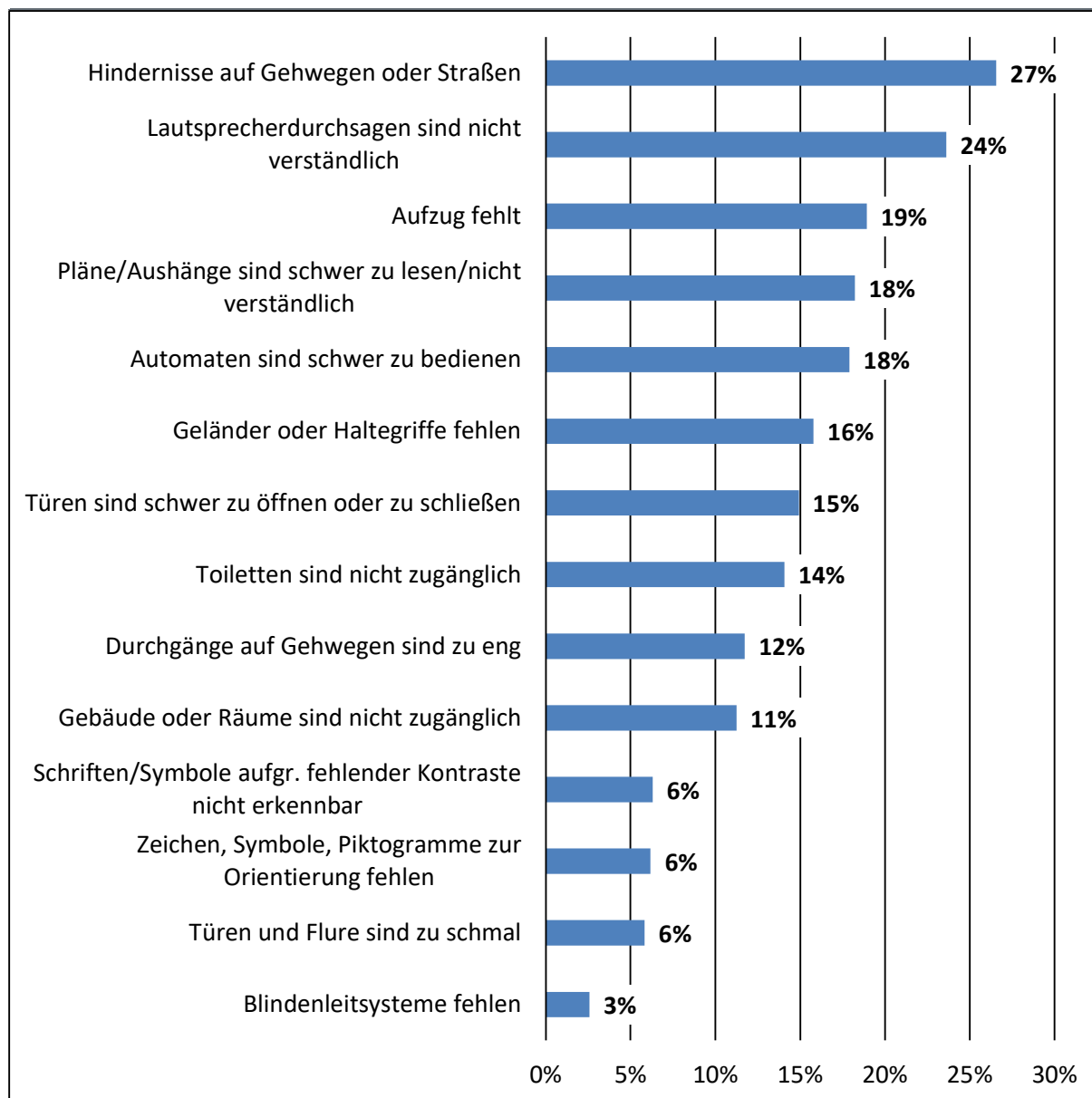
Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung diese Hindernisse erschwerend waren.

Teilweise handelt es sich um Hindernisse, die vergleichsweise leicht zu beseitigen wären, wenn das Bewusstsein der Infrastrukturverantwortlichen für deren Auswirkungen auf Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung vorhanden wäre. Das gilt beispielsweise

- für schlecht lesbare Pläne und Aushänge (diese wurden von 18 % der Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung genannt),
- für schwierig zu bedienende Automaten (18 %)
- oder auch für fehlende Geländer und Haltegriffe (16 %).

In diesen und weiteren Fällen wären eine Orientierung am universellen Design, an DIN-Normen und die Einbindung der Expertise von Organisationen der Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung wichtige Lösungsansätze.

Abbildung 66: Arten von Barrieren im öffentlichen Raum, die Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung *immer* oder *häufig* erleben



Quelle: Teilhabebefragung, Berechnung und Darstellung Prognos

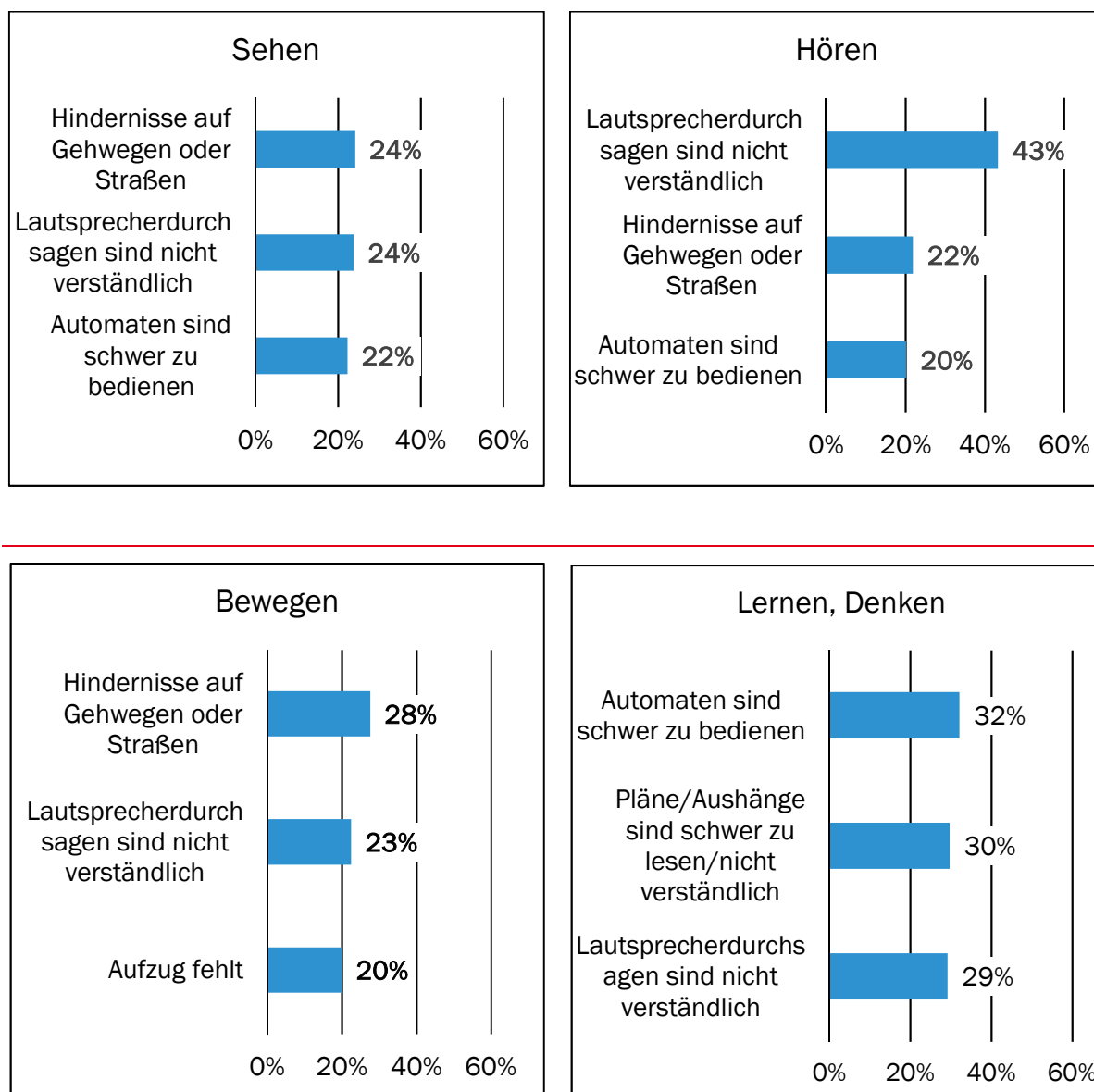
Es ist nicht nur bei den Blindenleitsystemen ersichtlich, dass es stark von der jeweiligen Beeinträchtigungsform abhängt, welche Hindernisse im öffentlichen Raum als erschwerend wahrgenommen werden. Das führt uns zur nächsten Untersuchungsfrage:

2. Welche Hindernisse machen es Menschen mit verschiedenen Beeinträchtigungsformen außerhalb ihrer Wohnung besonders häufig schwer?

Um die beeinträchtigungsspezifischen Hindernisse darzustellen, haben wir vier Beeinträchtigungsformen ausgewählt, bei denen die Vermutung naheliegt, dass Menschen mit diesen Beeinträchtigungen je nach Art ihrer Beeinträchtigung Hindernisse sehr verschieden wahrnehmen. Es sind dies Menschen mit Beeinträchtigungen des Sehens, des Hörens, des Bewegens sowie des Denkens, Lernens, Orientierens und Erinnerns. In Abbildung 67 werden jeweils die drei Hindernisse angeführt, bei denen die meisten Menschen mit einer bestimmten Beeinträchtigungsform angaben, dass diese es ihnen *immer* oder *häufig* außerhalb ihrer Wohnung schwer machen. Wichtig ist hier der methodische Hinweis, dass sich diese Auswertungen auf „Menschen mit Beeinträchtigungen (insgesamt)“ beziehen und nicht auf „Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung“; sie müssen also keine generelle (und stärker ausgeprägte) Einschränkung bei Alltagsaktivitäten haben.

Das interessanteste Ergebnis dieser Auswertung besteht darin, dass sich zwei Hindernisse bei allen vier Gruppen unter den drei am häufigsten genannten befinden: Es handelt sich einerseits um Hindernisse auf Gehwegen oder Straßen und andererseits um unverständliche Lautsprecherdurchsagen. Ein weiteres Hindernis, schwer bedienbare Automaten, wird immerhin noch bei drei Gruppen von Menschen mit bestimmten Beeinträchtigungsformen unter den drei am häufigsten genannten Hindernissen geführt, mit Ausnahme der Menschen mit Beeinträchtigungen des Bewegens. Diese Informationen geben einen Hinweis auf das Potenzial der Teilhabebefragung für die Politikberatung. Er ermöglicht empirisch fundierte Prioritätensetzungen, wenn es darum geht, den öffentlichen Raum inklusiv zu gestalten. Dabei sind für solche Entscheidungen selbstverständlich noch weitere Informationen hinzuzuziehen.

Abbildung 67: Die drei häufigsten Hindernisse im öffentlichen Raum von Menschen mit ausgewählten Beeinträchtigungsformen 2019



Quelle: Teilhabebefragung, Berechnung und Darstellung Prognos

Generell zeigt die Art der Hindernisse, die von vielen Menschen *immer* oder *häufig* als das alltägliche Leben erschwerend wahrgenommen wurden, dass die Alltagsmobilität und die Fortbewegung im Nahbereich am häufigsten eingeschränkt ist. Auch spiegelt sich darin die Bedeutung eines barrierefreien ÖPNV für Menschen mit Beeinträchtigungen.

Die Teilhabebefragung ermöglicht noch weitere vertiefende Analysen bezüglich der Barrieren im öffentlichen Raum, insbesondere lassen sich weitere Differenzierungen nach persönlichen Merkmalen der Befragten durchführen wie der Stärke der Alltagseinschränkungen, von der Menschen mit Beeinträchtigungen betroffen sind, oder nach dem Alter. Diese Analysen können im Rahmen dieses Teilhabebereichs noch nicht geleistet werden.

6.2.3 Mobilität

Eine gleichberechtigte Teilhabe umfasst auch die Möglichkeit ungehinderter Mobilität in allen Lebensbereichen. Voraussetzungen hierfür sind zum einen gleichberechtigte Zugänge zu öffentlichen Transportmitteln aller Art (Artikel 9 UN-BRK) und zum anderen die private Mobilität sowie die hierfür bereitzustellenden Hilfsmittel (Artikel 20 UN-BRK).

§ 8 BGG regelt unter anderem die Barrierefreiheit im Bereich Verkehr. Nach § 8 Absatz 5 BGG sind öffentliche Wege, Plätze und Straßen sowie öffentlich zugängliche Verkehrsanlagen und Beförderungsmittel im öffentlichen Personenverkehr nach Maßgabe der einschlägigen Rechtsvorschriften des Bundes barrierefrei zu gestalten. Mit dem BGG sind im ÖPNV, im Eisenbahn- und Luftverkehr sowie im Straßenbau im Rahmen der Zuständigkeiten des Bundes wichtige Gesetze, wie das Gemeindeverkehrsfinanzierungsgesetz (GVFG), das Personenbeförderungsgesetz (PBefG), die Eisenbahn-Bau- und Betriebsordnung (EBO), das Luftverkehrsgesetz (LuftVG) und das Bundesfernstraßengesetz (FStrG), geändert worden. Diese Gesetze enthalten nun Regelungen, die auf die Herstellung einer möglichst weitreichenden – im Bereich des straßengebundenen ÖPNV auf eine vollständige – Barrierefreiheit abzielen. Auch die Beteiligungsrechte von Menschen mit Behinderungen wurden im Zuge der Gesetzesänderungen gestärkt. (BMVI 2019)

Öffentlicher Personenverkehr – Bahnen

Für einen barrierefreien Personenverkehr bedarf es barrierefreier Fahrzeuge sowie einen niveaugleichen Einstieg von den Bahnsteigen in die Fahrzeuge und einen stufenfreien Zugang vom öffentlichen Raum zu den Bahnsteigen.

Wichtige Anbieter im öffentlichen Personenverkehr sind im Schienenpersonenfern- und -nahverkehr (SPFV, SPNV) die Deutsche Bahn AG (DB AG) und andere Eisenbahnverkehrsunternehmen. Zudem werden Leistungen weiterer Verkehrsunternehmen des Öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) angeboten.

Die DB Station&Service AG betreibt bundesweit rund 5.700 Bahnhöfe, von denen rund 78 Prozent insofern barrierefrei gestaltet sind, als die Bahnhöfe stufenlos vom öffentlichen Raum über Gehwege, höhengleiche Gleisübergänge, lange Rampen oder Aufzüge erreichbar sind. Jährlich werden nach Angaben des Unternehmens im Durchschnitt 100 Bahnhöfe barrierefrei umgebaut. Ein weiteres wichtiges Kriterium für Barrierefreiheit ist die Höhe der Bahnsteige. Mehr als die Hälfte der bestehenden Bahnsteige hat inzwischen eine Bahnsteighöhe, die beim Einsatz passender Fahrzeuge einen niveaugleichen Einstieg ermöglicht. Die Erhöhung der niedrigeren Bestandsbahnsteige wird nach Angaben der DB eine Aufgabe für die nächsten Jahrzehnte bleiben (DB AG 2019).

Für blinde und sehbehinderte Menschen hat die DB AG ungefähr 52,7 Prozent ihrer Bahnsteige mit einem taktilen, das heißt ertastbaren Leitsystem aus Bodenindikatoren (im Boden eingelassene Orientierungshilfen) ausgestattet. Auf einigen Bahnhöfen gibt es zudem Handlaufbeschriftungen mit Prismen- oder Brailleschrift an den Treppen zu den Bahnsteigen sowie Tafeln mit ertastbaren Lageplänen. Alle neu eingebauten Aufzüge verfügen darüber hinaus über taktile Bedienelemente sowie über ein Sprachmodul. Die neue Generation der DB Informationen sind außerdem mit Induktionsschleifen zur Sprachverstärkung für Menschen mit Hörbehinderungen und mit einem unterfahrbaren Arbeitsplatz für Reisende im Rollstuhl ausgestattet (DB AG 2019).

Der Fuhrpark im Fernverkehr (ICE und IC) wird nach Angaben der DB AG schrittweise barrierefrei gestaltet. So verfügt beispielsweise der ICE der neuesten Generation (ICE 4), der seit Dezember 2017 auf zwei ICE-Linien im Regeleinsatz startete, über vier Rollstuhlstellplätze mit Hubtisch und Serviceruf, ein taktils Leitsystem (unter anderem taktile Fußbodenleisten und WC-Piktogramme), Haltestangen in längeren Gangbereichen, eine verbesserte Trittstufen- und Innentürenkennzeichnung sowie Gepäckregale mit Stauraum in Fußbodenhöhe. Die Sitze sind zudem alle mit Haltegriffen und taktilen Sitzplatznummern ausgestattet. Das Einsatzfeld des ICE 4 soll nach und nach auf zusätzliche Verbindungen erweitert werden. Auch die ICE 2 und ICE 3 verfügen nach umfassender Modernisierung über wichtige barrierefreie Ausstattungen. Die DB AG wird zudem alle neu zu beschaffende Fahrzeuge im Fernverkehr mit einer fahrzeuggebundenen Einstiegshilfe ausstatten. Die von der DB AG neu beauftragten Fernverkehrszüge ECx, für die ab Ende 2023 ein Einsatz vorgesehen ist, sollen einen besonders kundenfreundlichen stufenlosen Einstieg bieten (DB AG 2020).

Im Jahr 2018 wiesen viele ältere IC- und ICE-Züge mit Blick auf die Barrierefreiheit nach wie vor noch Mängel auf – im Vergleich zum Geschäftsjahr 2015 (siehe zweiter Teilhabebericht) hat sich die Situation jedoch sichtbar verbessert. Im ge-

samten ICE-Zugbestand waren nach eigenen Angaben der DB AG zuletzt 15 Prozent neu beschaffte ICE-Züge gemäß der Verordnung EU Nr. 1300/2014 über die technischen Spezifikationen für die Interoperabilität bezüglich der Zugänglichkeit des Eisenbahnsystems der Union für Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Mobilität (TSI PRM) und damit vollständig barrierefrei¹⁵² (+ 11 Prozentpunkte im Vergleich zu 2015); weitere 23 Prozent der ICE-Züge waren gemäß TSI PRM modernisiert und können als weitgehend barrierefrei bezeichnet werden (+ 7 Prozentpunkte). 62 Prozent der ICE-Züge waren dagegen nur teilweise barrierefrei und damit beispielsweise für Rollstuhlfahrerinnen und -fahrer geeignet (2015: - 17 Prozentpunkte). Bei den IC-Zügen ist der Stand der Barrierefreiheit weniger weit fortgeschritten. 14 Prozent der IC-Züge waren im Jahr 2018 neu und gemäß der TSI PRM beschaffen worden (+ 8 Prozentpunkte im Vergleich zum Jahr 2015). 15 Prozent der IC-Züge waren, den Angaben der DB AG zufolge, weitgehend barrierefrei und gemäß TSI PRM modernisiert worden (keine Veränderung zu 2015). Weitere 41 Prozent der IC-Züge waren nur teilweise barrierefrei (- 1 Prozentpunkt). 31 Prozent der IC-Züge waren hingegen weiterhin nicht barrierefrei (- 6 Prozentpunkte; DB Fernverkehr AG 2019).

Im Bereich des Schienenpersonennahverkehrs sind circa 70 Prozent der von der DB AG eingesetzten Fahrzeuge barrierefrei mit fahrzeuggebundener Ein- und Ausstiegshilfe, rollstuhlgerechten Toiletten und digitalen Informationssystemen ausgestattet. Damit der Übergang vom Bahnsteig in den Zug möglichst stufenlos erfolgt, wächst zudem der Anteil der Niederflurfahrzeuge mit besonders tiefliegenden Böden (DB AG 2019). Zu berücksichtigen ist, dass in diesen Zahlen die Fahrzeuge der Wettbewerber (nicht bundeseigene Eisenbahnverkehrsunternehmen) der DB AG im Schienenpersonennahverkehr nicht enthalten sind, die im Jahr 2017 immerhin 26 Prozent der Verkehrsleistung erbrachten (Bundesnetzagentur 2018).

Öffentlicher Personenverkehr – Busse

Als größtes Busunternehmen Deutschlands betreibt die DB über 4.900 eigene Busse, wobei rund 90 Prozent niederflurig sind (DB AG 2019). Nach Angaben des Verbandes Deutscher Verkehrsunternehmen (VDV)¹⁵³ waren zum Ende des Jahres 2018 insgesamt 61 Prozent aller eigenen und angemieteten Busse als Nieder-

¹⁵² Barrierefreiheit bedeutet in diesem Zusammenhang, dass alle ICE-Züge mit einer fahrzeug- oder bahnsteig- gebundenen Einstiegshilfe, wie z. B. einem Hublift, nutzbar sind. Stufenlose Züge, bei denen ein Einstieg auf Bahnsteighöhe möglich ist, sind im Fernverkehr derzeit noch nicht im Einsatz. Dies wird erst im Jahr 2023 mit dem neuen Fernverkehrszug ECx der Fall sein: https://www.deutschebahn.com/de/presse/suche_Medienpa-kete/medienpaket_ECx-3932956 (online, abgerufen am 02.04.2020).

¹⁵³ Der VDV ist ein Zusammenschluss von Verkehrsunternehmen mit bundesweit rund 600 Mitgliedern aus dem ÖPNV und dem Schienengüterverkehr.

flurbusse im Einsatz; im innerstädtischen Verkehr waren es 88 Prozent, im Überlandverkehr dagegen lediglich 21 Prozent. Wenn nur die eigenen Busse der VDV-Unternehmen betrachtet werden, sind die Anteile der Niederflurbusse insbesondere an den Überlandbussen höher (Tabelle 88).

Tabelle 88: Busse im VDV – Anteile der Niederflurbusse
Daten zum Jahresende

	2014		2018	
	Anzahl	davon Niederflurbauweise	Anzahl	davon Niederflurbauweise
	eigene und angemietete Busse zusammen			
Insgesamt	36.128	64 %**	33.547	61 %**
Stadtbusse	18.610	87 %	19.968	88 %
Überlandbusse	17.447	13 %	13.579	21 %
Trolleybusse*	71	87 %	k. A.	k. A.
	nur eigene Busse von VDV-Unternehmen			
Insgesamt	22.187	64 %	23.496	69 %
Stadtbusse	14.128	87 %	15.559	89 %
Überlandbusse	7.988	22 %	7.937	29 %
Trolleybusse*	71	87 %	k. A.	k. A.

* Seit dem Jahr 2015 wird die Rubrik *Trolleybusse* nicht mehr separat ausgewiesen. Busse und Trolleybusse sowie andere Busse mit alternativen Antrieben werden in der aktuellen Statistik zu einer Rubrik zusammengefasst (2018: 862 eigene Busse mit alternativen Antrieben; 2015: 767).

** Diese Niederflurquoten sind aufgrund der in der vorherigen Anmerkung (*) beschriebenen Veränderung der Zusammensetzung der Bestandteile der Rubrik *Insgesamt* nur bedingt vergleichbar. Durch die Auslagerung der Rubrik *Trolleybusse* sank die Niederflurquote insgesamt im Jahr 2015 deutlich auf 53 Prozent, das heißt die hier dargestellte Quote für das Jahr 2014 wäre ohne die Rubrik *Trolleybusse* deutlich niedriger gewesen (ein bereinigter Wert liegt nicht vor). Damit war die Niederflurquote insgesamt seit dem Jahr 2014, ausgehend von der Zusammensetzung der Rubrik *Insgesamt* im Jahr 2018, eigentlich angestiegen und nicht – wie durch die obige Darstellung suggeriert – gesunken. Quellen: VDV 2015 und 2019, Berechnung und Darstellung Prognos

Im Vergleich zum Jahr 2014 nahm sowohl der Anteil der Stadt- als auch der der Überlandbusse in Niederflurbauweise zu. Während in den Städten mittlerweile fast nur noch Niederflurbusse verkehrten, war der Anteil der Niederflurbusse auf dem Land nach wie vor gering. Daher ist davon auszugehen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen im ländlichen Raum immer noch mit besonderen Zugangsbarrieren zum ÖPNV konfrontiert waren.

Bei der Schaffung von Mobilität ist es entscheidend, dass die einzelnen Komponenten reibungslos ineinandergreifen. So müssen auch die Übergänge zwischen den verschiedenen Systemen der Personenbeförderung barrierefrei sein, damit eine geschlossene Beförderungskette gesichert ist. Darüber, in welchem Ausmaß es bei diesen Übergängen zu Schwierigkeiten kommt, liegen keine statistischen Daten vor. Nach dem *Aktion Mensch Barriereindex 2017* beurteilen jedoch nur 45 Prozent der befragten Menschen mit Beeinträchtigungen den öffentlichen Personennahverkehr an ihrem jeweiligen Wohnort als *uneingeschränkt zugänglich*, 55 Prozent teilen diese Einschätzung nicht (Aktion Mensch 2017).

Die gewerbliche Beförderung von Personen in Schienenfahrzeugen wie Straßen-, Stadt- und U-Bahnen sowie Bussen ist im PBefG geregelt. Nach seiner Novellierung im Jahr 2013 müssen im Nahverkehrsplan, den die für den ÖPNV zuständigen Aufgabenträger in der Regel erstellen, die Belange der in ihrer Mobilität oder sensorisch eingeschränkten Menschen mit dem Ziel berücksichtigt werden, für die Nutzung des ÖPNV bis zum 1. Januar 2022 eine vollständige Barrierefreiheit zu erreichen (§ 8 Absatz 3 Satz 3 PBefG). Die genannte Frist gilt nicht, sofern in dem Nahverkehrsplan Ausnahmen konkret benannt und begründet werden. Nach § 62 Absatz 2 PBefG können die Länder unter den dort genannten Voraussetzungen einen späteren Termin festlegen und Ausnahmetatbestände bestimmen, die eine Einschränkung der Barrierefreiheit rechtfertigen.

Anfang 2017 hat das Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI) dem Deutschen Bundestag unter anderem den aktuellen Stand der Umsetzung des Ziels der vollständigen Barrierefreiheit im ÖPNV bis zum 1. Januar 2022 vorgestellt. Die Stellungnahmen der Länder, Aufgabenträger und Verbände deuten nach Einschätzung des BMVI darauf hin, dass der Umsetzungsprozess noch im Gange ist. Zum Teil sei bereits eine Anpassung der Nahverkehrspläne erfolgt beziehungsweise in der Vorbereitung. Das BMVI berichtete zudem, dass die Länder bisher keinen Gebrauch von der Übergangsbestimmung in § 62 Absatz 2 PBefG gemacht hätten, es jedoch entsprechende Überlegungen und Vorarbeiten zur Nutzung der Regelung gebe. Von Länderseite werde es zum Teil als erforderlich angesehen, auf Landesebene Priorisierungsvorschläge zu entwickeln, z. B. für Bushaltestellen. Sowohl die Aufgabenträger als auch die Länder glauben

laut dem vorliegenden Bericht des BMVI nicht, dass eine vollständige Barrierefreiheit bis zum 1. Januar 2022 erreicht werden kann. Dies wird unter anderem mit dem Umfang der betroffenen Haltestellenstrukturen begründet, deren Anpassung mit den vorhandenen Personalressourcen und unter Einhaltung der Regelungen zum Verfahrensablauf zeitlich kaum zu bewältigen sei. Auch die bauliche Umsetzung sei sehr kostenintensiv, gerade bei wichtigen Haltestellen. Daher sei nach Einschätzung der Aufgabenträger für die Beschleunigung des Umsetzungsprozesses und damit eine mögliche Zielerreichung bis zum 1. Januar 2022 eine umfangreiche finanzielle Förderung durch Bund und Länder notwendig. Andernfalls müsse vielfach von den Ausnahmemöglichkeiten nach § 62 Absatz 2 PBefG Gebrauch gemacht werden. Die Länder bestätigen im Wesentlichen diese Einschätzung. Auch sie fordern vom Bund weitere Hilfen, z. B. durch ein Sonderprogramm. (Deutscher Bundestag 2017b)

In ihrer Antwort auf eine kleine Anfrage der FDP-Bundestagsfraktion äußerte sich die Bundesregierung im Februar 2019 nicht zum Stand der Umsetzung des Ziels der vollständigen Barrierefreiheit bis 2022, da dies Aufgabe der Länder sei, und betonte, dass „angemessene Vorkehrungen“ gemäß § 7 Absatz 2 BGG nur einen Zwischenschritt auf dem Weg zur vollständigen Barrierefreiheit darstellen könnten, um im Einzelfall unverhältnismäßige Belastungen zu vermeiden (Deutscher Bundestag 2019a).¹⁵⁴

Weitere Mobilitätshemmnisse im öffentlichen Raum

Zu weiteren Mobilitätshemmnissen im öffentlichen Raum für Menschen mit Beeinträchtigungen liegen bislang keine bundesweiten Informationen vor.

Weiterführende Informationen zu mobilitätsbezogenen Hilfen finden sich in Abschnitt 6.4.3.

6.2.4 Information und Kommunikation

Eine Grundvoraussetzung gesellschaftlicher Teilhabe ist die Möglichkeit, informiert und ungehindert mit anderen kommunizieren zu können. Dazu gehört, dass Menschen mit Behinderungen einen gleichberechtigten Zugang zu Informationen und Kommunikationssystemen haben (Artikel 9 UN-BRK). Damit eng verknüpft ist ihr Recht auf freie Meinungsäußerung und Meinungsfreiheit. Dafür müssen ihnen z. B. für die Allgemeinheit bestimmte Informationen rechtzeitig

¹⁵⁴ Zum 1. Januar 2020 trat die Neuordnung der Bund-Länder-Finanzbeziehungen in Kraft. Die Bundesländer werden somit seit Beginn des Jahres 2020 vom Bund mit 9,7 Milliarden Euro jährlich finanziell entlastet. Dafür erhält der Bund mehr Kompetenzen. Hintergrund der Neuregelung der Finanzbeziehungen ist, dass der bisherige Länderfinanzausgleich und der Solidarpakt II im Jahr 2019 ausliefen.

und ohne zusätzliche Kosten in für sie zugänglichen Formaten zur Verfügung gestellt werden (Artikel 21 UN-BRK).

Grundsätzlich wurden in den vergangenen Jahren durch die Gesetzgeber verschiedene Richtlinien verabschiedet, die den gleichberechtigten Zugang zu Informationen verbessern sollen.

Verbesserungen bei der Bereitstellung barrierefreier Informationen wurden infolge der Verabschiedung der Richtlinie 2016/2102 der Europäischen Union (EU) angestoßen. Diese verpflichtet öffentliche Stellen in Artikel 1 zur grundsätzlichen Gewährleistung eines barrierefreien Zugangs zu ihren Websites und mobilen Anwendungen. Die Inhalte der Richtlinie sollen gemäß Artikel 12 schrittweise bis zum 23. Juni 2021 umgesetzt und ihre Einhaltung regelmäßig überprüft werden. Die EU-Richtlinie musste von den EU-Mitgliedstaaten bis zum 23. September 2018 in nationales Recht umgesetzt werden. Auf Bundesebene erfolgte die Umsetzung der EU-Richtlinie im Juli 2018 durch die Ergänzung des Abschnitts 2a *Barrierefreie Informationstechnik öffentlicher Stellen des Bundes* im BGG (§§ 12 bis 12d).¹⁵⁵ Laut dem zweiten und dritten Staatenbericht des BMAS hatten auch die Bundesländer ihre gesetzlichen Regelungen bis Juli 2019 an die Vorgaben der EU-Richtlinie angepasst (BMAS 2019c). Im Zuge der Umsetzung der EU-Richtlinie wurde zudem die Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung (BITV 2.0) überarbeitet – die aktualisierte Verordnung trat am 25. Mai 2019 in Kraft.

Im Jahr 2018 trat die neugefasste EU-Richtlinie 2018/1808 des Europäischen Parlaments und des Rates über audiovisuelle Mediendienste in Kraft. Darin werden die Mitgliedstaaten dazu verpflichtet, dafür zu sorgen, dass der Zugang zu audiovisuellen Mediendiensten stetig und schrittweise verbessert wird. Über den Fortschritt der Umsetzung der Barrierefreiheit muss regelmäßig an die EU-Kommission berichtet werden.

Zum 1. Januar 2019 ist das Gesetz zur sogenannten Marrakesch-Richtlinie in Kraft getreten. Darin wird der Zugang von Menschen mit einer Seh- oder Lesebehinderung zu urheberrechtlich geschützten Inhalten mit dem Ziel geregelt, eine bessere Versorgung mit barrierefreier Literatur sicherzustellen. Damit dürfen Blinde, seh- oder lesebehinderte Menschen sowie befugte Stellen barrierefreie Formate von Texten und zugehörigen Illustrationen erzeugen, ohne hierzu eine Erlaubnis des Urhebers zu benötigen. (Bundesgesetzblatt 2018) Über die Anzahl

¹⁵⁵ In § 12c BGG ist zudem geregelt, dass sowohl die obersten Bundesbehörden als auch die Länder alle drei Jahre, erstmals zum 30. Juni 2021, der Überwachungsstelle des Bundes für Barrierefreiheit von Informationstechnik Bericht über den Stand der Barrierefreiheit ihrer Websites (inklusive Intranet) und mobilen Anwendungen erstatten müssen.

der verfügbaren Werke für blinde und sehbehinderte Personen liegen keine belastbaren Informationen vor. Einer aktuellen Einschätzung des Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverbands (DBSV) aus dem Jahr 2018 zufolge stehen blinden, sehbehinderten und anderweitig lesebehinderten Menschen bislang lediglich 5 Prozent aller veröffentlichten Werke in einem barrierefrei zugänglichen Format (z. B. in Brailleschrift, als navigierbares Hörbuch, in Großdruck oder einem barrierefreien digitalen Format) zur Verfügung (DBSV 2018).

Darüber hinaus garantieren die BGG des Bundes und der Länder „das Recht auf Verwendung von Gebärdensprache und Kommunikationshilfen, den Dokumentenzugang für Menschen mit Sehbeeinträchtigungen im Verwaltungsverfahren und die Schaffung barrierefreier Informations- und Kommunikationstechnik in der öffentlichen Verwaltung“ (DBSV 2018: 17). Ob und inwieweit diese und weitere Rechte zur Bereitstellung barrierefreier Informationen in der Praxis gewährleistet werden, wird nicht umfassend statistisch erfasst. Die Nichteinhaltung von Zugänglichkeitsstandards wird darüber hinaus auch nicht geahndet (DBSV 2018).

Hinweise auf den Umsetzungsstand und die Bedarfe im Bereich der Bereitstellung barrierefreier Informationen geben eine Reihe von Studien. Dazu zählt der Abschlussbericht aus dem Projekt *Barrieren Melde- und Monitoringstelle* (Barrieren MeMo). In diesem Projekt wurden unter anderem exemplarisch ausgewählte Webseiten mit hoher beruflicher Relevanz über den Projektzeitraum von drei Jahren kontinuierlich und aktiv überwacht. Dabei zeigte sich, dass kein einziger von 14 überprüften Webauftritten umfassend barrierefrei war. Allerdings schnitten die zur Barrierefreiheit verpflichteten Webauftritte der Bundesbehörden im Testzeitraum insgesamt besser ab als die Webauftritte der Privatwirtschaft (DBSV 2018).

Aktuellen Studien zufolge gibt es rund 6,2 Millionen Deutsch sprechende Personen zwischen 18 und 64 Jahren in Deutschland, die aufgrund ihrer begrenzten schriftsprachlichen Kompetenzen in verschiedenen Lebensbereichen in ihrer selbstständigen Teilhabe eingeschränkt sind (Grotlütchen et al. 2019). Die Bereitstellung von Texten und Broschüren sowie die Gestaltung von Internetseiten in leichter Sprache sind wichtig, um Menschen mit Lernbeeinträchtigungen, Einschränkungen der Lesefähigkeit oder weniger guten Deutschkenntnissen den Zugang zu Informationen zu ermöglichen. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk Leichte Sprache eine Broschüre mit Richtlinien und Empfehlungen herausgegeben (BMAS 2014b). Auch das BMAS hat mit dem Projekt DIN SPEC zum Thema „Empfehlungen für Leichte Sprache“ entwickelt. Über den Stand der Verfügbarkeit von Informationen in leichter Sprache liegen derzeit keine repräsentativen Daten vor.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

6.3 Selbstbestimmte Lebensführung

Menschen mit Beeinträchtigungen werden in vielfältiger Weise daran gehindert, ihr Leben selbstbestimmt zu führen. Deshalb kommt Selbsthilfeorganisationen und Betroffenenverbänden eine wichtige Funktion bei der Durchsetzung des Rechtes auf ein selbstbestimmtes Leben von Menschen mit Beeinträchtigungen zu. Darüber hinaus gibt es eine Reihe von Unterstützungsleistungen, um Menschen mit Beeinträchtigungen eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen.¹⁵⁶

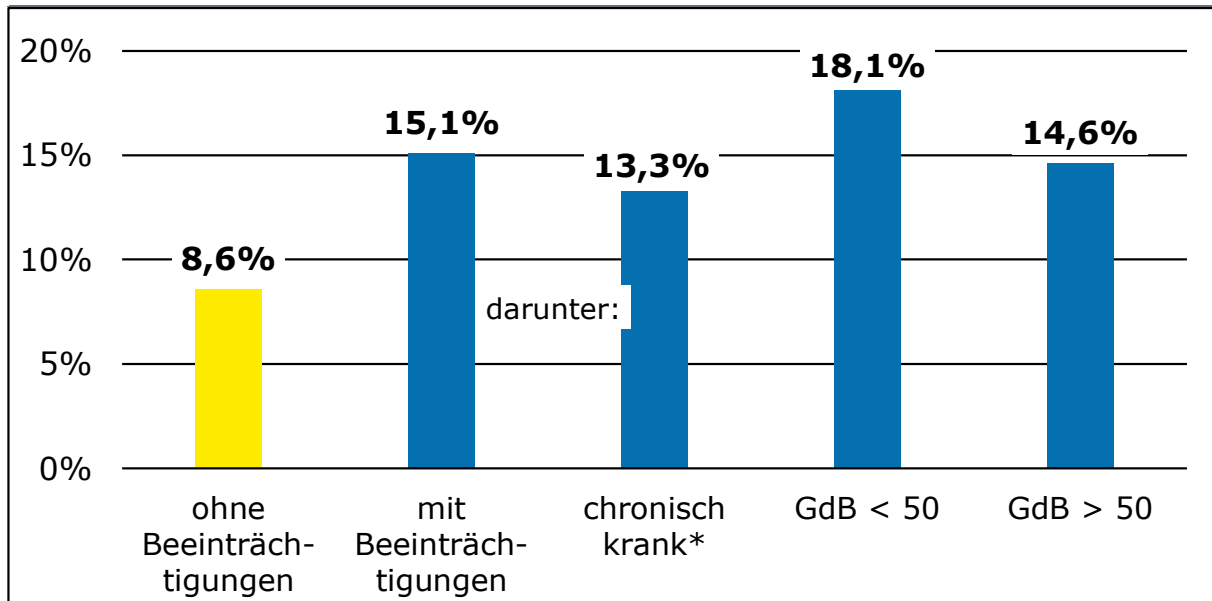
6.3.1 Erfahrungen der Fremdbestimmung

Menschen mit Beeinträchtigungen machten häufiger die Erfahrung, dass andere über ihr Leben bestimmen, als Menschen ohne Beeinträchtigungen: Im Jahr 2015¹⁵⁷ gaben 15,1 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen gegenüber 8,6 Prozent der Menschen ohne Beeinträchtigungen im Rahmen der SOEP-Befragung an, diese Erfahrung zu machen. Am höchsten ist der Anteil der Fremdbestimmungserfahrungen mit 18,1 Prozent bei Menschen, die eine anerkannte Behinderung mit einem GdB von unter 50 haben (Abbildung 68). Über die Ursachen hierfür können keine durch Daten gestützten Aussagen gemacht werden. Eine mögliche, allerdings nicht mit Daten zu belegende Erklärung könnte sein, dass ein niedrigerer GdB oft zu Beginn einer sich entwickelnden, z. B. mit dem Alter einhergehenden, Einschränkung anerkannt wird. Vor dem Hintergrund eines bis dahin ohne Beeinträchtigungen geführten Lebens könnten Fremdbestimmungserfahrungen stärker wahrgenommen werden. Zur Einordnung ist es wichtig zu berücksichtigen, dass diese Ergebnisse auf der Befragung von Personen in Privathaushalten basieren. Bei Personen, die in Wohneinrichtungen leben, ist die Erfahrung von Fremdbestimmung vermutlich noch stärker ausgeprägt, jedoch liegen für diese Personengruppe keine Daten vor.

¹⁵⁶ Zum Thema selbstbestimmte Lebensführung äußert sich der wissenschaftliche Beirat im Kommentar zu diesem Kapitel.

¹⁵⁷ Es handelt sich um die aktuelle Befragungswelle des SOEP, in der die Frage nach der erfahrenen Selbstbestimmung gestellt wurde. Zuvor wurde die Frage in der Befragungswelle 2010 gestellt.

Abbildung 68: Erfahrungen der Fremdbestimmung nach Teilgruppen der Beeinträchtigungen
2015



Zustimmung zu der Aussage: „Ich mache häufig die Erfahrung, dass andere über mein Leben bestimmen“ auf einer siebenstufigen Skala von 1 *stimme überhaupt nicht zu* bis 7 *stimme voll und ganz zu*; hier Anteil der Ausprägungen 6 bis 7.

* Ohne anerkannte Behinderung.

Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Wie Tabelle 89 zeigt, gab es bezogen auf Erfahrungen von Fremdbestimmung keine nennenswerten Unterschiede zwischen Männern und Frauen mit Beeinträchtigungen. Das war auch bei Menschen ohne Beeinträchtigungen der Fall. Bei Betrachtung unterschiedlicher Altersgruppen zeigen sich dagegen deutliche Unterschiede: 19,4 Prozent der jüngeren erwachsenen Menschen mit Beeinträchtigungen (18 bis 49 Jahre) machten häufig die Erfahrung, dass andere über ihr Leben bestimmen. Diese Gruppe verzeichnete demnach den größten Anteil an Personen, die Fremdbestimmung erfahren. Zugleich bewirkten in dieser Altersklasse in besonderem Maße Beeinträchtigungen einen Unterschied: Unter den Menschen mit Beeinträchtigungen war der Anteil derjenigen mit Erfahrungen von Fremdbestimmung weit mehr als doppelt so groß; der Unterschied zu den nicht beeinträchtigten Menschen (8,1 %) betrug 11,3 Prozentpunkte.

Dieser Anteil nahm im weiteren Lebensverlauf ab und lag bei den 65- bis 79-Jährigen mit Beeinträchtigungen bei 11,0 Prozent. Bei hochaltrigen Menschen mit Beeinträchtigungen (80 Jahre und älter) stieg der Anteil derjenigen, die Fremd-

bestimmung erfahren, wieder leicht auf 14,7 Prozent. Bei Menschen ohne Beeinträchtigungen waren Unterschiede zwischen den Altersgruppen wesentlich schwächer ausgeprägt. Die Häufigkeit der Erfahrungen der Fremdbestimmung war sowohl bei Menschen mit Beeinträchtigungen als auch bei Menschen ohne Beeinträchtigungen sichtbar höher, wenn sie einen Migrationshintergrund hatten.

Tabelle 89: Erfahrungen der Fremdbestimmung nach Geschlecht, Altersgruppen und Herkunft
2015

	Menschen mit Beeinträchtigungen	Menschen ohne Beeinträchtigungen
Insgesamt	15,1 %	8,6 %
Geschlecht		
Männer	15,0 %	8,8 %
Frauen	15,1 %	8,4 %
Alter		
18 bis 49 Jahre	19,4 %	8,1 %
50 bis 64 Jahre	16,8 %	10,5 %
65 bis 79 Jahre	11,0 %	8,2 %
ab 80 Jahre	14,7 %	7,1 %
Herkunft		
ohne Migrationshintergrund	14,9 %	8,1 %
mit Migrationshintergrund	15,8 %	10,3 %

Zustimmung zu der Aussage „Ich mache häufig die Erfahrung, dass andere über mein Leben bestimmen“ auf einer siebenstufigen Skala von 1 „stimme überhaupt nicht zu“ bis 7 „stimme voll und ganz zu“; hier Anteil der Ausprägungen 6 und 7.

Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

6.3.2 Selbsthilfeorganisationen und Behindertenverbände

Selbsthilfeorganisationen und Verbände von Menschen mit Behinderungen leisten einen bedeutenden Beitrag zur gleichberechtigten Teilhabe beeinträchtigter und von Beeinträchtigungen bedrohter Menschen am gesellschaftlichen Leben. Der

Nationale Aktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK aus dem Jahr 2011¹⁵⁸ formulierte das Ziel, die Handlungskompetenz der Verbände von Menschen mit Behinderungen zur Inanspruchnahme der ihnen zustehenden Rechte zu stärken, und betont gleichzeitig den Wert dauerhafter Vernetzung der Selbsthilfe untereinander (BMAS 2016c).

In Deutschland gibt es zahlreiche Selbsthilfe- und Selbstvertretungsorganisationen von Menschen mit Behinderungen sowie von Menschen mit chronischen Erkrankungen. Die Verbände vertreten die sozialpolitischen Interessen ihrer Mitglieder in Fragen des Versorgungsrechts, Sozialrechts und Sozialversicherungsrechts sowie in allen Angelegenheiten, die mit beruflicher und gesellschaftlicher Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zu tun haben. Dabei sind sie auch Gesprächspartner der verschiedenen im Sozialbereich tätigen Behörden und Einrichtungen. (BIH 2019) In dem auf Bundesebene tätigen Deutschen Behindertenrat sind laut Statuten traditionelle Sozialverbände (a) die BAG Selbsthilfe, ihre Mitgliedsverbände und andere behinderungsspezifische Verbände sowie (b) unabhängige Behindertenverbände als (c) Aktionsbündnis zusammengeschlossen. Die Aufgabe des Deutschen Behindertenrates ist es, Interessen von Menschen mit Behinderungen und/oder chronischen Erkrankungen und ihrer Angehörigen verbandsübergreifend zu vertreten (DBR 2013).

Die Behindertenverbände haben nach § 85 SGB IX und § 15 BGG ein besonderes Verbandsklagerecht; danach können sie anstelle und mit dem Einverständnis von Menschen mit Behinderungen deren Rechte geltend machen.¹⁵⁹

Weiterführende Informationen zur Förderung der Selbsthilfe finden sich in Abschnitt 6.4.6.

6.3.3 Unterstützung einer selbstbestimmten Lebensführung

Im Folgenden werden die rechtlichen Grundlagen bestehender Unterstützungsleistungen für Menschen mit Beeinträchtigungen vorgestellt, die ihnen eine selbstbestimmte Gestaltung des eigenen Lebens ermöglichen sollen. Außerdem wird abschließend die Leistungsform des Persönlichen Budgets dargestellt, die die Selbstbestimmung von Menschen mit Beeinträchtigungen unterstützen soll.

Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile im Alltagsleben

¹⁵⁸ Im Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode wurde die Weiterentwicklung des *Nationalen Aktionsplans zur UN-Behindertenrechtskonvention* (NAP) unter Beteiligung der Menschen mit Behinderungen und deren Organisationen vereinbart. Der Prozess der Weiterentwicklung fand mit der Verabschiedung des *Nationalen Aktionsplans 2.0 der Bundesregierung zur UN-BRK* (NAP 2.0) im Kabinett am 28. Juni 2016 seinen Abschluss.

¹⁵⁹ Vergleiche ebenda

Zum Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile können Menschen, die im Sinne des Sozialrechts als behindert beziehungsweise schwerbehindert anerkannt sind, Leistungen zur verbesserten Teilhabe erhalten. Die Gewährung der verschiedenen Ausgleichsleistungen ist vom Grad der festgestellten Behinderung und oftmals zusätzlich auch von der Form der Beeinträchtigung, die im Schwerbehindertenausweis als Merkzeichen eingetragen ist, abhängig. Teil 2 des SGB IX enthält besondere Regelungen zur Teilhabe von Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung, also mit einem anerkannten GdB von mindestens 50. Neben zahlreichen Regelungen für den Bereich Arbeit und Beschäftigung ist gemäß § 228 Absatz 1 SGB IX die unentgeltliche Beförderung von Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung, die in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt (Merkzeichen G im Schwerbehindertenausweis), hilflos (Merkzeichen H) oder gehörlos (Merkzeichen GI) sind, im öffentlichen Personenverkehr verankert. Zudem sind Schwerbehinderte mit dem Merkzeichen B für Begleitperson in ihrem Ausweis zur unentgeltlichen Mitnahme einer Begleitperson im Sinne des SGB berechtigt (§ 228 Absatz 6 Nummer 1 SGB IX). Im Jahr 2017 hatten 48,3 Prozent von den rund 7,5 Millionen Ausweisinhaberinnen und -inhabern Anspruch auf unentgeltliche Beförderung. Tatsächlich nutzten 38,5 Prozent der Berechtigten diesen Anspruch mit der entsprechenden Wertmarke für den ÖPNV (Deutscher Bundestag 2019b).

Steuerliche Erleichterungen für außergewöhnliche Belastungen können nach dem Einkommensteuergesetz (EStG) geltend gemacht werden. In § 33b EStG werden „Pauschbeträge für Menschen mit Behinderungen, Hinterbliebene und Pflegepersonen“ in Abhängigkeit vom GdB festgelegt.

Privatpersonen können für ihre Wohnung unter bestimmten Voraussetzungen eine Befreiung von der Rundfunkbeitragspflicht oder eine Ermäßigung des Rundfunkbeitrags beantragen. Für Menschen mit Behinderungen gelten folgende Regelungen:

- Menschen, denen das Merkzeichen RF (Rundfunkbeitragsbefreiung oder -ermäßigung) zuerkannt wurde, zahlen einen Drittelbeitrag (seit April 2015 sind dies monatlich 5,83 Euro).
- Menschen mit Behinderungen, die Sozialleistungen (wie Eingliederungshilfe, Hilfe zur Pflege, Blindenhilfe) erhalten, sind vollständig vom Rundfunkbeitrag befreit. Taubblinde Menschen oder Sonderfürsorgeberechtigte im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) können ebenfalls vollständig von der Beitragspflicht befreit werden. (Der Beitragsservice 2019)

Einen weiteren behinderungsbedingten Nachteilsausgleich im alltäglichen Leben stellt die Benutzung von Behindertenparkplätzen und Parkerleichterungen bei Vorliegen einer entsprechenden Sonderparkerlaubnis dar (BMAS 2019b).

Wie viele Menschen die genannten behinderungsbedingten Nachteilsausgleiche in Anspruch nehmen, wird auf Bundesebene nicht erfasst. Potenziell berechtigt hierzu waren die zum Jahresende 2017 in der Statistik der schwerbehinderten Menschen erfassten rund 7,8 Millionen Personen mit einer anerkannten Schwerbehinderung.

Hilfsmittel

Geeignete und funktionstüchtige Hilfsmittel sind für eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erforderlich. Häufig ermöglichen erst Hilfsmittel Menschen mit Beeinträchtigungen wesentliche Aktivitäten wie Mobilität, Alltagsverrichtungen, Lernen und Bildung, Kommunikation und soziale Interaktion sowie Teilhabe an der modernen Medienwelt und am Arbeitsleben. Hilfsmittel fördern Selbstständigkeit und Unabhängigkeit, verringern den Bedarf an Assistenz und Pflege und dienen damit dem Ausgleich einer Beeinträchtigung oder beugen dieser vor (DVfR 2006). Somit kommt einer optimierten Hilfsmittelversorgung eine hohe Bedeutung für ein selbstbestimmtes Leben und die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu.

Wie bereits im zweiten Teilhabebericht ausführlich dargestellt worden ist, hat die technologische Entwicklung im Bereich der Hilfsmittel und Prothetik in den vergangenen Jahren zu deutlichen Fortschritten geführt.¹⁶⁰ Beeinträchtigungen können mit assistiven Technologien teilweise kompensiert werden, sofern die Umgebungsbedingungen darauf abgestimmt werden. Für Sehbeeinträchtigte bedeuten assistive Technologien wie z. B. Bildschirmleseprogramme (Screen-Reader) eine Erleichterung. Für viele Menschen mit Hörbeeinträchtigungen oder ohne Hörvermögen können Implantate eine wesentliche Hilfe sein und die Beteiligung an Kommunikation verbessern, auch wenn damit kein umfassendes Hörvermögen und Sprachverständnis, wie Hörende es kennen, erzielt werden kann und in der Folge die kommunikative Orientierung der Implantate Tragenden häufig unsicher bleibt. Für Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen kann z. B. die Nutzung eines Computers durch elektronische Hilfsmittel wie Spezialtastaturen erschlossen werden, die auf individuelle Bedienungsbeeinträchtigungen eingestellt werden können. Prothesen für fehlende Gliedmaßen ermöglichen den betroffenen

¹⁶⁰ Für weiterführende Ergebnisse siehe BMAS (2016b: 278ff.) sowie Engels (2016).

Menschen zumindest in Teilen einen Rückgewinn der verlorenen Fähigkeiten beziehungsweise (bei angeborener Gliedmaßenfehlbildung) einen Zugewinn an Möglichkeiten.

Allen diesen technologisch hoch entwickelten Hilfsmitteln ist gemeinsam, dass sie Beeinträchtigungen teilweise, aber nicht vollständig kompensieren können und dass sie auf eine passende Umgebungsgestaltung angewiesen sind. Assistive Technologien können nur wirken, wenn sie (a) hinreichend und für alle, die sie benötigen, zugänglich sind, (b) über eine Schnittstelle mit den eingesetzten Geräten und Programmen kompatibel sind und (c) durch weitere Rahmenbedingungen wie Orientierungshilfen und unterstützendes soziales Setting ergänzt werden.

Sozialrechtlich ist die Hilfsmittelversorgung eine Querschnittsaufgabe, an der als Leistungsträger alle Rehabilitationsträger nach SGB IX sowie die Pflegeversicherung beteiligt sind, was allerdings auch zu Abgrenzungsschwierigkeiten und Zuständigkeitsstreitigkeiten führen kann. Weiterhin werden Vertragsärztinnen und -ärzte, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen et cetera eingebunden. Schließlich sind Industrie und Handwerk der Medizintechnik als Hersteller beteiligt. (Welti 2013) Nähere Informationen zu den Ausgaben für Hilfsmittel finden sich in Abschnitt 6.4.5.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) vom April 2017 (BT-Drs. 18/10186) sollte die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Hilfsmittelversorgung weiterentwickelt werden. Z. B. wurde die kontinuierliche Fortschreibung, Aktualisierung und Bereinigung des Hilfsmittelverzeichnisses festgeschrieben. Zudem sollten durch das Gesetz die Wahlmöglichkeiten der Versicherten gestärkt und die Information und Beratung der Versicherten über ihre Leistungsansprüche und die Versorgungsmöglichkeiten verbessert werden. Derzeit liegen noch keine umfassenden Studien dazu vor, ob und inwieweit das Gesetz die angestrebten Ziele erreicht.

Assistenzleistungen

Menschen mit einem behinderungsbedingten Unterstützungsbedarf haben nach § 78 SGB IX das Recht auf Assistenzleistungen zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltages. Mit dem BTHG wurden die Assistenzleistungen ausdrücklicher Bestandteil des gesetzlichen Leistungskatalogs der sozialen Teilhabe. „Sie umfassen insbesondere Leistungen für die allgemeinen Erledigungen des Alltags wie die Haushaltsführung, die Gestaltung sozialer Beziehungen, die persönliche Lebensplanung, die Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, die Freizeitgestaltung einschließlich sportlicher Aktivitäten sowie die

Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen“ (§ 78 Absatz 1 Satz 2 SGB IX). Teil der Assistenzleistungen sind auch Leistungen für Väter und Mütter mit Behinderungen zur Betreuung und Versorgung ihrer Kinder (Elternassistenz beziehungsweise begleitete Elternschaft). Auch leistungsberechtigte Menschen mit Behinderungen, die ein Ehrenamt ausüben, können eine „angemessene Aufwendung“ für eine notwendige Unterstützung erstattet bekommen.

Ein zentraler Kritikpunkt von Verbänden der Zivilgesellschaft mit Blick auf die gesetzlichen Regelungen für Assistenzleistungen ist, dass trotz der Aufwertung von Assistenzleistungen durch das BTHG der Mehrkostenvorbehalt fortbesteht, wodurch die Inanspruchnahme von Assistenzleistungen eingeschränkt wird: „Wenn das Leben eines behinderten Menschen in einer Einrichtung kostengünstiger ist als das Leben in der eigenen Häuslichkeit mit Assistenz, kann der Betroffene seinen in der UN-BRK normierten Rechtsanspruch auf freie Wahl von Wohnort und Wohnform nur realisieren, wenn die betroffene Person nachweist, dass das Leben in einer Einrichtung für sie unzumutbar ist.“ (DBR et al. 2018a: 8) Die Möglichkeit, ein selbstbestimmtes Leben mithilfe von Assistenzleistungen zu fördern, wird aus der Perspektive der zivilgesellschaftlichen Verbände durch die Regelungen zur gemeinschaftlichen Leistungserbringung, das sogenannte Poolen, weiter eingeschränkt: „Behinderte Menschen, die auf Assistenz angewiesen sind, werden gezwungen, sich in bestimmten Lebensbereichen eine Assistenzkraft zu teilen. Das widerspricht dem General Comment Nr. 5 zum Art. 19, demzufolge eine gemeinschaftliche Leistungserbringung nur mit Zustimmung der Betroffenen zulässig ist.“ (DBR et al. 2018a: 8)

Bisher liegen noch keine Statistiken oder vertiefenden Studien zu den Assistenzleistungen nach § 78 SGB IX vor.

Persönliches Budget

Das Persönliche Budget soll Menschen mit Beeinträchtigungen dabei unterstützen, ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu führen. Nach § 29 SGB IX haben sie das Recht, die für sie notwendigen Sach- und Dienstleistungen selbstbestimmt zu organisieren. Das Persönliche Budget wird in der Regel als monatliche Geldleistung gewährt.

Am Jahresende 2018 nahmen insgesamt 10.410 Personen ein Persönliches Budget in Anspruch, die meisten davon (10.090 beziehungsweise 96,9 %) im Rahmen der Eingliederungshilfe (Tabelle 90). Die Anzahl der Personen, die Leistungen der Eingliederungshilfe oder Hilfe zur Pflege in Form eines Persönlichen Budgets in Anspruch nahmen, stieg im Vergleich zum Jahr 2014 zwar um

9,9 Prozent, allerdings ergab sich bei jährlichen Schwankungen kein eindeutiger Aufwärtstrend. Am höchsten war die Zahl derjenigen, die ein Persönliches Budget in Anspruch nahmen, im Betrachtungszeitraum im Jahr 2017 (11.543 Personen). Insgesamt war die Zahl der Leistungsbeziehenden gering, eine Breitenwirkung konnte das Persönliche Budget bislang nicht erzielen.

Tabelle 90: Leistungsbeziehende von Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen beziehungsweise Hilfe zur Pflege in Form eines Persönlichen Budgets

Daten zum Stichtag 31.12., Anteile in Prozent

Jahr	Insgesamt	Eingliederungshilfe	Hilfe zur Pflege
2014	9.473	9.119	354
2015	10.442	10.124	318
2016	8.879	8.574	305
2017	11.543	11.198	345
2018	10.410	10.090	320
Veränderung 2014 bis 2018	+ 9,9 %	+ 10,6 %	- 9,6 %

Quelle: Sozialhilfestatistik, Berechnung und Darstellung Prognos

6.4 Leistungen zur Ermöglichung der Teilhabe am alltäglichen Leben

6.4.1 Wohnen

Verschiedene Programme auf Bundes- und Landesebene fördern die Entstehung beziehungsweise Herstellung von barrierefreiem beziehungsweise altersgerechtem Wohnraum. Darüber hinaus gibt es sowohl im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach dem SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) als auch nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) Unterstützungsleistungen, um Wohnungen sowie das Wohnumfeld bedarfsgerecht zu gestalten.

Förderung von barrierefreiem beziehungsweise altersgerechtem Wohnraum

Mit dem Programm *Altersgerecht Umbauen* fördern der Bund und die KfW den Barrierenabbau in Wohngebäuden durch zinsverbilligte Kredite und Investitionszuschüsse. Private Eigentümerinnen und Eigentümer sowie Mieterinnen und Mieter können – unabhängig von Einkommen und Alter – Fördermittel beantragen, um Barrieren in Wohngebäuden abzubauen und bauliche Maßnahmen zur Einbruchssicherung vorzunehmen. Für das Jahr 2021 stehen Programmmittel in Höhe von 130 Millionen Euro für die Barrierenreduzierung und 50 Mio. für den Einbruchschutz zur Verfügung.

Im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung kann auch die Schaffung barrierefreier Wohnungen gefördert werden. Durch die Föderalismusreform I wurde die Zuständigkeit für die soziale Wohnraumförderung zum 1. September 2006 vollständig vom Bund auf die Länder übertragen. Als Ausgleich für den Wegfall der früheren Bundesfinanzhilfen für die soziale Wohnraumförderung leistete der Bund bis 2019 sogenannte Kompensationszahlungen an die Länder. Deren Umfang belief sich zunächst auf 518,2 Millionen Euro jährlich, bevor er im Jahr 2015 durch das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz um 500 Millionen Euro jährlich für den Zeitraum von 2016 bis 2019 aufgestockt wurde. Für die Jahre 2017 und 2018 erfolgte mit dem Gesetz zur Beteiligung des Bundes an den Kosten der Integration und zur weiteren Entlastung von Ländern und Kommunen aus dem Jahr 2016 eine weitere Erhöhung um jeweils 500 Millionen Euro auf insgesamt 1.518,2 Millionen Euro. Eine Erhöhung um 500 Millionen Euro wurde schließlich auch für das Jahr 2019 vorgenommen (Gesetz zur fortgesetzten Beteiligung des Bundes an den Integrationskosten der Länder und Kommunen und zur Regelung der Folgen der Abfinanzierung des Fonds *Deutsche Einheit*). Das Gesetz zur Änderung des Grundgesetzes vom 28. März 2019 (BGBl. I S. 404), das am 4. April 2019 in Kraft trat, ermöglicht es dem Bund, den Ländern ab 2020 zweckgebundene Finanzhilfen für den sozialen Wohnungsbau zu gewähren. Im Jahr 2020 stellte der Bund den Ländern hierfür Programmmittel in Höhe von 1 Milliarde Euro zur Verfügung. Für den Zeitraum 2021 bis 2024 sind dafür Programmmittel in Höhe von jeweils 1 Milliarde Euro pro Jahr vorgesehen. Die Ausgestaltung der Finanzhilfen wird in einer Verwaltungsvereinbarung mit den Ländern geregelt.

Unterstützung zur Gestaltung der Wohnung und des Wohnumfeldes (SGB IX)

Das SGB IX sieht im Rahmen der Leistungen für Wohnraum Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und der Erhaltung einer Wohnung vor, die den besonderen Bedürfnissen der Menschen mit Behinderungen entspricht (§ 77 Absatz 1 Satz 2 SGB IX). Gemessen an der Gesamtzahl der Menschen mit Beeinträchtigungen wurde diese Leistung vergleichsweise wenig in Anspruch genommen. Im Laufe des Jahres 2018 wurden insgesamt 1.921 Maßnahmen im

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Rahmen der Hilfen bei der Beschaffung, Erhaltung und Ausstattung einer Wohnung im Rahmen der Eingliederungshilfe gewährt, weit überwiegend (80,6 %; 1.549 Maßnahmen) außerhalb von Einrichtungen (Tabelle 91). Im Zeitraum von 2014 bis 2018 verdoppelte sich die Anzahl der Maßnahmen außerhalb von Einrichtungen fast (+ 94,4 %), wobei es dazwischen zu deutlichen Schwankungen der Zahlen kam.

Tabelle 91: Leistungsbeziehende von Hilfen zur Beschaffung, Erhaltung und Ausstattung einer Wohnung nach SGB IX

Daten im Laufe des Berichtsjahres, Anteile in Prozent

Jahr	Insgesamt	außerhalb von Einrichtungen	in Einrichtungen
2014	1.179	797	385
2015	1.624	1.167	458
2016	1.476	1.098	379
2017	1.458	1.105	353
2018	1.921	1.549	373
Veränderung 2014 bis 2018	+ 62,9 %	+ 94,4 %	- 3,1 %

Quelle: Sozialhilfestatistik, Daten im Jahresverlauf, Berechnung und Darstellung Prognos

Die Ausgaben für die Hilfen zur Beschaffung, Erhaltung und Ausstattung einer Wohnung betrugen im Jahr 2018 insgesamt 3,37 Millionen Euro. Diese entfielen fast vollständig (98,2 %; 3,31 Millionen Euro) auf Hilfen außerhalb von Einrichtungen (Tabelle 92). Die Ausgaben für die entsprechenden Hilfen in Einrichtungen lagen im Jahr 2018 lediglich bei 59.132 Euro. Im direkten Vergleich der Jahre 2014 und 2018 sanken die Ausgaben für Hilfen außerhalb von Einrichtungen deutlich um 59,9 Prozent – pro Leistungsbezieherin beziehungsweise Leistungsbezieher war der Ausgabenrückgang noch höher (- 79,3 % auf 2.137 Euro pro Fall). Auch die Ausgaben von Hilfen in Einrichtungen sanken zwischen 2015¹⁶¹ und 2018 um 39,3 Prozent – pro Fall um 25,5 Prozent auf 159 Euro.

¹⁶¹ Aufgrund eines Datenerfassungsfehlers liegen für das Jahr 2014 keine plausiblen Daten vor. Dies hat das Statistische Bundesamt bestätigt.

Tabelle 92: Bruttoausgaben für Hilfen bei der Beschaffung, Erhaltung und Ausstattung einer Wohnung nach SGB IX

Jahr	außerhalb von Einrichtungen		in Einrichtungen	
	Insgesamt (in Millionen)	Ausgaben pro Fall*	Insgesamt (in Millionen Euro)	Ausgaben pro Fall* (in Euro)
2014	8,25	10.345	**	-
2015	8,16	6.992	0,10	213
2016	8,26	7.521	0,12	379
2017	3,43	3.100	0,09	242
2018	3,31	2.137	0,06	159
Veränderung 2014/2015 bis 2018	- 59,9 %	- 79,3 %	- 39,3 %	- 25,5 %

* Die Ausgaben pro Fall beziehen sich auf die Leistungsbeziehenden im Jahresverlauf.

** Aufgrund eines durch das Statistische Bundesamt bestätigten Erfassungsfehlers werden die Daten nicht ausgewiesen.

Quelle: Sozialhilfestatistik, Berechnung und Darstellung Prognos

Die Pflegekassen können nach § 40 Absatz 4 SGB XI subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes von Personen mit anerkannter Pflegebedürftigkeit gewähren, z. B. für Wohnungsanpassungen oder technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht, erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung von Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Die Zuschüsse betragen je Maßnahme maximal 4.000 Euro. Wenn mehrere Anspruchsberechtigte in einer gemeinsamen Wohnung leben, ist der Gesamtbetrag auf maximal 16.000 Euro je Maßnahme begrenzt. Eine zusätzliche Förderung gibt es gemäß § 45e Absatz 1 SGB XI bei Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe. Um Wohnungen für die Nutzung durch eine solche Wohngemeinschaft altersgerecht oder barrierefrei umzubauen, gibt es einmalig einen Betrag von 2.500 Euro pro pflegebedürftiger Person, die an der gemeinsamen Gründung beteiligt ist. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10.000 Euro begrenzt.

Inwieweit die oben genannten Zuschüsse die für die Umbaumaßnahmen tatsächlich anfallenden Kosten abdecken, ist nicht bekannt. Die für einen barrierefreien

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Umbau anfallenden Kosten können, je nach Umfang der erforderlichen Anpassungen, 2.000 bis 40.000 Euro und mehr betragen (Verband der privaten Bausparkassen e. V. 2019).

In der Statistik zur Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung weist das Bundesgesundheitsministerium die Ausgaben für Wohnungsanpassungen nicht separat aus, sondern stellt die Leistungen nach § 40 SGB XI, Pflegehilfsmittel und Wohnumfeld-verbessernde Maßnahmen, zusammengefasst dar. Diese zusammenfassende Darstellung der Ausgaben findet sich in Abschnitt 6.4.5 in Abbildung 71.

Ausgaben für betreutes Wohnen (SGB XII)

Die Ausgaben der Sozialhilfe für Hilfen zum Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten nach SGB XII beliefen sich im Jahr 2018 insgesamt auf 9,62 Milliarden Euro, wobei gut drei Viertel der Ausgaben (7,33 Milliarden Euro) auf Leistungen außerhalb von und knapp ein Viertel (2,29 Milliarden Euro) auf Leistungen in Einrichtungen entfielen (

Tabelle 93). Seit dem Jahr 2014 stiegen die Ausgaben für Leistungen sowohl außerhalb von (+ 34,4 %) als auch in Einrichtungen (+ 13,7 %). Dies gilt auch für die Ausgaben pro Fall (+ 12,5 % beziehungsweise + 13,3 %). Während der Ausgabenanstieg für Hilfen außerhalb von Einrichtungen neben Kostensteigerungen auch auf einen deutlichen Anstieg der Zahl der Leistungsbeziehenden zurückzuführen ist (+ 19,5 %), kann Letzteres für die Ausgaben für Leistungen in Einrichtungen ausgeschlossen werden, da sich die Zahl der Leistungsbeziehenden in Einrichtungen im Betrachtungszeitraum fast nicht veränderte (+ 0,4 %).¹⁶²

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

¹⁶² Auswertung der Prognos AG auf Basis der Sozialhilfestatistik, ohne Abbildung.

Tabelle 93: Bruttoausgaben für Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnformen nach SGB XII

Jahr	außerhalb von Einrichtungen		in Einrichtungen	
	Insgesamt (in Millionen Euro)	Ausgaben pro Fall* (in Euro)	Insgesamt (in Millionen Euro)	Ausgaben pro Fall* (in Euro)
2014	1,70	8.668	6,45	30.016
2015	1,84	8.842	6,67	30.919
2016	1,98	9.194	7,05	32.655
2017	2,13	9.576	7,23	33.418
2018	2,29	9.750	7,33	33.997
Veränderung 2014 bis 2018	+ 34,4 %	+ 12,5 %	+ 13,7 %	+ 13,3 %

* Die Ausgaben pro Fall beziehen sich auf die Leistungsbeziehenden im Jahresverlauf.

Quelle: Sozialhilfestatistik, Berechnung und Darstellung Prognos

6.4.2 Leistungen für Pflegebedürftige

Leistungen im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung

Im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung erhalten anerkannt pflegebedürftige Menschen, die zu Hause leben, Leistungen bei häuslicher Pflege. Sie haben nach den §§ 36 bis 38 SGB XI Anspruch auf unterschiedliche Leistungsarten. Sie können entweder Pflegesachleistungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch Pflegedienste oder Geldleistungen für selbstbeschaffte Pflegehilfen (in der Regel durch Angehörige) in Anspruch nehmen. Möglich ist es zudem, Pflegesachleistungen und Geldleistungen für selbstbeschaffte Pflegehilfen zu kombinieren. Statistisch wird der Bezug von Kombinationsleistungen dem Bezug von Pflegesachleistungen zugeordnet. In der Kategorie *Pflegegeld* werden daher nur die Pflegebedürftigen erfasst, die ausschließlich von Angehörigen gepflegt werden.

Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für ambulante, teilstationäre und vollstationäre Pflege betrugen im Jahr 2018 insgesamt 35,48 Milliarden Euro. Knapp zwei Drittel der Ausgaben (22,09 Milliarden Euro) wurden für die ambulante und teilstationäre Pflege aufgewendet, gut ein Drittel (13,39 Milliarden Euro) für die vollstationäre Pflege. Im Vergleich zum Jahr 2014 verschoben sich

die Leistungsausgaben damit deutlich in Richtung der Leistungen für die ambulante und teilstationäre Pflege (Tabelle 94).

Tabelle 94: Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für ambulante, teilstationäre und stationäre Pflege

Ausgaben im Laufe des Berichtsjahres, Ausgaben pro Fall bezogen auf die Leistungsbeziehenden am Jahresende

Jahr	Zusammen (in Milliarden Euro)	ambulante/ teilstationäre Pflege* (in Milliarden Euro)	Ausgaben pro Fall (in Euro)	vollstationäre Pflege** (in Milliarden Euro)	Ausgaben pro Fall (in Euro)
2014	22,87	12,34	6.787	10,53	14.023
2015	24,61	13,59	7.126	11,02	14.538
2016	26,01	14,81	7.502	11,20	14.452
2017	33,06	19,66	7.677	13,40	17.219
2018	35,48	22,09	7.603	13,39	17.165
Veränderung 2014 bis 2018	+ 55,1 %	+ 79,0 %	+ 12,1 %	+ 27,2 %	+ 22,4 %

* Enthalten sind Leistungsausgaben für Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege, zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen, Kurzzeitpflege und soziale Sicherung der Pflegepersonen.

** Enthalten sind Leistungsausgaben für vollstationäre Pflege und vollstationäre Pflege in Behindertenheimen.

Quelle: Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der sozialen Pflegeversicherung, Berechnung und Darstellung Prognos

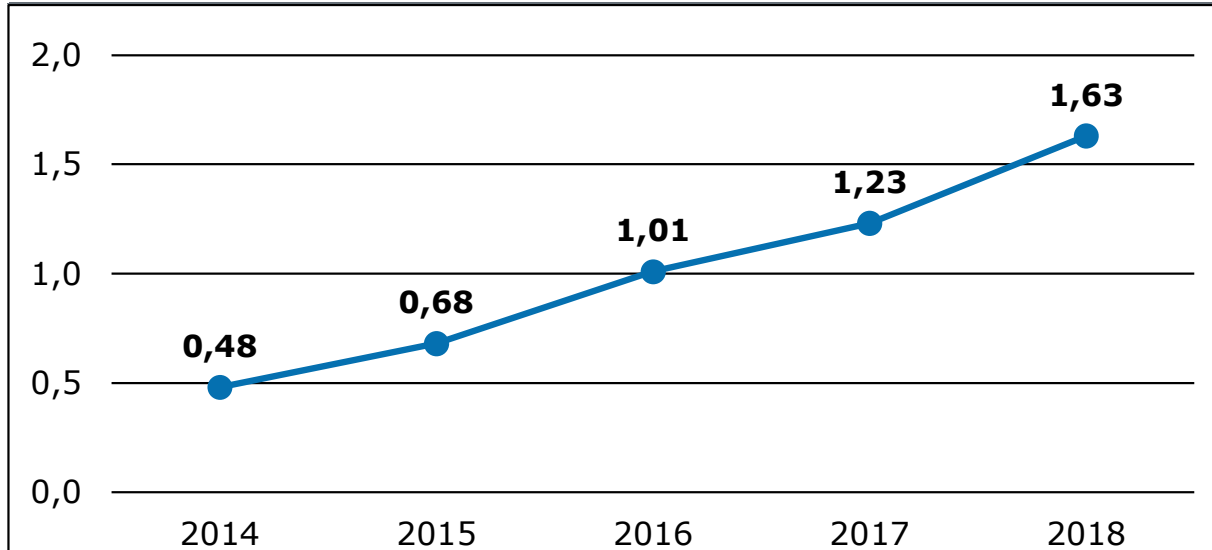
Seit dem Jahr 2014 stiegen die Ausgaben für ambulante, teilstationäre und vollstationäre Pflege um 55,1 Prozent (Tabelle 94). Auffällig ist dabei der sprunghafte Ausgabenanstieg ab dem Jahr 2017. Ursächlich hierfür war die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 1. Januar 2017, durch den sich der Kreis der Leistungsberechtigten nach dem SGB XI erweitert hat. Der Ausgabenanstieg für die ambulante und teilstationäre Pflege fiel zwischen den Jahren 2014 und 2018 deutlich höher aus (+ 79,0 %) als für die vollstationäre Pflege (+ 27,2 %). Auch dies ist insbesondere auf die Systemumstellung zum 1. Januar 2017 zurückzuführen, die dazu führte, dass die Zahl der Leistungsberechtigten

nach dem SGB XI anstieg. Viele von denen, die nun Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung erhielten, weisen oftmals nur einen geringen Grad der Pflegebedürftigkeit auf und können in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden. Entsprechend erhöhte sich die Zahl der Pflegebedürftigen, die ambulant versorgt werden, seit der Systemumstellung deutlich stärker als die Zahl der vollstationär Versorgten. Ebenso wie die Leistungsausgaben insgesamt stiegen auch die Leistungsausgaben pro Fall in den jeweiligen Versorgungsbereichen im Zeitverlauf. Hier fiel der Ausgabenanstieg bei der ambulanten beziehungsweise teilstationären Pflege mit einer Steigerung von 12,0 Prozent jedoch geringer aus als bei den Ausgaben pro Fall bei der vollstationären Pflege (+ 22,4 %). Dies erklärt, warum die Ausgaben für die stationäre Pflege deutlich stärker stiegen als die Zahl der Leistungsbeziehenden.

Bis zum 31. Dezember 2016 konnten Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben war, gemäß § 45b SGB XI alte Fassung zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch nehmen. Die Kosten hierfür wurden ersetzt, höchstens jedoch 104 Euro monatlich (Grundbetrag) oder 208 Euro monatlich (erhöhter Betrag). Seit der Systemumstellung zum 1. Januar 2017 haben Pflegebedürftige in häuslicher Pflege gemäß § 45b SGB XI nur noch einen Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI alte Fassung (bis Ende 2016) beziehungsweise für den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI (seit Anfang 2017) betrugen im Jahr 2018 rund 1,63 Milliarden Euro. Seit dem Jahr 2014 hatten sich die Ausgaben für diese Leistung damit mehr als verdreifacht (Abbildung 69). Zentrale Ursache der steigenden Leistungsausgaben war die steigende Zahl der Pflegebedürftigen; eine Dynamik, die durch die Ausweitung des Personenkreises der Leistungsberechtigten nach dem SGB XI zum 1. Januar 2017 noch einmal verstärkt wurde.

Abbildung 69: Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI

Ausgaben im Laufe des Berichtsjahres in Milliarden Euro



Quelle: Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der sozialen Pflegeversicherung, Berechnung und Darstellung Prognos

Sofern Pflegebedürftigkeit durch eine Schädigung nach § 1 BVG eingetreten ist, wird gemäß § 35 BVG eine Pflegezulage gezahlt. Des Weiteren leisten die Träger der Kriegsopferfürsorge für den Kreis ihrer Leistungsberechtigten Hilfe zur Pflege nach § 26c BVG. Diese Leistung ist den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI gegenüber nachrangig, aber vorrangig vor den Hilfen zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe nach Kapitel 7 SGB XII.

Leistungen der Sozialhilfe

Die Sozialhilfe unterstützt pflegebedürftige Personen bei finanzieller Bedürftigkeit, indem sie die mit der Pflege verbundenen Kosten ganz oder teilweise übernimmt, soweit sie nicht von der Pflegeversicherung getragen werden. Am Jahresende 2018 erhielten insgesamt 298.857 Personen Leistungen der Hilfe zur Pflege nach SGB XII. Etwa 80 Prozent davon (245.206 Personen) erhielten diese Leistung in Einrichtungen, nur rund 20 Prozent (54.568 Personen) außerhalb von Einrichtungen.¹⁶³ Die Zahl der Leistungsbeziehenden von Hilfen zur Pflege insgesamt ging zwischen den Jahren 2014 und 2018 um 14,6 Prozent zurück, wobei

¹⁶³ Teilstationäre Leistungen der Hilfe zur Pflege werden statistisch als Leistungen in Einrichtungen erfasst. Personen, die gleichzeitig teilstationäre Leistungen (z. B. Tagesstätten) und ambulante Leistungen erhalten, werden in beiden Kategorien erfasst, in der Gesamtzahl aber – soweit erkennbar – nur einmal ausgewiesen.

es ab dem Jahr 2017 zu einem sprunghaften Rückgang der Leistungsbeziehungen kam.¹⁶⁴ Grund für diesen Rückgang war die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die damit einhergehende Erweiterung des Kreises der Leistungsberechtigten nach dem SGB XI, wodurch weniger Pflegebedürftige auf Leistungen der Hilfe zur Pflege angewiesen waren.

Die Bruttoausgaben für Leistungen der Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe nach SGB XII betrugen im Laufe des Jahres 2018 insgesamt 4,00 Milliarden Euro (netto: 3,47 Milliarden Euro). Etwa drei Viertel der Ausgaben (3,04 Milliarden Euro) fielen innerhalb von Einrichtungen an, lediglich ein Viertel (0,97 Milliarden Euro) außerhalb von Einrichtungen (Tabelle 95). Im Vergleich zum Jahr 2014 veränderten sich die Bruttoausgaben für Leistungen der Hilfe zur Pflege insgesamt nicht (- 0,1 %). Mit Blick auf den Ort der Leistungserbringung gab es jedoch geringfügige, einander entgegengesetzte Veränderungen: Während die Ausgaben für Leistungen der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen im Betrachtungszeitraum leicht anstiegen (+ 4,2 %), gingen die Ausgaben für Leistungen der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen leicht zurück (- 1,4 %).

Tabelle 95: Bruttoausgaben für die Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe nach SGB XII

Ausgaben im Laufe des Berichtsjahres in Milliarden Euro

Jahr	Insgesamt	außerhalb von Einrichtungen	innerhalb von Einrichtungen
2014	4,01	0,93	3,08
2015	4,08	1,00	3,08
2016	4,33	1,07	3,26
2017	3,90	0,97	2,93
2018	4,00	0,97	3,04
Veränderung 2014 bis 2018	- 0,1 %	+ 4,2 %	- 1,4 %

Quelle: Sozialhilfestatistik, Berechnung und Darstellung Prognos

¹⁶⁴ Auswertung der Prognos AG auf Basis der Sozialhilfestatistik, ohne Abbildung.

6.4.3 Mobilitätsbezogene Hilfen

Mit dem KfW Eigenmittelprogramm *Barrierearme Stadt* erhalten Kommunen, kommunale Unternehmen und soziale Organisationen zinsgünstige Darlehen für barrierereduzierende Maßnahmen, mit denen bestehende kommunale Gebäude, Verkehrsanlagen und den öffentlichen Raum alters- und familiengerecht umgebaut werden können. Mit dem 2012 gestarteten Programm wurden inzwischen rund 300 Investitionsvorhaben mit mehr als 150 Mio. Euro unterstützt.

Erleichterungen und Hilfen im Personenverkehr

Die DB AG hat für Fahrgäste mit körperlichen, kognitiven oder Sinnesbehinderungen sowie für Familien mit kleinen Kindern oder ältere Menschen die Mobilitäts-service-Zentrale (MSZ) eingerichtet, durch die Reisende bei der Planung und Durchführung einer Bahnreise unterstützt werden. Im Jahr 2018 gab das Servicepersonal in den Bahnhöfen der DB rund 850.000 Hilfestellungen für Menschen mit Behinderungen. Die DB AG bietet in diesem Zusammenhang auch Hilfestellungen für den Ein- und Ausstieg für mobilitätseingeschränkte Reisende an. Diese beschränken sich aber im Wesentlichen auf die wichtigsten Bahnhöfe sowie einige kleinere und mittlere Bahnhöfe, für die mobile Kundenbetreuerinnen und -betreuer zuständig sind.¹⁶⁵ (DB AG 2019) An kleineren Stationen ist eine entsprechende Hilfestellung daher in der Regel nicht sichergestellt.

Flugpassagiere mit Mobilitätseinschränkung oder Behinderung haben in der Europäischen Union seit dem 26. Juli 2008 weiterreichende Rechte: Flughäfen, Fluggesellschaften sowie Reiseveranstalter sind zu besonderen Unterstützungs- und Informationsleistungen verpflichtet, die die Vorbereitung und die Flugreise erleichtern. Diese Serviceleistungen sind ohne zusätzliche Kosten für Reisende mit Beeinträchtigungen zu erbringen. Entsprechende Rechte haben Fahrgäste mit Mobilitätseinschränkungen oder Behinderung seit Dezember 2010 auch im See- und Binnenschiffsverkehr. (BMAS 2018b)

Hilfen bei Mobilitätseinschränkungen

Nach § 33 SGB V stellen die Krankenkassen Versicherten mit Mobilitätseinschränkungen Hilfsmittel in Form von Kranken- oder Behindertenfahrzeugen sowie Mobilitätshilfen zur Verfügung. Hierunter fallen insbesondere Rollstühle unterschiedlicher Bauweise und Ausstattung. Durch den Einsatz von Mobilitätshilfen sollen

¹⁶⁵ Die wichtigsten Stationen sind laut der DB AG zu diesem Zweck mit insgesamt mehr als 900 mobilen Hubgeräten, Rampen, Treppenliften oder Elektromobilen ausgerüstet. Von 16 festen Standorten aus sind zusätzliche mobile Teams an weiteren 47 kleineren und mittleren Bahnhöfen im Rahmen der Hilfestellungen beim Ein- und Ausstieg im Einsatz. Über eine Voranmeldung bei der MSZ (per Telefon, Fax oder E-Mail) bis 20 Uhr des Vortags der Fahrt müssen die betroffenen Fahrgäste ihren Hilfebedarf vorab anmelden und sich über mögliche Hilfestellungen vor Ort informieren

Menschen mit Beeinträchtigungen in die Lage versetzt werden, elementare Grundbedürfnisse, wie z. B. das Aufrichten oder Fortbewegen, weitgehend selbstständig ausführen zu können. Zu diesen Mobilitätshilfen gehören neben Umsetz- und Aufrichthilfen auch Lifter, Rampen et cetera. (GKV-Spitzenverband 2020a)

Menschen, die aufgrund ihrer Behinderung zum Erreichen ihres Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes nicht nur vorübergehend auf die Nutzung eines eigenen Kraftfahrzeuges (Kfz) angewiesen sind, erhalten vom Rehabilitationsträger Finanzierungshilfen zur Beschaffung eines geeigneten Fahrzeugs. Diese Hilfen schließen die behindertengerechte Zusatzausstattung und die Erlangung einer Fahrerlaubnis ein. (BMAS 2018b)

Insofern Menschen den öffentlichen Personenverkehr oder das Taxi aufgrund ihrer Behinderung oder Mobilitätseinschränkung nicht nutzen können, leisten Beförderungsdienste einen Beitrag zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Gesetzliche Grundlage hierfür ist § 83 Absatz 1 Nummer 1 SGB IX.

6.4.4 Hilfen zur Kommunikation

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) finanziert unter bestimmten Voraussetzungen Hilfsmittel zur Kommunikation. Hierzu zählen Hörhilfen, die als technische Hilfen die angeborenen oder erworbenen Hörfunktionsminderungen, die nicht therapierbar sind, möglichst weitgehend ausgleichen. (GKV-Spitzenverband 2020b) Im Jahr 2018 wurden laut Heil- und Hilfsmittelreport der BARMER für Hörhilfen pro Versichertem 11,70 Euro ausgegeben. Im Vergleich zum Jahr 2013 (Ausgaben von 7,78 Euro pro Versicherten; BARMER 2014) waren die Ausgaben pro Versichertem damit um 50,4 Prozent angestiegen (BARMER 2014 und BARMER 2019). Die Heil- und Hilfsmittelreporte der BARMER weisen lediglich bis zum Jahr 2016 die Ausgaben für Hörhilfen explizit aus. Sie lagen im Jahr 2016 bei rund 97,4 Millionen Euro, was einem Anteil von 11,45 Prozent an den Gesamtausgaben für Hilfsmittel entsprach (BARMER 2017).¹⁶⁶ Unter der Voraussetzung, dass dieser Anteil dem jeweiligen der übrigen Krankenkassen entsprach, lässt sich die Höhe der Ausgaben für Hörhilfen im Jahr 2016 auf 891,2 Millionen Euro schätzen¹⁶⁷ (GKV-Spitzenverband 2020b).

Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) vereinbarten ein Verfahren bei Beteiligung verschiedener Leistungsträger im Rahmen der Hörhilfenversorgung. Diese wurde

¹⁶⁶ Von Report zu Report wurden die Daten immer wieder korrigiert und die Art der ausgewiesenen Daten angepasst, sodass keine durchgängige Zeitreihenbetrachtung möglich ist.

¹⁶⁷ Eigene Auswertung der Prognos AG auf Basis BARMER 2017 und GKV-Kennzahlen, ohne Abbildung.

nach einer längeren Erprobungsphase am 14. März 2016 von den Vereinbarungspartnern beschlossen. Ihr ist als Anlage ein Orientierungsrahmen, der die Beurteilung eines möglichen beruflichen Mehrbedarfs erleichtert, beigelegt. Bei besonderen, im beruflichen Umfeld vorliegenden Schallbedingungen beziehungsweise Höranforderungen ist demnach regelmäßig ein berufsbedingter Mehrbedarf zu prüfen.

Förderung der Verständigung mit der Umwelt

Sofern Menschen mit Hörbeeinträchtigungen oder anderen Beeinträchtigungen zur Verständigung mit der Umwelt aus besonderem Anlass der Hilfe anderer bedürfen, werden ihnen nach § 82 SGB IX die erforderlichen Hilfen zur Verfügung gestellt oder angemessene Aufwendungen hierfür erstattet. Die Leistungen umfassen insbesondere Hilfen durch Gebärdensprachdolmetscherinnen und -dolmetscher und andere geeignete Kommunikationshilfen. Im Jahr 2018 wurden 1.139 Maßnahmen bewilligt, für die Bruttoausgaben von insgesamt rund 5,01 Millionen Euro anfielen (Tabelle 96). Seit dem Jahr 2014 ging die Zahl der Maßnahmen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt kontinuierlich zurück (- 26,8 %). Die Bruttoausgaben für die Maßnahmen schwankten im Betrachtungszeitraum ebenso stark wie die durchschnittlichen Ausgaben pro Maßnahme (Minimum von 306.073 Euro im Jahr 2014 und Maximum von 474.185 Euro im Jahr 2015). Insgesamt stiegen die Bruttoausgaben im Betrachtungszeitraum trotz des Rückgangs der durchgeführten Maßnahmen geringfügig (+ 5,3 %).

Tabelle 96: Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt nach SGB XII

Ausgaben im Laufe des Berichtsjahres

Jahr	Anzahl der Maßnahmen	Bruttoausgaben (in Millionen Euro)	Bruttoausgaben pro Maßnahme (in Euro)
2014	1.555	4,76	306.073
2015	1.439	6,82	474.185
2016	1.417	6,61	466.663
2017	1.471	4,60	312.389
2018	1.139	5,01	440.018
Veränderung 2014 bis 2018	- 26,8 %	+ 5,3 %	+ 43,8 %

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

| Quelle: Sozialhilfestatistik, Berechnung und Darstellung Prognos

Kommunikation mit Trägern öffentlicher Gewalt und Sozialleistungsträgern

Hör- oder sprachbehinderte Menschen haben gemäß § 9 Absatz 1 BGG das Recht, mit Trägern öffentlicher Gewalt in deutscher Gebärdensprache, mit lautsprachbegleitenden Gebärden oder über andere geeignete Kommunikationshilfen zu kommunizieren, soweit dies zur Wahrnehmung eigener Rechte im Verwaltungsverfahren erforderlich ist. Die Träger öffentlicher Gewalt haben dafür auf Wunsch der Berechtigten im notwendigen Umfang die Übersetzung durch Gebärdensprachdolmetscherinnen und -dolmetscher oder die Verständigung mit anderen geeigneten Kommunikationshilfen sicherzustellen und die notwendigen Aufwendungen zu tragen. Laut der zugehörigen Kommunikationshilfenverordnung (KHV)¹⁶⁸ kommen dabei folgende Kommunikationshilfen in Betracht:

- **Kommunikationshelferinnen und -helfer:** Schriftdolmetschende, Simultanschriftdolmetschende, Oraldolmetschende, Kommunikationsassistentinnen und -assistenten sowie sonstige Personen des Vertrauens der Berechtigten.
- **Kommunikationsmethoden:** Lormen und taktil wahrnehmbare Gebärden, gestützte Kommunikation für Menschen mit autistischer Störung.
- **Kommunikationsmittel:** Akustisch-technische Hilfen oder grafische Symbolsysteme.

Sofern ein Mensch mit Hörbehinderung im Rahmen der Ausführung von Sozialleistungen, insbesondere auch bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, über Gebärden(-sprache) oder andere geeignete Kommunikationshilfen kommuniziert, sind die für die Sozialleistung zuständigen Kostenträger nach § 17 Absatz 2 SGB I (Allgemeiner Teil) verpflichtet, die Kosten für die verwendeten Kommunikationshilfen zu tragen.

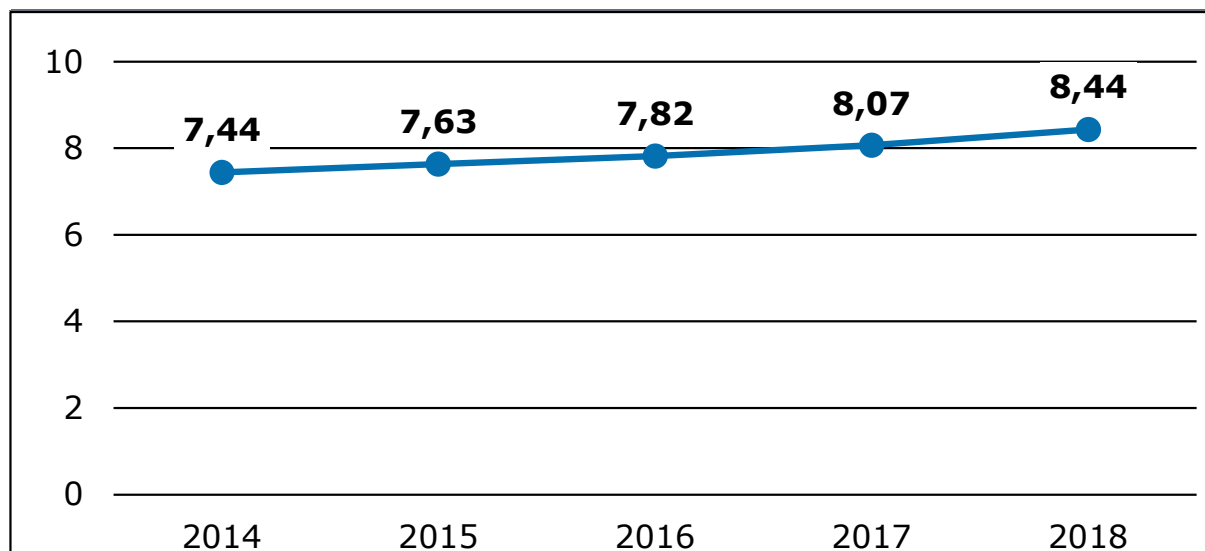
6.4.5 Hilfsmittel für Gesundheit und Pflege

Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Hilfsmittel betrugen im Jahr 2018 rund 8,44 Milliarden Euro (Abbildung 70). Sie stiegen seit dem Jahr 2014 kontinuierlich um insgesamt 13,3 Prozent.

¹⁶⁸ Verordnung zur Verwendung von Gebärdensprache und anderen Kommunikationshilfen im Verwaltungsverfahren nach dem BGG (KHV) vom 17. Juli 2002 (BGBl. I S. 2650), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 25.11.2016 (BGBl. I S. 2659) geändert wurde.

Abbildung 70: Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Hilfsmittel

Ausgaben im Laufe des Berichtsjahres, in Milliarden Euro



Quelle: Finanzergebnisse der GKV, Darstellung Prognos

Im Rahmen der Eingliederungshilfe wurden im Jahr 2018 rund 6,28 Millionen Euro für Hilfsmittel ausgegeben.¹⁶⁹ Im Vergleich zum Jahr 2014 bedeutete dies einen Anstieg um 20,7 Prozent, wobei die Ausgaben in den Einzeljahren deutlich schwankten und in den Jahren 2015 und 2017 unterhalb des Betrags im Jahr 2014 von rund 5,20 Millionen Euro lagen.¹⁷⁰

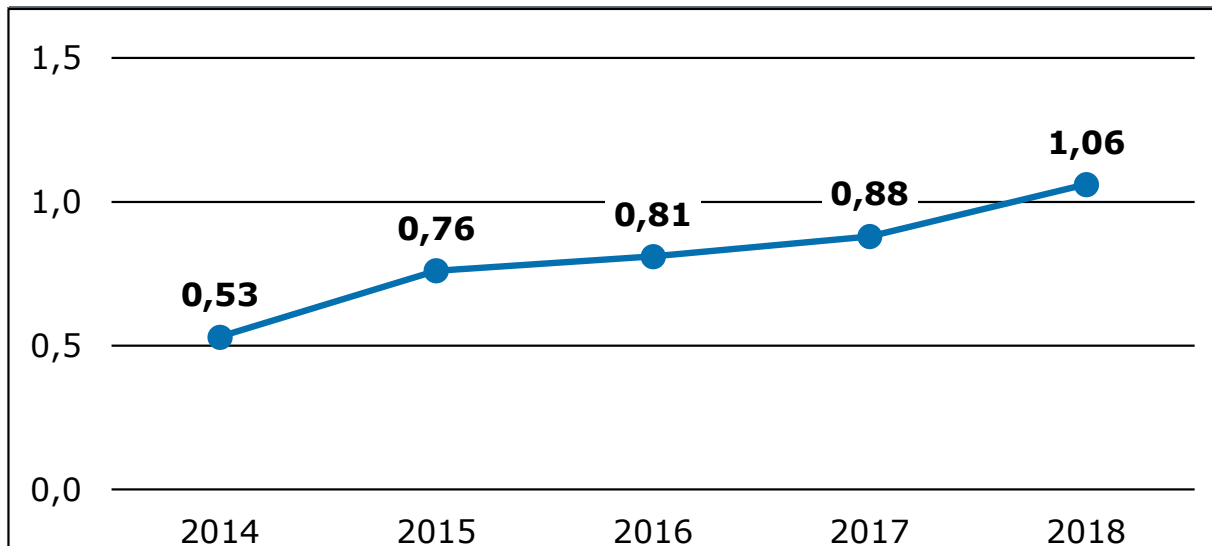
Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Pflegehilfsmittel und Wohnumfeld-verbessernde Maßnahmen nach § 40 SGB XI betrugen im Jahr 2018 insgesamt rund 1,06 Milliarden Euro. Im Vergleich zum Jahr 2014 hatten sich die Ausgaben damit verdoppelt (Abbildung 71). Grund für den Anstieg war im Wesentlichen die steigende Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt sowie der weiterhin hohe und durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs weiter gestiegene Anteil der ambulant versorgten pflegebedürftigen Menschen.

¹⁶⁹ Die Ausgaben für die Jahre 2014, 2015, 2016 und 2017 enthalten keine Ausgaben für Hilfsmittel nach den §§ 26, 31 und 33 SGB IX alte Fassung. Die Ausgaben für das Jahr 2018 enthalten keine Ausgaben für Hilfsmittel nach den §§ 26 und 31 SGB IX.

¹⁷⁰ Auswertung der Prognos AG auf Basis der Sozialhilfestatistik, ohne Abbildung.

Abbildung 71: Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Pflegehilfsmittel und Wohnumfeld-verbessernde Maßnahmen nach § 40 SGB XI

Ausgaben im Laufe des Berichtsjahres, in Milliarden Euro

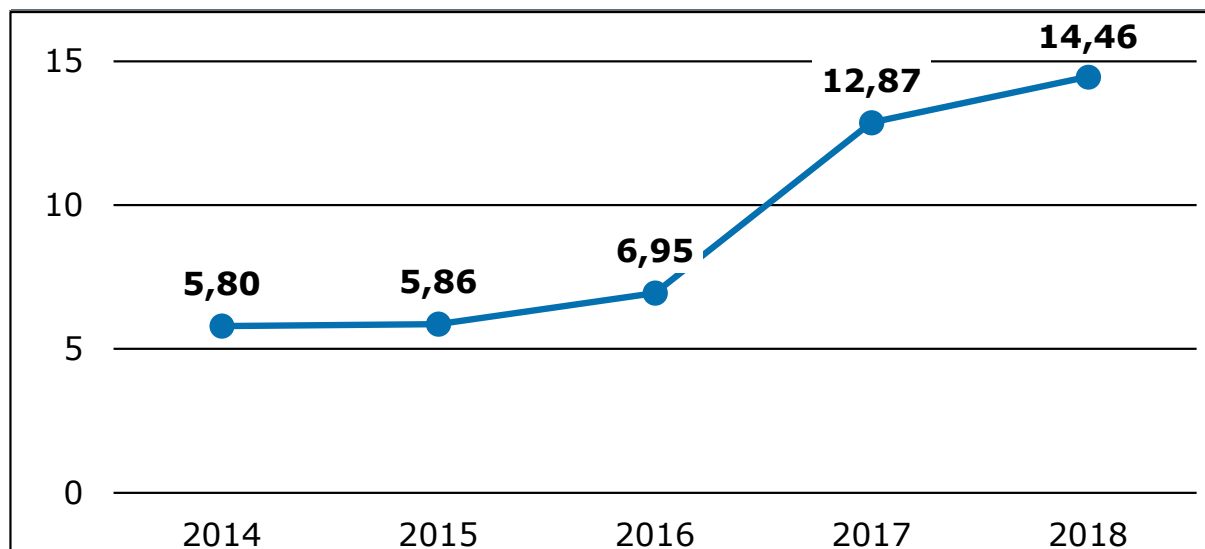


Quelle: Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der sozialen Pflegeversicherung, Berechnung und Darstellung Prognos

Nachrangig gegenüber den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung wird im Rahmen der Sozialhilfe Hilfe zur Pflege gewährt (Kapitel 7 SGB XII). Die Ausgaben für Hilfsmittel im Rahmen der Hilfe zur Pflege betrugen im Jahr 2018 etwa 14,46 Millionen Euro (Abbildung 72). Seit dem Jahr 2014, mit Ausgaben in Höhe von rund 5,80 Millionen Euro, hatten sich diese Ausgaben für Hilfsmittel damit fast verdreifacht. Auch hier ist ein deutlicher Sprung in den Leistungsausgaben seit dem Jahr 2017 zu erkennen.

Abbildung 72: Ausgaben für Hilfsmittel im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach SGB XII

Ausgaben im Laufe des Berichtsjahres, in Millionen Euro



Quelle: Sozialhilfestatistik, Berechnung und Darstellung Prognos

6.4.6 Förderung der Selbsthilfe

In § 45 SGB IX ist geregelt, dass Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen, die sich die Prävention, Rehabilitation, Früherkennung, Beratung, Behandlung und Bewältigung von beziehungsweise im Zusammenhang mit Krankheiten und Behinderungen zum Ziel gesetzt haben, nach einheitlichen Grundsätzen gefördert werden.

Nach § 26 Absatz 2 Nummer 6 SGB IX wurde eine gemeinsame Empfehlung der Rehabilitationsträger dazu erstellt, in welcher Weise und in welchem Umfang diese Förderung erfolgt. In der aktualisierten Fassung¹⁷¹ der Rahmenempfehlung zur Förderung der Selbsthilfe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Rahmenempfehlung) wird in § 1 klargestellt, dass die Vorschrift nach § 29 SGB IX keine allgemeine Leistungspflicht begründet und die Leistungsvoraussetzungen in den jeweiligen Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger geregelt sind. Nach § 4 Rahmenempfehlung erfolgt die Förderung der Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen zweckgebunden durch finanzielle Zuschüsse der Rehabilitationsträger in Form projektbezogener und/oder pauschaler Zuwendungen. Daneben ist eine infrastrukturelle und ideelle Förderung durch alle Vereinbarungspartner möglich (BAR 2019a).

¹⁷¹ Die aktualisierte Fassung der gemeinsamen Empfehlung Förderung der Selbsthilfe umfasst eine redaktionelle Anpassung an die Vorschriften des BTHG.

Die Rechtsgrundlagen der verschiedenen Rehabilitationsträger zur Aufgabe der Förderung der Selbsthilfe unterscheiden sich bisher (für eine Übersicht siehe BAR 2019a). Nach § 20h SGB V fördern beispielsweise die Krankenkassen und ihre Verbände Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen. Der GKV-Spitzenverband hat mit Beteiligung von Selbsthilfeorganisationen und -verbänden den *Leitfaden zur Selbsthilfeförderung* erstellt, in dem der Rahmen für die Umsetzung der Selbsthilfeförderung auf verschiedenen Förderebenen (Bundes-, Landes- und Ortsebene) beschrieben und die Inhalte und Verfahren der Förderung definiert werden (GKV-Spitzenverband 2019).

Die Ausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für die Förderung sind in § 20h Absatz 4 SGB V festgelegt. Sie sollten im Jahr 2016 je versicherter Person 1,05 Euro betragen und in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV angepasst werden. Die Daten der Rehabilitationsträger über Art und Höhe der Förderung der Selbsthilfe fließen in den Bericht der BAR nach § 41 ein, der zum 31. Dezember 2019 erstmals von der BAR für das Berichtsjahr 2018 vorgelegt wurde. Der Soll-Wert je Versichertem betrug 2018 1,10 Euro, laut BAR-Bericht lag der tatsächliche Ausgabenwert mit 1,11 Euro knapp darüber. Über den gesamten Trägerbereich GKV gesehen betrug die Förderung der Selbsthilfe im Jahr 2018 insgesamt 80,98 Millionen Euro (BAR 2019b). Im Vergleich zum Jahr 2014 (43,3 Millionen Euro) hatten sich die Ausgaben damit fast verdoppelt (vdek 2020).

6.4.7 Persönliches Budget

Die Statistik der BAR erfasst die Ausgaben der Rehabilitationsträger für Rehabilitation und Teilhabe. Hierin sind Angaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der DRV sowie der Bundesagentur für Arbeit (BA) und der Integrationsämter (IA) darüber enthalten, in welcher Höhe Ausgaben auf das Persönliche Budget entfallen.¹⁷² Am höchsten waren die Ausgaben für das Persönliche Budget im Jahr 2018 bei der GKV mit 40,6 Millionen Euro, gefolgt von den Ausgaben der BA mit 13,6 Millionen Euro (Tabelle 97). Die Ausgaben der IA und der DRV für Leistungen, die als Persönliches Budget bereitgestellt wurden, waren im Jahr 2018 im Vergleich dazu relativ gering (jeweils 0,5 Millionen Euro).

¹⁷² Seitens der Gesetzlichen Unfallversicherung sowie seitens der Sozialhilfe liegen keine diesbezüglichen Angaben vor.

Tabelle 97: Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe in Form des Persönlichen Budgets

Angaben im Laufe des Berichtsjahres, in Millionen Euro

	Gesetzliche Kranken- versicherung	Gesetzliche Renten- versicherung	BA	Integrations- ämter
2014	15,0	0,5	9,9	0,3
2015	20,0	0,8	10,9	0,5
2016	26,6	0,6	12,2	0,2
2017	34,2	0,2	12,5	0,4
2018	40,6	0,5	13,6	0,5
Veränderung 2014 bis 2018	+ 170,7 %	0,0 %	+ 36,9 %	+60,0 %

Quelle: BAR 2019c bis f und 2020, Berechnung und Darstellung Prognos

Seit dem Jahr 2014 stiegen die Ausgaben für Persönliche Budgets bei der GKV (+170,7 %) und der BA (+ 36,9 %) stetig und (im Falle der GKV sehr) deutlich an. Im Leistungsbereich der IA und der DRV schwankten die Ausgaben im Betrachtungszeitraum bei gleichbleibend geringem Niveau sehr stark, sodass die punktuelle Betrachtung der Veränderungen zwischen den Jahren 2014 und 2018 (+60,0 % beziehungsweise +0,0 %) nur bedingt aussagekräftig ist.

6.5 Entwicklung der Teilhabe im Bereich Alltägliche Lebensführung

Um eine Gesamteinschätzung der Entwicklungen der Teilhabe im Bereich *Alltägliche Lebensführung* vorzunehmen, werden zusammenfassend zwei Fragestellungen untersucht.

1. Die Umwelt, in der Menschen mit Beeinträchtigungen ihr alltägliches Leben führen, soll ihre Handlungs- und Gestaltungsspielräume möglichst wenig einschränken. Sind in den Statistiken Einschränkungen erkennbar?

In vielfältiger Weise erschwert die räumliche Umgebung vielen Menschen mit Beeinträchtigungen eine selbstständige Lebensführung und die soziale Teilhabe im

Alltag. Besonders einschränkend wirkt sich ein bestehender Mangel an barrierefreien Wohnungen aus. Ein solcher Mangel wird sowohl durch Studien zum Bestand und Bedarf an altersgerechten Wohnungen als auch durch Befragungen von Menschen mit Beeinträchtigungen belegt. So ist nur ein verschwindend geringer Anteil der Wohnungen in Deutschland weitgehend frei von baulichen Barrieren. Bei Wohnungen jüngerer Baujahre ab 2011 erhöht sich der Anteil zwar deutlich, dennoch erfüllen auch diese Wohnungen immer noch nicht in der Mehrzahl diese Anforderung. Das Potenzial des Neubaus zur Erhöhung des Anteils barrierefreier beziehungsweise -reduzierter Wohnungen wird demnach nicht ausgeschöpft. (Abschnitt 6.1)

Hinsichtlich der baulichen Barrierefreiheit im öffentlichen Raum sehen sich die meisten Menschen mit Beeinträchtigungen mit Barrieren konfrontiert. Das betrifft die Zugänglichkeit von Gebäuden und Plätzen ebenso wie die der öffentlichen Infrastruktur. Auswertungen der erstmalig durchgeführten Teilhabebefragung zeigen: Ein Großteil der Menschen mit Behinderungen erlebt Hindernisse im öffentlichen Raum regelmäßig außerhalb ihrer Wohnungen. Hierin unterscheidet sich ihre Lebenssituation wesentlich von derjenigen der Menschen ohne Beeinträchtigungen. Unabhängig von den Formen der Beeinträchtigungen werden oft dieselben Hindernisarten am häufigsten als Erschwernisse genannt, darunter sind Hindernisse auf Gehwegen oder unverständliche Lautsprecherdurchsagen. Einige der am häufigsten genannten Hindernisse sind eher leicht zu beseitigen, nötig ist vor allem ein entsprechendes Problembewusstsein der Verantwortlichen. (Abschnitt 6.2)

Im Bereich des öffentlichen Personenverkehrs sind viele Verbesserungen sowohl bei den Bussen und Bahnen als auch bei den Haltestellen erreicht worden, viele Barrieren bestehen dennoch fort. Insbesondere ist nur die Minderheit der Fernzüge der Deutschen Bahn weitgehend oder vollständig barrierefrei. Bei den Bussen gibt es hingegen ein ausgeprägtes Stadt-Land-Gefälle. Das weist darauf hin, dass Menschen mit Beeinträchtigungen in ländlichen Gegenden schlechtere Bedingungen für ihre Mobilität vorfinden. Das politisch vereinbarte Ziel einer vollständigen Barrierefreiheit im ÖPNV bis zum 1. Januar 2022 wird den Beteiligten zufolge aller Voraussicht nach nicht erreicht. (Abschnitt 6.2)

Für die Bereitstellung barrierefreier Informationen, Medien und Kommunikationssysteme wurden in den letzten Jahren viele rechtliche Voraussetzungen geschaffen, die einen besseren Zugang zu diesen Medien und Systemen von Menschen mit Beeinträchtigungen zum Ziel haben. Es gibt keine umfassenden Auskünfte über den konkreten Umsetzungsstand, Einschätzungen weisen jedoch darauf hin,

dass z. B. nur ein kleiner Bruchteil aller veröffentlichten Bücher in einem barrierefreien Format zur Verfügung steht und dass von beispielhaft getesteten Webseiten mit hoher beruflicher Relevanz keine einzige umfassend barrierefrei war.

Diese Ergebnisse, die den Fortbestand von einschränkenden Bedingungen im Alltagsleben von Menschen mit Beeinträchtigungen bestätigen, könnten dazu beitragen, das subjektive Erleben von Fremdbestimmung zu erklären. Menschen mit Beeinträchtigungen machen viel häufiger die Erfahrung von Fremdbestimmung als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Zumindest in Teilen kann diese Einschätzung ihre objektiven Ursachen in der mangelnden Zugänglichkeit und Barrierefreiheit der Wohnungen und des öffentlichen Raums haben. (Abschnitt 6.3)

2. Besondere Aufmerksamkeit ist Personen mit mehrfachen Benachteiligungen im Sinne von sich überschneidenden Diskriminierungsformen (Intersektionalität) zu widmen. Welche Personengruppen finden in ihrem Alltagsleben besonders einschränkende Bedingungen vor?

Im Lebensbereich *Alltägliche Lebensführung* gibt es nur wenige Statistiken, die nach Zielgruppen differenzieren. Aus diesem Grund kann die Frage nach Menschen, die in mehrfacher Hinsicht benachteiligt sind, nicht im Detail beantwortet werden. Dennoch gibt es einige Ergebnisse hierzu. So zeigen die Statistiken zu den betreuten Wohnformen, dass Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung besonders häufig in stationären Wohnformen leben, obwohl Studienergebnissen zufolge dies oft nicht ihre bevorzugte Wohnform ist. Hinsichtlich der Verwirklichung der eigenen Wünsche bezüglich und der freien Wahl des Wohnortes ist dieser Befund als problematisch einzuschätzen. Auch im Alter und bei altersbedingter Pflegebedürftigkeit wohnen Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen oft in stationären Wohneinrichtungen und hier zu einem nicht unbeträchtlichen Anteil in allgemeinen Altenpflegeeinrichtungen nach dem SGB XI. Ob diese ihren besonderen Bedürfnissen Rechnung tragen können, wird kontrovers diskutiert. Allerdings wird für viele Betroffene berichtet, dass sie zielgruppenspezifische Einrichtungen in Anspruch nehmen. (Abschnitt 6.1) Nicht nur personengebundene Eigenschaften können in Kombination mit Einschränkungen im Alltag die selbstbestimmte alltägliche Lebensführung erschweren. Eine Verstärkung von benachteiligenden Effekten tritt auch dann auf, wenn Menschen mit Mobilitätsbeeinträchtigungen in ländlichen Gebieten wohnen. Sie finden dort schlechtere Bedingungen vor, weil beispielsweise weniger barrierefreie Busse zum Einsatz kommen als in Städten. (Abschnitt 6.2)

6.6 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Alltägliche Lebensführung

Der vorliegende Teilhabebericht erörtert differenzierter als die Vorgängerberichte die sich aus Artikel 19 UN-BRK ergebenden Rechte von Menschen mit Behinderungen hinsichtlich einer unabhängigen Lebensführung. Dies betrifft insbesondere das Recht, den eigenen Aufenthaltsort frei zu wählen. Während etwa der zweite Teilhabebericht (BMAS 2016: 252) in seiner Darstellung zum Thema „Wohnen“ noch sehr darauf abzielt, ob überhaupt eine auf die Bedürfnisse und Bedarfe der betreffenden Person mit Beeinträchtigungen ausgerichtete Wohnung vorhanden ist sowie ein dazugehöriges barrierefreies Wohnumfeld, weitet der vorliegende Bericht die Perspektive.

Freizügigkeit

Die freie Wahl des Aufenthaltsortes bedeutet mehr als die Entscheidung, „wo und mit wem“ (Artikel 19 UN-BRK) man leben will. Sie stellt die Freizügigkeit in den Mittelpunkt und ermöglicht damit eine neue, gleichsam radikale Sichtweise.

Das Recht auf Freizügigkeit wurde 1948 in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte festgeschrieben. Artikel 13 besagt: „1. Jeder hat das Recht, sich innerhalb eines Staates frei zu bewegen und seinen Aufenthaltsort frei zu wählen. 2. Jeder hat das Recht, jedes Land, einschließlich seines eigenen, zu verlassen und in sein Land zurückzukehren.“ Auch Artikel 11 des Grundgesetzes enthält entsprechende, auf die Bundesrepublik Deutschland bezogene Aussagen. Die Bestimmungen zur Freizügigkeit, die im Vertrag über die Arbeitsweise der EU enthalten sind, berühren die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen unmittelbar. In Artikel 21 des Vertrages ist die Personenfreizügigkeit, in Artikel 45 die Arbeitnehmerfreizügigkeit festgeschrieben.

Dass die freie Wahl des Aufenthaltsortes innerhalb der EU im Hinblick auf eine berufliche Tätigkeit auch Menschen mit Beeinträchtigungen in Deutschland betrifft, dürfte offensichtlich sein. Insofern lassen auch die Kapitel „Erwerbstätigkeit und materielle Lebenssituation“ sowie „Bildung und Ausbildung“ des vorliegenden Teilhabeberichts Fragen offen. Hinsichtlich der Personenfreizügigkeit innerhalb der EU deutet das Kapitel „Alltägliche Lebensführung“ zumindest an, dass die bisherige Teilhabeberichterstattung Lücken aufweist.

Zu Beginn des Abschnitts 6.1 wird darauf hingewiesen, dass Teilhabe in Bezug auf die freie Wahl des Aufenthaltsortes mehr bedeutet, als im besten Fall optimale Umfeldbedingungen an einem definierten Wohnort oder in einer konkreten

Lebenssituation vorzufinden. Es wird zu Recht darauf verwiesen, dass sich Lebensentwürfe ändern, Partnerschaften immer weniger Dauerhaftigkeit aufweisen und das Erwerbsleben weit mehr als früher Brüche enthalten kann.

Nach wie vor spiegelt die Teilhabeberichterstattung jedoch eine eher traditionelle Sicht auf das Leben und die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen wider. Die sich in den letzten Jahrzehnten vollzogenen gesellschaftlichen Entwicklungen wurden – so scheint es – im Hinblick auf Menschen mit Beeinträchtigungen nur teilweise nachvollzogen. Hier besteht für zukünftige Teilhabeberichte noch Verbesserungsbedarf.

Wohnen

Wesentliche Voraussetzung, um das Recht auf Freizügigkeit ausüben zu können, ist die Möglichkeit, seinen Wohnort frei zu wählen. Dies kann nur gelingen, wenn der vorhandene Wohnungsbestand eine solche Wahl auch tatsächlich zulässt. Zumindest für einen Teil der Menschen mit Beeinträchtigungen ist dabei die Barrierefreiheit von grundlegender Bedeutung. Über die Schwierigkeit, den Grad beziehungsweise die Qualität der Barrierefreiheit zu messen, gibt der Teilhabebericht hinlänglich Auskunft. Bei dem Versuch, trotz allem Aussagen über die Barrierefreiheit oder auch Barrierearmut des Wohnungsbestandes zu treffen, wurden in früheren Teilhabeberichten (BMAS 2016: 253) verschiedene Untersuchungen herangezogen, wovon ein Teil sich speziell auf so genannte altersgerechte Wohnungen bezieht. Der vorliegende Teilhabebericht kann auf das Zusatzprogramm *Wohnen in Deutschland* des Mikrozensus 2018 und damit erstmals auf deutschlandweite bevölkerungsrepräsentative Daten hinsichtlich wesentlicher Merkmale der baulichen Barrierefreiheit zurückgreifen (Tabelle 82). Entsprechende Daten werden zukünftig alle vier Jahre erhoben¹⁷³ und ermöglichen damit, Veränderungen auf der Basis einer einheitlichen Datengrundlage festzustellen.

Allein der für das Jahr 2018 durch den Mikrozensus dokumentierte Bestand an Wohnungen, die bestimmte Merkmale der Barrierefreiheit aufweisen, ist ernüchternd. Ungeachtet der Tatsache, dass sich die Erhebung auf die Einschätzungen und Aussagen des jeweiligen Haushalts stützen und darüber hinaus nur die offenkundigen baulichen Barrieren und nicht die Anforderungen der entsprechenden DIN-Norm abgefragt werden, wird offensichtlich, dass der Bestand an barrierefreien Wohnungen in Deutschland nicht ansatzweise den heutigen und zukünftig zu erwartenden Bedarf decken kann (zum Bedarf siehe zuletzt Deschermeier et al. 2020). Darüber kann auch der Umstand nicht hinwegtäuschen, dass von

¹⁷³ dieses Intervall ist § 6 Abs. 2 des Mikrozensusgesetzes vom 07.12.2016 geregelt

den seit 2011 errichteten Wohnungen immerhin 18 Prozent über wesentliche Merkmale der Barrierefreiheit verfügen (Tabelle 82).

Damit wird für Menschen mit Beeinträchtigungen ein entscheidendes Hindernis offenkundig, wenn es darum geht, das Recht auf Freizügigkeit in Anspruch zu nehmen. Strategien des Bundes und der Länder diese Situation nachhaltig zu verbessern, sind nicht in Sicht. Dies spiegelt auch das Maßnahmenpaket Baukostensenkung (BMI 2019) wider, welches den Umsetzungsstand der Empfehlungen der Baukostensenkungskommission dokumentiert. Während vor dem Hintergrund der Harmonisierung des Bauordnungsrechts in einzelnen Bereichen durchaus Fortschritte zu verzeichnen sind, stellt der Bericht im Hinblick auf barrierefreies Bauen lediglich fest, dass es Ziel der Bundesregierung sei, „das Angebot an altersgerechten Wohnungen auszuweiten“. „Für die sachgerechte nationale Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention ... sind nach dem Grundgesetz die Länder verantwortlich. Die Anforderungen für die barrierefreie Erschließung von Gebäuden und die barrierefreie Ausstattung der Wohnungen werden in den Landesbauordnungen festgelegt.“ (BMI 2019: 10)

Das Fehlen eines strategischen Ansatzes zwischen Bund und Ländern offenbart auch der soziale Wohnungsbau. Zwar stehen dafür – wie im vorliegenden Abschnitt 6.4.1 beschrieben – jährlich eine Milliarde Euro des Bundes zur Verfügung. Dass damit angesichts des beschriebenen Problemdrucks jedoch nur barrierefreier Wohnraum gefördert werden darf, ist nirgends festgeschrieben. Lediglich die Behindertenbeauftragten der Länder und des Bundes scheinen hier zukunftsorientiert. In einer gemeinsamen Erklärung fordern sie unter anderem: „Generell muss der gesamte Neubau im Mehrparteienwohnungsbau barrierefrei und ein deutlicher Anteil uneingeschränkt mit dem Rollstuhl nutzbar sein.“ (Senatskoordinatorin für die Gleichstellung behinderter Menschen Hamburg 2018: 2)

Unterstützte Formen des Wohnens / Wohnsituation von Menschen mit Pflegebedarf

Mit Blick auf das Recht, seinen Aufenthaltsort frei zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem und in welcher Wohnform man leben möchte (Artikel 19a UN-BRK), offenbart das Kapitel *Alltägliche Lebensführung* mit Blick auf unterstützte Formen des Wohnens (Abschnitt 6.1.2) sowie der Wohnsituation von Menschen mit Pflegebedarf (Abschnitt 6.1.3) weitere, weit über den Mangel an barrierefreien Wohnmöglichkeiten hinausreichende Problematiken.

Auch wenn die Zunahme der Leistungsbeziehenden von Hilfen in ambulant betreuten Wohnformen eine erfreuliche Tendenz offenbart, ist nicht von der Hand zu weisen, dass erstens die absolute Zahl der Leistungsbeziehenden von Hilfen

im stationären Wohnen auf hohem Niveau stagniert (Abbildung 63), zweitens Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung besonders häufig in stationären Wohnformen leben (Abbildung 64) und drittens Pflegebedürftigkeit im Alter, insbesondere bei Vorliegen einer kognitiven Beeinträchtigung, eine erhöhte Gefahr mit sich bringt, den eigenen Wohnort nicht frei wählen zu können (Abschnitt 6.1.3).

Um dies einzuordnen, besitzt der Befund zum Thema, den bereits der entsprechende Kommentar im zweiten Teilhabebericht enthält, nach wie vor Gültigkeit: „Die Ermöglichung einer selbstbestimmten Lebensführung erfolgt neben der Bereitstellung geeigneten barrierefreien Wohnraums wesentlich über Wahlmöglichkeiten im Hinblick auf Unterstützungsformen. Ob und in welcher Weise beeinträchtigte Menschen das Recht ‚ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben‘ umsetzen können und sie ‚nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben‘ (Artikel 19a UN-BRK.), hängt wesentlich von Art und Umfang vorhandener Beeinträchtigungen beziehungsweise der erforderlichen Unterstützung ab. Dazu kommt, welche Unterstützungsmöglichkeiten (einschließlich sozialer, z. B. familiärer Ressourcen) verfügbar und nutzbar sind. Die Wohnqualität vieler beeinträchtigter Menschen ist insofern untrennbar verknüpft mit der Verfügbarkeit und der Qualität sozialer Dienste sowie mit den Rahmenbedingungen der Finanzierung von wohnbezogenen Hilfen. Dies gilt insbesondere für Personen mit kognitiven und/oder erheblichen körperlichen und Sinnesbeeinträchtigungen, die auf umfassende und häufig dauerhafte personelle Unterstützung zur Bewältigung ihres Alltags (z. B. Haushaltsführung, Gesundheitsförderung und Pflege, psychosoziale Unterstützung) angewiesen sind.“ (BMAS 2016: 293)

Öffentlicher Raum

Zum wiederholten Mal muss der Teilhabebericht der Bundesregierung darauf hinweisen, dass es für Menschen mit Beeinträchtigungen teils erhebliche Barrieren im öffentlichen Raum gibt. Über deren Ausmaß und die damit verbundene Einschränkung der Teilhabe lassen sich kaum Aussagen treffen. Allein die repräsentative Umfrage der Aktion Mensch verdeutlicht, auf welcher dünner Datenbasis über Teilhabebeeinträchtigungen im öffentlichen Raum berichtet wird. Wenn 2017 80 Prozent der Antwortenden angibt, dass großer Handlungsbedarf beim Abbau von Barrieren besteht, und dies in etwa dem Befragungsergebnis aus dem Jahr 2012 entspricht, dann spiegeln sich darin - objektiv nicht zu leugnende - Verbesserungen wider (Abschnitt 6.2.1).

Ob die Teilhabebefragung zur Auflösung dieses Dilemmas beitragen kann, sei dahingestellt. Was mit ihr aber auf jeden Fall gelingt, ist, den oft zu starren Blick

auf bauliche Barrieren zu weiten. So weisen die Befragungsergebnisse in Abschnitt 6.2.2 beispielsweise aus, dass unverständliche Lautsprecherdurchsagen, schwer zu bedienende Automaten oder auch unverständliche Pläne und Ausgänge für eine größere Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen wesentliche Hindernisse im öffentlichen Raum darstellen (Abbildung 66). Diese Arten der Barrieren könnten ohne die Teilhabebefragung kaum systematisch erfasst werden. Und auch im Hinblick auf Menschen mit ausgewählten Beeinträchtigungsformen liefern die im vorliegenden Bericht dargestellten Ergebnisse der Befragung (Abbildung 67) interessante Erkenntnisse. So stellen beispielsweise unverständliche Lautsprecherdurchsagen nicht nur für Menschen mit Beeinträchtigungen beim Hören (43 %), sondern auch für Menschen mit Beeinträchtigungen beim Lernen/Denken (29 %), beim Sehen (24 %) oder beim Bewegen (23 %) ein wesentliches Hindernis dar.

Die barrierefreie Gestaltung des öffentlichen Raums unterliegt, wie im vorliegenden Abschnitt 6.2 skizziert, neben bundesrechtlichen auch landesrechtlichen Vorgaben. § 8 Abs. 5 BGG legt hierzu fest: „Sonstige bauliche oder andere Anlagen, öffentliche Wege, Plätze und Straßen sowie öffentlich zugängliche Verkehrsanlagen und Beförderungsmittel im öffentlichen Personenverkehr sind nach Maßgabe der einschlägigen Rechtsvorschriften des Bundes barrierefrei zu gestalten. Weitergehende landesrechtliche Vorschriften bleiben unberührt.“ Darüber hinaus spielt für den Abbau von Barrieren im öffentlichen Raum die Städtebauförderung des Bundes eine wichtige Rolle. Ab 2020 stehen jährlich allein 790 Millionen Euro aus Bundesmitteln zur Verfügung. Es gilt der Grundsatz der Drittelfinanzierung von Bund, Land und Kommune, wodurch sich das finanzielle Gesamtvolumen noch einmal deutlich erhöht. Näheres wird in Verwaltungsvereinbarungen geregelt (BMI 2020b).

Die Evaluation des BGG im Jahr 2014 (BMAS 2014) hat angesichts der sich aus § 8 Abs. 5 BGG ergebenden Rechtslage keine wesentlichen Erkenntnisse zur Barrierefreiheit im öffentlichen Raum aufzeigen können. Gleiches ist vor diesem Hintergrund für die auf der Agenda der Bundesregierung stehende Evaluation des BGG im Jahr 2022 zu erwarten. Jedoch verpflichtet Artikel 31 UN-BRK die Vertragsstaaten „zur Sammlung geeigneter Informationen, einschließlich statistischer Angaben und Forschungsdaten, die ihnen ermöglichen, politische Konzepte zur Durchführung dieses Übereinkommens auszuarbeiten und umzusetzen.“

Während eine Evaluation der verkehrsrechtlichen Bestimmungen zur Barrierefreiheit für 2021/22 auf der Agenda des zuständigen Bundesressorts steht (siehe unten), ist eine solche für den übrigen öffentlichen Raum nicht vorgesehen. Angesichts dessen ist auch für kommende Teilhabeberichte keine grundlegende

Qualitätssteigerung bei den Befunden zum Thema Barrierefreiheit und Teilhabe-einschränkungen im öffentlichen Raum zu erwarten. Von daher wäre es wünschenswert, dass die Bundesregierung zeitnah auch eine Evaluation der rechtlichen und sonstigen Regelungen in Bund, Ländern und Europäischer Union durchführt, die wesentlich für die Barrierefreiheit und Teilhabe im öffentlichen Raum sind. Beispielhaft seien die im vorliegenden Abschnitt 6.2.1 angeführten Versammlungsstättenverordnungen sowie das Gaststättenrecht, aber auch die Verwaltungsvereinbarungen zur Städtebauförderung genannt. Darüber hinaus wären in diesem Zusammenhang rechtliche Regelungen zu benennen, die andere als in diesem Kapitel behandelte Bereiche betreffen, gleichwohl aber wesentlich für die Teilhabe im öffentlichen Raum sind. Beispielhaft sei die Zugänglichkeit von Arztpraxen genannt. Eine Wirkungsanalyse etwa zu § 75 Abs. 1a SGB V, wonach die Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten bundesweit einheitlich über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen informieren müssen, könnte Auskünfte über mögliche Teilhabe-einschränkungen liefern. Die Bedeutung dessen wird auch mit dem Vertiefungsthema des vorliegenden Teilhabeberichts erörtert (siehe Kapitel 8).

Mobilität

Die vorhandene Datenlage in Bezug auf die Barrierefreiheit im öffentlichen Verkehr (Abschnitt 6.2.3) ermöglicht zumindest teilweise einen Einblick, wie sich die Mobilität und damit die Möglichkeit zur Teilhabe im öffentlichen Raum für Menschen mit Beeinträchtigungen entwickelt hat. Durch die Berichte der Deutschen Bahn AG über den Stand ihrer Infrastruktur und ihrer Züge können Fortschritte bei der Herstellung der Barrierefreiheit nachvollzogen und Rückschlüsse auf eine verbesserte Teilhabe gezogen werden. Gleiches gilt für die Statistik des Verbandes Deutscher Verkehrsunternehmen hinsichtlich des Anteils an Niederflrbusen. Ob jedoch wirklich der Status Quo mit diesen Berichten beziehungsweise Statistiken abgebildet wird, lässt sich allerdings bezweifeln. Denn zum einen darf nicht verkannt werden, dass ein Teil der Menschen mit Beeinträchtigungen den öffentlichen Verkehr überhaupt nicht nutzen kann, sodass entsprechende Verbesserungen auf diesem Feld für sie keinen unmittelbaren Nutzen aufweisen. Zum anderen bilden die Angaben des VDV und der Deutschen Bahn lediglich bestimmte technische Aspekte ab. Angaben zu betrieblichen Abläufen liegen nicht oder nur unzureichend vor.

Die oben bereits angesprochene Evaluation der verkehrsrechtlichen Regelungen zur Barrierefreiheit, die in 2021/22 unter Federführung des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur erfolgen soll, wird weitere Erkenntnisse liefern. Aus einer Wirkungsanalyse könnte sich entsprechender Handlungsbedarf für

die Politik ableiten lassen. Insbesondere könnte die Evaluation zu einem wesentlichen Erkenntnisgewinn hinsichtlich der Wirksamkeit der Regelungen in § 8 Abs. 3 PBefG bezüglich der Nahverkehrsplanung und Barrierefreiheit führen. Die im vorliegenden Abschnitt 6.2.3 hierzu genannten Quellen können nur als eine Momentaufnahme bezeichnet werden.

Ländlicher Raum

Vor allem in Bezug auf den ländlichen Raum besteht nach wie vor Handlungsbedarf. Hier ist die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen besonders eingeschränkt. Während dies aus der VDV-Statistik zu Niederflurbussen unmittelbar hervorgeht (Tabelle 88), beschreibt dies die in Abschnitt 6.2.3 erwähnte DB-Quelle nur indirekt. Wenn im Hinblick auf die Erhöhung der Bahnsteige von einer „Jahrhundertaufgabe“ die Rede ist, dann ist davon insbesondere der Raum außerhalb der Ballungsgebiete betroffen. Entsprechende Umbaumaßnahmen werden an weniger häufig genutzten Bahnhöfen zumeist als nachrangig angesehen. Jedoch machen so genannte „kleine Verkehrsstationen“ (maximal 1.000 Reisende am Tag) etwa 70 Prozent aller Stationen der Deutschen Bahn AG aus (rms GmbH et al. 2015: 7).

Entscheidend wird in diesem Zusammenhang sein, wie die „Maßnahmen der Bundesregierung zur Umsetzung der Ergebnisse der Kommission Gleichwertige Lebensverhältnisse“ (BMI 2020a) umgesetzt werden, auch über die jetzige Legislaturperiode hinaus. Eine von insgesamt zwölf Maßnahmen lautet „Barrierefreiheit in der Fläche verwirklichen“. Aber auch andere Maßnahmen wie beispielsweise „Mobilität und Verkehrsinfrastruktur in der Fläche verbessern“ oder „Städtebauförderung und sozialen Wohnungsbau voranbringen“ könnten, bei entsprechender Ausgestaltung, einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen im ländlich strukturierten öffentlichen Raum und darüber hinaus leisten.

Information und Kommunikation

Das vorliegende Abschnitt 6.2.4 verweist in Bezug auf das Thema Information und Kommunikation im Rahmen der alltäglichen Lebensführung auf Artikel 9 und Artikel 21 UN-BRK. Artikel 9 betrifft insbesondere die Zugänglichkeit von „Informations-, Kommunikations- und andere(n) Dienste(n), einschließlich elektronischer Dienste und Notdienste“. Artikel 21 verpflichtet die Vertragsstaaten in Abschnitt a) unter anderem, „Menschen mit Behinderungen für die Allgemeinheit bestimmte Informationen rechtzeitig und ohne zusätzliche Kosten in zugänglichen Formaten und Technologien, die für die unterschiedlichen Arten der Behinderung geeignet sind, zur Verfügung (zu) stellen“. Über die in Abschnitt 6.2.4

dieses Berichts dargelegten Rechtsnormen, identifizierbaren Fortschritte und weiterhin bestehenden Teilhabeeinschränkungen hinaus, erscheinen weitere Aspekte als besonders erwähnenswert:

Mit der Richtlinie (EU) 2019/882 über die Barrierefreiheitsanforderungen für Produkte und Dienstleistungen, den so genannten *European Accessibility Act*, der bis zum 28. Juni 2022 in nationales Recht umzusetzen ist, werden erstmals in nennenswertem Umfang auch private Anbieter von Produkten und Dienstleistungen zur Barrierefreiheit verpflichtet. Davon betroffen sind – mit Ausnahmen, etwa für Kleinstunternehmen – beispielsweise der gesamte Online-Handel, Bankdienstleistungen einschließlich Bankautomaten, audiovisuelle Medien, wozu audiovisuelle Angebote von öffentlich-rechtlichen und privaten Fernsehanstalten ebenso gehören wie Video-on-Demand-Angebote entsprechender Streaming-Dienste, E-Books, die elektronische Kommunikation einschließlich dazugehöriger Produkte, aber auch Hardware wie Computer und Smartphones nebst zugehörigen Betriebssystemen. (Bundesfachstelle Barrierefreiheit 2020)

Mit Umsetzung der EU-Richtlinie und ihrer, ungeachtet einzelner Ausnahmen, verbindlichen Anwendung ab dem 28. Juli 2025 besteht die berechtigte Hoffnung, dass sich die Teilhabeeinschränkungen im alltäglichen Leben, denen sich insbesondere Menschen mit Seh- und Hör-, aber auch mit kognitiven Beeinträchtigungen, ausgesetzt sehen, deutlich reduzieren.

Corona

Die Bedeutung des Artikels 21a UN-BRK wurde mit Beginn der Corona-Krise und den darauffolgenden Einschränkungen innerhalb kürzester Zeit offensichtlich (Abschnitt 8.3.2). Während sich Politik und Behörden noch an einer den Umständen angemessenen Kommunikation der bedrohlichen gesundheitlichen Folgen, der geplanten Einschränkungen sowie der staatlichen Programme zur Abmilderung der zu erwartenden sozialen und wirtschaftlichen Folgen übten, waren Menschen mit spezifischen Beeinträchtigungen beim Informations- und Kommunikationsfluss von vornherein abgehängt. Ihnen wurden in aller Regel noch nicht einmal die wesentlichsten Informationen zeitnah beziehungsweise in Echtzeit vermittelt.

Vor allem der Deutsche Gehörlosen-Bund machte frühzeitig auf fehlende gesundheitsrelevante Informationen in Gebärdensprache aufmerksam (DGB 2020a, 2020b). Aber auch andere barrierefreie Formate waren betroffen, wie Untertitelung oder Leichte Sprache sowie die mangelnde Barrierefreiheit vieler Webseiten, auch bei öffentlichen Stellen.

Wie sehr sich das (digitale) Leben, ungeachtet der unmittelbaren gesundheitlichen Bedrohung durch COVID-19, seit Beginn der Pandemie verändert hat, verdeutlicht folgende Aussage aus der Pressemitteilung des Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverbandes (DBSV) vom 21. Mai 2020: „Morgens eine Videokonferenz, mittags schnell online für die Familie einkaufen und abends einen Film streamen – mit dem Beginn der Kontaktbeschränkungen hat ein Boom digitaler Angebote eingesetzt. Leider ist ein Großteil davon für blinde und sehbehinderte Menschen nicht nutzbar.“ (DBSV 2020) Was hier beschrieben wird, ist die rasanten Umkehr von Teilhabe.

Dass die Corona-Pandemie zum Katalysator für die digitale Transformation wird, dürfte unbestritten sein. Ob das Tempo, in dem auf der Grundlage bestehender rechtlicher Rahmenbedingungen Barrierefreiheit im Bereich von Information und Kommunikation hergestellt wird, vor diesem Hintergrund tatsächlich ausreicht, sollte auf jeden Fall Teil der aktuell anstehenden Evaluation des BGG sein. Darüber hinaus ist zu empfehlen, dass auch zukünftige Studien über die Auswirkungen der Pandemie auf den Digitalisierungsprozess in Deutschland beziehungsweise in einzelnen Lebensbereichen die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen zum Untersuchungsgegenstand machen. Das Schließen von Schulen und die Vermittlung von Lehrinhalten, auch an Hochschulen, in einem digitalen Format haben hier ebenso Fragen aufgeworfen wie die nicht unerhebliche Verlagerung von Büro-Arbeit in die eigene Wohnung (umgangssprachlich „Home Office“, siehe Abschnitt 8.3.3).

Selbstbestimmte Lebensführung

Abschließend sei der zukünftigen Teilhabeberichterstattung empfohlen, den Abschnitt 6.3 *Selbstbestimmte Lebensführung* grundsätzlich zu überdenken. Während die Aussagen zu den Erfahrungen der Fremdbestimmung (Abschnitt 6.3.1) beim Untersuchungsgegenstand alltägliche Lebensführung richtig verortet erscheinen, lassen die Abhandlungen zu den Selbsthilfeorganisationen und Behindertenverbänden (Abschnitt 6.3.2) sowie zur Unterstützung einer selbstbestimmten Lebensführung (Abschnitt 6.3.3) keinen beziehungsweise keinen ausreichenden Bezug zur Dimension des Alltags erkennen.

Zwar spielen aus gegenwärtiger Perspektive Selbsthilfeorganisationen und Behindertenverbände bei der Durchsetzung einer selbstbestimmten Lebensführung eine wichtige Rolle. Gleiches gilt aber ebenso für weitere im Teilhabebericht betrachtete Lebensbereiche. Dies entspricht auch ihrer Rolle als Dienstleister beziehungsweise Interessenvertretungen. Ihnen jedoch grundsätzlich bei der Verwirk-

lichung einer selbstbestimmten Lebensführung eine hervorgehobene Rolle zuzuschreiben, heißt, eine Wertung vorzunehmen, die mit den Aussagen im vorliegenden Abschnitt nicht untermauert werden kann.

Die aufgeführten rechtlichen Rahmenbedingungen und Leistungen zur Unterstützung einer selbstbestimmten Lebensführung gehören schließlich sachlich zu einem großen Teil in den Abschnitt 6.4 *Leistungen zur Ermöglichung der Teilhabe am alltäglichen Leben*, teilweise auch in die Abschnitte zu staatlichen Leistungen in anderen Kapiteln des Teilhabeberichts. Denn alleine, dass bestimmte rechtliche Rahmenbedingungen und Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung bestehen, erlaubt noch keinerlei Wertung, in welchem Ausmaß und welcher Qualität damit tatsächlich die Selbstbestimmung von Menschen mit Beeinträchtigungen erreicht oder verbessert wird. Und auch die Frage der Umsetzung, Wirkung und Akzeptanz wurde bisher nur bedingt systematisch betrachtet.

Literatur zu diesem Kommentar

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2014): Evaluation des Behindertengleichstellungsgesetzes. Abschlussbericht (BMAS Forschungsbericht 445). BMAS, Berlin.

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2016): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. BMAS, Bonn.

BMI (Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat) (2019): Maßnahmenpaket Baukostensenkung. Umsetzungsstand der Empfehlungen der Baukostensenkungskommission und Ausblick. BMI, Berlin.

BMI (Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat) (2020a): Gleichwertige Lebensverhältnisse. <https://www.bmi.bund.de/DE/themen/heimat-integration/gleichwertige-lebensverhaeltnisse/gleichwertige-lebensverhaeltnisse-node.html> (online, abgerufen am 15.09.2020).

BMI (Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat) (2020b): Städtebauförderung 2020. Einfacher, flexibler, grüner. https://www.staedtebaufoerderung.info/StBauF/DE/Home/_teaser/aktuelleMeldungen/20191912_buehne_PM_NeueStBauF/NeueProgrammstruktur_inhalt.html (online, abgerufen am 07.09.2020).

Bundesfachstelle Barrierefreiheit 2020: Der „European Accessibility Act“. <https://www.bundesfachstelle-barrierefreiheit.de/DE/Themen/European-Ac>

cessibility-Act/european-accessibility-act_node.html;jsessionid=1800A67E62B8306BBC8603BFCCBC19FD (online, abgerufen am 07.09.2020).

Deschermeier, Philipp / Hartung / Andreas / Vaché, Martin / Weber, Ines (2020): Evaluation des KfW-Förderprogramms „Altersgerecht Umbauen (Barrierereduzierung - Einbruchsschutz)“. https://www.kfw.de/PDF/Download-Center/Konzernthemen/Research/PDF-Dokumente-alle-Evaluationen/Evaluation-AU_KF.pdf (online, abgerufen am 07.09.2020).

DBSV (Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband) (2020): Digital abgehängt in der Pandemie. Verbände fordern Chancengleichheit für blinde und sehbehinderte Menschen (Pressemitteilung vom 21.05.2020). <https://www.dbsv.org/pressemitteilung/21-mai-2020-global-accessibility-awareness-day-gaad.html> (online, abgerufen am 08.09.2020).

DGB (Deutscher Gehörlosen-Bund) (2020a): DGB-Stellungnahme 03/2020. Fehlender Zugang zu gesundheitlichen Informationen über das Coronavirus in Gebärdensprache und mit Untertiteln. <http://www.gehoerlosen-bund.de/coronavirus/dgb-stellungnahme/stellungnahme%20vom%2006.03.2020> (online, abgerufen am 08.09.2020).

DGB (Deutscher Gehörlosen-Bund) (2020b): DGB-Stellungnahme 04/2020. Bereitstellung von gesundheitsrelevanten Informationen zur Corona-Krise in Gebärdensprache und mit Untertiteln. Zum aktuellen Stand. <http://www.gehoerlosen-bund.de/coronavirus/dgb-stellungnahme/stellungnahme%20vom%2002.04.2020> (online, abgerufen am 08.09.2020).

rms GmbH (Rhein-Main-Verkehrsverbund Servicegesellschaft mbH) / Mailänder Consult GmbH / RMV (Rhein-Main-Verkehrsverbund GmbH) / FH Erfurt (2015): Planungshandbuch für barrierefreie kleine Verkehrsstationen. Mögliche Lösungen unter den aktuellen Regelwerken. <https://www.rms-consult.de/barrierefreiheit/> (online, abgerufen am 07.09.2020).

Senatskoordinatorin für die Gleichstellung behinderter Menschen Hamburg (2018): Hamburger Erklärung. Wohnraumoffensive für mehr Barrierefreiheit und inklusive Quartiersentwicklung in Städten und Gemeinden nutzen! <https://www.hamburg.de/content-blob/11873238/fb0d58f73b616f4df29f963614e5bfc2/data/d-hamburger-erklaerung.pdf> (online, abgerufen am 07.09.2020).

7 Gesundheit

i

Faktenblatt „Gesundheit“

Menschen mit Beeinträchtigungen muss dasselbe Angebot und dieselbe Qualität an Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen, wie dies für Menschen ohne Beeinträchtigungen der Fall ist. Ihr Gesundheitszustand soll ihnen die gleichen Chancen auf Bewältigung ihrer alltäglichen Anforderungen, auf Selbstentfaltung und auf das Erleben von Wohlbefinden ermöglichen wie Menschen ohne Beeinträchtigungen. Anderenfalls wäre ihre Lebenssituation in Bezug auf die Gesundheit benachteiligt. Die vorgestellten Daten geben Auskunft darüber, inwieweit dieser Anspruch erfüllt wird:

- Menschen mit Beeinträchtigungen schätzen ihren Gesundheitszustand deutlich negativer ein als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Objektive Indikatoren stützen diese Selbsteinschätzungen.
- 13 % der Menschen mit Beeinträchtigungen schätzen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein, während dies bei 60 % der Menschen ohne Beeinträchtigungen der Fall ist.
- Menschen mit Beeinträchtigungen fehlen innerhalb von zwölf Monaten im Durchschnitt häufiger krankheitsbedingt bei der Arbeit (35 Tage) als Menschen ohne Beeinträchtigungen (9 Tage).
- Moderate bis schwere depressive Symptome zeigen 24 % der Menschen mit Beeinträchtigungen und 7 % der Menschen ohne Beeinträchtigungen.
- Den Einschätzungen ihrer Eltern zufolge haben Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen (29 %) häufiger auffällige emotionale Störungen als Kinder und Jugendliche ohne Beeinträchtigungen (8 %).
- Menschen mit Beeinträchtigungen suchen Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner beziehungsweise Hausärztinnen und -ärzte innerhalb von zwölf Monaten durchschnittlich 7,7 Mal auf, Menschen ohne Beeinträchtigungen 3,9 Mal in zwölf Monaten.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

- Gemäß einer Auswertung der Daten von sieben Kassenärztlichen Vereinigungen erfüllen insgesamt 21 % aller Arztpraxen für mobilitätsbeeinträchtigte Menschen nach eigenen Angaben mehrere ausgewählte Merkmale der Barrierefreiheit, 7% verfügen über Orientierungshilfen für sehbehinderte Menschen. Besonders selten erfüllen die Fachrichtungen psychologische (Kinder- und Jugend-)Psychotherapie, Psychiatrie beziehungsweise Neurologie und Augenheilkunde die Anforderungen an eine uneingeschränkte Barrierefreiheit.
- Arztpraxen, die nach eigenen Angaben für mobilitätsbeeinträchtigte Menschen bedeutsame Merkmale der Barrierefreiheit erfüllen und zugleich über barrierefreie Sanitäreanlagen verfügen, machen einen Anteil von 10 % an allen vertragsärztlichen Praxen aus.
- Das individuelle Gesundheitsverhalten der Menschen mit Beeinträchtigungen unterscheidet sich von dem der Menschen ohne Beeinträchtigungen. Vor allem Menschen mit Beeinträchtigungen zwischen 18 und 29 Jahren achten wesentlich häufiger „gar nicht“ auf gesundheitsbewusste Ernährung (17 %) als Menschen ohne Beeinträchtigungen im gleichen Alter (11 %). Ebenso rauchen Menschen mit Beeinträchtigungen häufiger als Menschen ohne Beeinträchtigungen, besonders in der Altersklasse von 30 bis 49 Jahre (41 vs. 28 %). Im Gegensatz dazu nehmen Erwachsene mit Beeinträchtigungen weniger oft (27 %) wöchentlich alkoholhaltige Getränke zu sich als Erwachsene ohne Beeinträchtigungen (33 %).

Allgemeingültige Definitionen und strenge, allgemein akzeptierte Abgrenzungen von Gesundheit und Krankheit sind in der einschlägigen wissenschaftlichen Literatur nicht zu finden (Greb 2011). Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) als wichtiger konzeptioneller Baustein dieses Berichts liefert ebenfalls keine Definition von Gesundheit oder Krankheit. Sie klassifiziert jedoch die Funktionsfähigkeit und Behinderungen, die mit einem Gesundheitsproblem verbunden sind. Dabei bezieht sie systematisch Umweltaspekte bei der Klassifizierung mit ein (DIMDI 2005). Die ICF spricht dabei von „funktionaler Gesundheit“: Eine Person ist funktional gesund, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren – ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines uneingeschränkten Menschen entsprechen, sie alles tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme erwartet wird und sie ihr Dasein in allen Lebenslagen, die ihr wichtig sind, so ent-

fallen kann, wie es einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen möglich ist. Menschen mit Beeinträchtigungen sind diesem Begriffsverständnis folgend funktional gesund, wenn dies ihrer subjektiven Einschätzung entspricht und sie den Anforderungen der Alltagsbewältigung gerecht werden.

Diese Ausführungen machen deutlich, dass Gesundheit nicht vollständig objektiv und allgemeingültig beschreibbar ist, sondern dass sich Gesundheitsvorstellungen verändern. Es wird zudem erkennbar, dass es nicht nur eine medizinische Perspektive auf Gesundheit gibt, sondern dass auch subjektive Gesundheitsvorstellungen von Betroffenen sowie gesellschaftliche Vorstellungen, die z. B. rechtlich verankert sein können, maßgeblich sind. (Kapitel 8)

Wird untersucht, ob sich gesellschaftliche Teilgruppen hinsichtlich ihrer Lebenslagen und Teilhabechancen unterscheiden, so ist mit Bezug auf die Gesundheit von besonderem Interesse, wie das subjektive Gesundheitsempfinden bewertet wird, in welchem Ausmaß sie gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind und welche Ressourcen, Resilienzfaktoren und Kontexte ihnen zur Bewältigung von Gesundheitsrisiken zur Verfügung stehen (Greb 2012).¹⁷⁴

Gesundheit und Teilhabe sind eng miteinander verschränkt. Der individuelle Gesundheitszustand einer Person beeinflusst die wahrgenommene Lebensqualität und hat Auswirkungen auf die Teilhabechancen in verschiedenen Lebensbereichen. Gleichzeitig wirkt die Qualität der individuellen Teilhabe auf die objektive und die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität sowie auf den Gesundheitszustand zurück.

Das Vorliegen einer Beeinträchtigung ist nicht identisch mit fehlender Gesundheit beziehungsweise einer Krankheit. Menschen mit einer Krankheit werden z. B. nicht zur Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen zugeordnet, wenn die Krankheit nur von kurzer Dauer ist. Beispielsweise führt ein gebrochenes Bein zu vorübergehenden Gehbeeinträchtigungen, die betroffene Person zählt jedoch nicht zu den Menschen mit Beeinträchtigungen. Umgekehrt sind Menschen mit Beeinträchtigungen gesund, wenn dies ihrer subjektiven Einschätzung entspricht und keine Krankheit diagnostizierbar ist. Beispielsweise ist ein Mensch mit Beeinträchtigungen beim Hören gesund, wenn er sich selbst so fühlt und bei ihm keine Krankheit festzustellen ist. Trotzdem gibt es große Überschneidungen, z. B. weil die anerkannte Schwerbehinderung der meisten Menschen im Laufe ihres Lebens in Folge einer Krankheit eintritt oder weil zu den Menschen mit Beeinträchtigungen auch Menschen mit chronischen Erkrankungen zählen.

¹⁷⁴ Für diese soziologische Perspektive auf das Thema Gesundheit eignet sich das „Stress-Coping-Krankheitsmodell“ in besonderer Weise.

Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitsversorgung und Rehabilitation haben für Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen gleichermaßen einen hohen Stellenwert. Bei Menschen mit Beeinträchtigungen können jedoch spezielle Bedarfe hinzukommen, z. B. durch spezifische Anforderungen an die Zugänglichkeit und Nutzbarkeit der gesundheitlichen Dienstleistungen. In Artikel 25 betont die UN-BRK „das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung.“ Damit verknüpft werden Forderungen an die Gesundheitsversorgung. Diese soll unter anderem

- für Menschen mit und ohne Behinderungen in ihrer Bandbreite, ihrer Qualität und ihrem Standard vergleichbar sein,
- spezielle, im Hinblick auf die Bedarfe von Menschen mit Beeinträchtigungen benötigten Angebote enthalten und
- so gemeindenah wie möglich sein.

Zusätzlich fordert Artikel 26, dass der Staat wirksame und geeignete gesundheitsbezogene Maßnahmen trifft, um beeinträchtigte Menschen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit sowie die volle Teilhabe und Teilnahme an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren.

i

Artikel 25 UN-BRK: Gesundheit

Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation, haben. Insbesondere

- a. stellen die Vertragsparteien Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen, einschließlich sexual- und fortpflanzungsmedizinischer Gesundheitsleistungen und der Gesamtbevölkerung zur Verfügung stehender Programme des öffentlichen Gesundheitswesens;
- b. bieten die Vertragsstaaten die Gesundheitsleistungen an, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden, soweit angebracht, einschließlich Früherkennung

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

und Frühintervention, sowie Leistungen, durch die, auch bei Kindern und älteren Menschen, weitere Behinderungen möglichst geringgehalten oder vermieden werden sollen;

- c. bieten die Vertragsstaaten diese Gesundheitsleistungen so gemeindenah wie möglich an, auch in ländlichen Gebieten;
- d. erlegen die Vertragsstaaten den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung auf, Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung, indem sie unter anderem durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen schärfen;
- e. verbieten die Vertragsstaaten die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in der Krankenversicherung und in der Lebensversicherung, soweit eine solche Versicherung nach innerstaatlichem Recht zulässig ist; solche Versicherungen sind zu fairen und angemessenen Bedingungen anzubieten;
- f. verhindern die Vertragsstaaten die diskriminierende Vorenthaltung von Gesundheitsversorgung oder -leistungen oder von Nahrungsmitteln und Flüssigkeiten aufgrund von Behinderung.

Artikel 26 UN-BRK: Habilitation und Rehabilitation

(1) Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, einschließlich durch die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Zu diesem Zweck organisieren, stärken und erweitern die Vertragsstaaten umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste, und zwar so, dass diese Leistungen und Programme

- a. im frühestmöglichen Stadium einsetzen und auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen;

- b. die Einbeziehung in die Gemeinschaft und die Gesellschaft in allen ihren Aspekten sowie die Teilhabe daran unterstützen, freiwillig sind und Menschen mit Behinderungen so gemeindenah wie möglich zur Verfügung stehen, auch in ländlichen Gebieten.

(2) Die Vertragsstaaten fördern die Entwicklung der Aus- und Fortbildung für Fachkräfte und Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Habilitations- und Rehabilitationsdiensten.

(3) Die Vertragsstaaten fördern die Verfügbarkeit, die Kenntnis und die Verwendung unterstützender Geräte und Technologien, die für Menschen mit Behinderungen bestimmt sind, für die Zwecke der Habilitation und Rehabilitation.

Der Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen kritisiert im ersten Staatenbericht für Deutschland Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsversorgung, besonders beim Zugang zur Gesundheitsversorgung für Asylsuchende und Flüchtlinge mit Behinderungen. Damit verbunden ist die Empfehlung, Pläne für die Zugänglichkeit von Gesundheitsdiensten zu erarbeiten und umzusetzen sowie Mittel in sachgerechter Höhe für die rechtebasierte Aus- und Fortbildung von Gesundheitsfachkräften, die Kommunikation, die Information, die Achtung der freien, informierten Einwilligung des Einzelnen und für Hilfsmittel, die den Anforderungen des universellen Designs entsprechen, bereitzustellen (CRPD 2015). Diese Kritik wird im Rahmen der zweiten und dritten Staatenprüfung wieder aufgenommen. Die Bundesregierung erläutert in ihrer Beantwortung der dazu enthaltenen Fragen, dass verschiedene Maßnahmen umgesetzt worden seien, um den Zugang zu Gesundheitseinrichtungen und -diensten für Menschen mit Behinderungen zu verbessern. Dazu gehöre z. B. die Erhöhung der Anzahl barrierefreier Arztpraxen oder die Einrichtung der Zentren für die spezialisierte medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen (BMAS 2019c).

Die folgenden Abschnitte schließen an die von der UN-BRK thematisierten Aspekte von Gesundheit an. In Abschnitt 7.1 wird die gesundheitliche Verfassung von Menschen mit Beeinträchtigungen dargestellt. Dazu werden, im Einklang mit dem oben vorgestellten ICF-orientierten Begriffsverständnis von Gesundheit, subjektive und objektive Indikatoren zur gesundheitlichen Verfassung ausgewertet. Da sich Gesundheit und Teilhabechancen wechselseitig beeinflussen, werden auch die Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen aufgezeigt.

In Bezug zu Artikel 25 UN-BRK werden in Abschnitt 7.2 Indikatoren zum Zugang zu gesundheitlichen Dienstleistungen untersucht. Dargestellt werden einerseits die Barrierefreiheit von Arztpraxen als ein Indikator für die Zugänglichkeit zur Gesundheitsversorgung. Andererseits werden Angaben zu Arztbesuchen als ein Indikator für die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen gemacht.

Abschnitt 7.3 gibt, im Anschluss an die Anforderungen aus Artikel 26 UN-BRK, einen Überblick über Indikatoren zur Prävention und medizinischen Rehabilitation. Menschen mit Beeinträchtigungen haben das Recht auf einen gleichberechtigten Zugang zu allen Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation, die verfügbaren Daten werden daraufhin untersucht.

Abschnitt 7.4.3 gibt einen Überblick über die Entwicklung der Leistungen der Leistungsträger der medizinischen Rehabilitation.

Abschließend werden in Abschnitt 7.5 die zentralen Ergebnisse des Kapitels anhand der folgenden Leitfragen eingeordnet:

1. Menschen mit Beeinträchtigungen sollen die gleichen Chancen auf ein Höchstmaß an Gesundheit haben. Ihr Gesundheitszustand soll ihnen in gleichem Maße ermöglichen, ihre alltäglichen Anforderungen zu bewältigen, sich selbst zu entfalten sowie sich in körperlicher, geistiger und sozialer Hinsicht wohlfühlen. Nur dann sind sie in Bezug auf ihre Gesundheit nicht benachteiligt. Welche Auskünfte geben die vorgestellten Daten hierzu?
2. Die Angebote der gesundheitlichen Versorgung sollen für Menschen mit Beeinträchtigungen möglichst niedrigschwellig zugänglich sein und ihren besonderen, durch Beeinträchtigungen bedingten Anforderungen gerecht werden. Wie kann die Gesundheitsversorgung in dieser Hinsicht eingeschätzt werden?
3. Besondere Aufmerksamkeit ist Personen mit mehrfachen Benachteiligungen im Sinne von sich überschneidenden Diskriminierungsformen (Intersektionalität) zu widmen. Welche Personengruppen lassen sich bezogen auf ihre gesundheitliche Situation als besonders betroffen identifizieren?

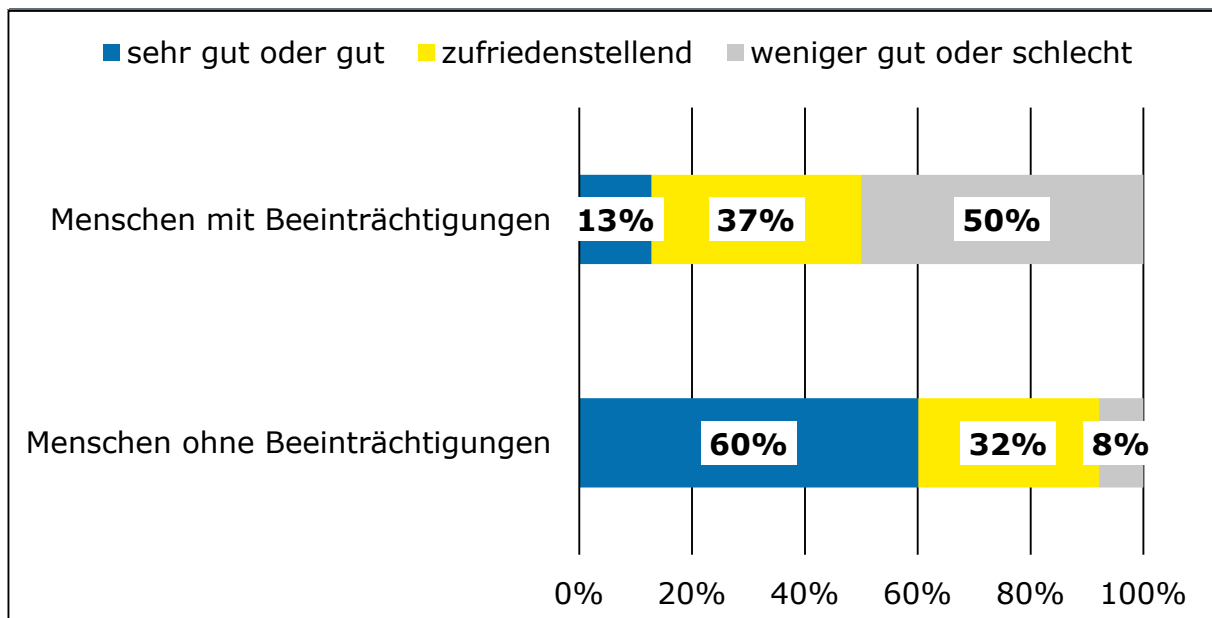
7.1 Gesundheitliche Verfassung

7.1.1 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands

Im Jahr 2018 schätzten 13 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein. Hingegen teilten 60 Prozent der Menschen ohne Beeinträchtigungen diese positive Einschätzung ihrer Gesundheit, also fast fünfmal so viele (Abbildung 73). Nahezu umgekehrt verhielt es sich bei den negativen Einschätzungen: Die Hälfte (50 %) der Menschen mit Beeinträchtigungen bewerteten ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht, von den Menschen ohne Beeinträchtigungen sind es 8 Prozent.

Dieser deutliche Unterschied in der Einschätzung des Gesundheitszustands legt bereits eine bezogen auf Gesundheit benachteiligende Lebenssituation Menschen mit Beeinträchtigungen nahe. Zugleich weisen die Ergebnisse in ihrer Eindeutigkeit auf dahinterliegende objektive Unterschiede in den Gesundheitszuständen von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen hin und sind nicht nur durch unterschiedliche Wahrnehmungen und Einordnungen von Gesundheit zu erklären.

Abbildung 73: Subjektive Einschätzung des gegenwärtigen Gesundheitszustands
2018



Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Frauen schätzen ihren Gesundheitszustand unabhängig von vorliegenden Beeinträchtigungen häufiger als weniger gut oder schlecht ein als Männer. Zwischen Frauen und Männern mit Beeinträchtigungen betrug der Unterschied im Jahr 2018 7 Prozentpunkte (Tabelle 98). Frauen mit Beeinträchtigungen weisen demnach einen besonders hohen Anteil von 54 Prozent mit einer solchen Einschätzung des Gesundheitszustands auf. Das gleiche gilt für Menschen mit Beeinträchtigungen und einem Migrationshintergrund (2018: 54 %).

In ihrer Präambel thematisiert die UN-BRK „[...] die schwierigen Bedingungen, denen sich Menschen mit Behinderungen gegenübersehen, die mehrfachen oder verschärften Formen der Diskriminierung (...) ausgesetzt sind.“ (UN-BRK, Präambel, Nummer p) Der besonders große Anteil an Frauen mit Beeinträchtigungen, die ihren eigenen Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht bezeichnen, zeigt, dass sich die Merkmale weibliches Geschlecht und Beeinträchtigung zusammen besonders nachteilig auf den Gesundheitszustand auswirken. Eine gleichartige Verstärkung von negativen Wirkungen auf den selbsteingeschätzten Gesundheitszustand findet sich bei Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund.

Dass Menschen mit chronischen Erkrankungen ihre Gesundheit ebenfalls überdurchschnittlich häufig als weniger gut oder schlecht einschätzen (2018: 54 %), kann in Teilen darauf zurückgeführt werden, dass diese Gruppe über einen objektiv eingeschränkten Gesundheitszustand der ihr zugehörigen Personen definiert ist.

Im höheren Lebensalter verschlechtert sich tendenziell der objektive Gesundheitszustand. Entsprechend wäre zu erwarten, dass sich das in den Selbsteinschätzungen der älteren Menschen widerspiegelt. Es fällt daher auf, dass der Anteil der älteren Menschen, die ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht bezeichnen, nicht sehr groß ist. Dies deckt sich mit Beschreibungen von Henchoz et al. (2008), wonach Menschen ab 80 Jahren ihre Gesundheit besser einschätzen, als es ihrem objektiven Zustand entspricht.

Betrachtet man den Zeitraum 2014 bis 2018, so zeigen sich kaum eindeutige Entwicklungen. Eine Ausnahme ist bei den Menschen mit Migrationshintergrund zu beobachten: Bei diesen nimmt der Anteil der Menschen, die ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht einschätzen, ab. Das gilt für Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen gleichermaßen. Eine ähnliche Entwicklung gibt es auch bei den Menschen mit Beeinträchtigungen im Alter von 80 Jahren und darüber.

Tabelle 98: Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes als weniger gut oder schlecht

nach Geschlecht, Alter, Teilgruppen der Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund

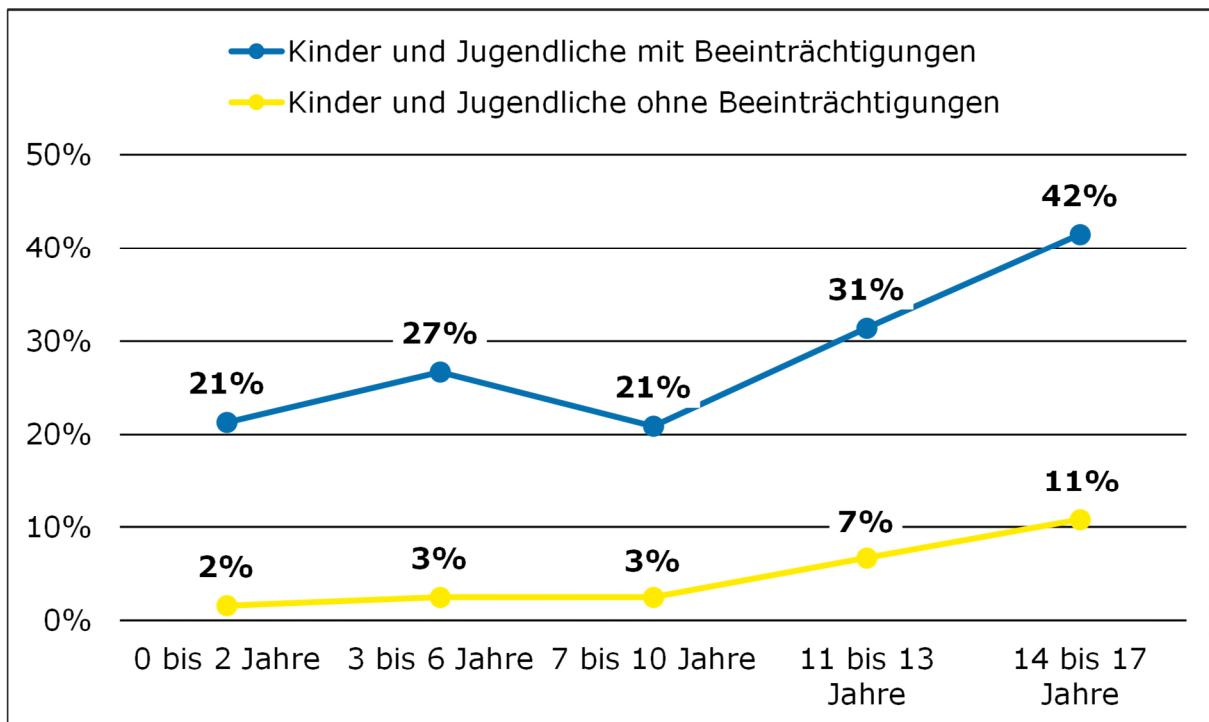
	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen		
	2014	2016	2018	2014	2016	2018
Insgesamt	52 %	53 %	50 %	9 %	9 %	8 %
Geschlecht						
Männer	49 %	48 %	46 %	8 %	8 %	7 %
Frauen	54 %	57 %	53 %	10 %	10 %	9 %
Alter						
18 bis 49 Jahre	45 %	52 %	47 %	7 %	7 %	6 %
50 bis 64 Jahre	53 %	54 %	54 %	10 %	10 %	9 %
65 bis 79 Jahre	52 %	53 %	47 %	12 %	11 %	9 %
ab 80 Jahre	59 %	55 %	53 %	15 %	20 %	17 %
Teilgruppen der Beeinträchtigungen						
Menschen mit anerkannter Behinderung	48 %	48 %	47 %			
chronisch kranke Menschen	57 %	60 %	54 %			
Migrationshintergrund						
ohne	51 %	52 %	49 %	9 %	9 %	8 %
mit	56 %	58 %	54 %	10 %	9 %	8 %

Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Bereits in den frühen Lebensjahren zeigen sich Gesundheitsunterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne Beeinträchtigungen. So schätzen Eltern den Gesundheitszustand ihrer Kinder mit Beeinträchtigungen über alle Altersgruppen hinweg deutlich häufiger als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht ein als Eltern gleichaltriger Kinder ohne Beeinträchtigungen (Abbildung

74). Mit zunehmendem Alter werden die Gesundheitsunterschiede – ab 11 Jahren schätzen die Kinder und Jugendlichen ihren Gesundheitszustand selbst ein – zwischen den Gruppen größer.¹⁷⁵

Abbildung 74: Einschätzung des Gesundheitszustands von Kindern und Jugendlichen als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht nach Alter, 2014 bis 2017*



*Antworten basieren von 0 bis 10 Jahre auf dem Elternfragebogen, von 11 bis 17 Jahre auf dem Kinderfragebogen, gewichtet

Quelle: KiGGS, Berechnung und Darstellung Prognos

Insgesamt zeigen die Daten zur Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands somit durchgängig große Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen. Dieser generelle Befund wird durch personenbezogene Merkmale, insbesondere das Geschlecht und das Vorliegen eines Migrationshintergrundes verstärkt. Hinsichtlich der Gesundheit als Ressource befinden sich Menschen mit Beeinträchtigungen demnach häufiger in einer benachteiligten Situation, die mit Teilhabeeinschränkungen auch in anderen Lebensbereichen einhergehen können.

¹⁷⁵ Die Fallzahlen dieses Indikators sind eher gering und die Aussagekraft ist daher eingeschränkt.

7.1.2 Krankheitstage

Die Häufigkeit krankheitsbedingter Fehltage gibt Auskunft darüber, ob Menschen mit Beeinträchtigungen durch ihren Gesundheitszustand häufiger in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sind als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Auf dem Arbeitsmarkt könnte ein solcher Unterschied ein möglicher Ausdruck von Überforderung sein oder ein Benachteiligungsrisiko für Menschen mit Beeinträchtigungen darstellen. Dies kann sich auf die Arbeitsplatzsicherheit beziehungsweise Rückkehrmöglichkeiten nach Arbeitsunfähigkeit oder befristeter Erwerbsminderung ebenso auswirken wie auf die Aufstiegschancen. Nach Lippke et al. (2020) scheinen persönliche Faktoren wie Selbstwirksamkeit und berufsbezogene Variablen bei der Arbeitsrückkehr eine geringere Rolle zu spielen als das Alter und der subjektiv wahrgenommene Gesundheitsstatus. Dies unterstreicht die Bedeutung, die Gesundheit zu verbessern beziehungsweise Chancengleichheit herzustellen und der zunehmenden Benachteiligung mit fortschreitendem Alter entgegenzuwirken.

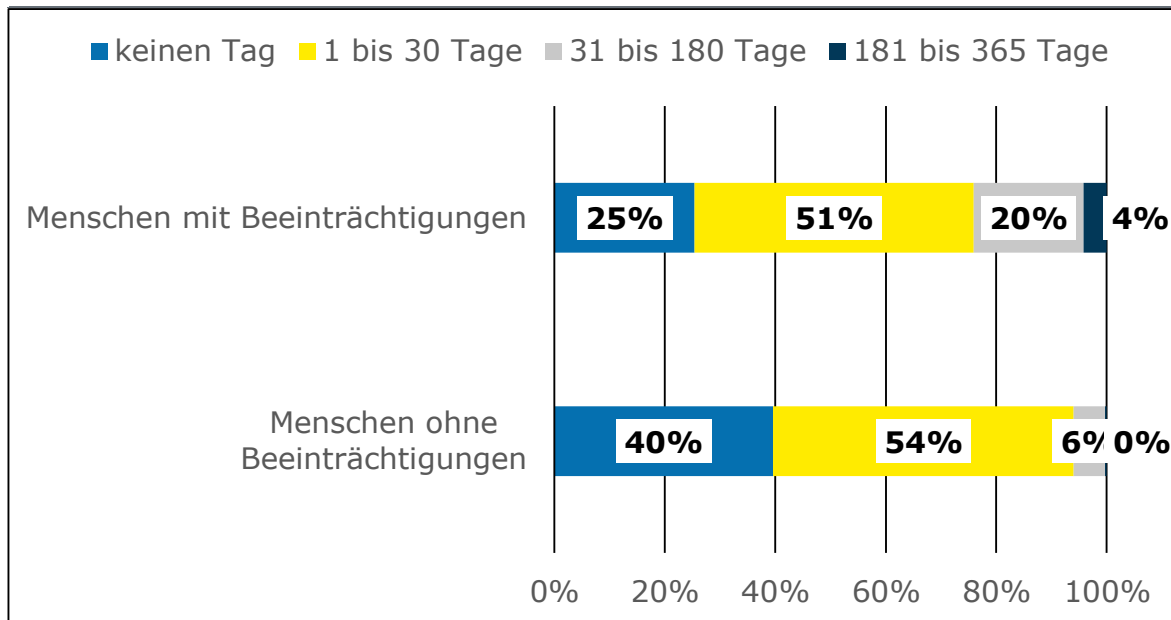
Im Rahmen der Studie *Gesundheit in Deutschland aktuell* des Robert Koch-Instituts, die in den Jahren 2014 und 2015 durchgeführt wurde (GEDA 2014/2015), wurden erwerbstätige Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen gefragt, ob sie in den letzten zwölf Monaten krankheitsbedingt nicht zur Arbeit gehen konnten. Demnach hatten Menschen mit Beeinträchtigungen innerhalb der letzten zwölf Monate durchschnittlich 35 Tage krankheitsbedingt bei der Arbeit gefehlt, Menschen ohne Beeinträchtigungen neun Tage. Von den Menschen mit Beeinträchtigungen hatten 25 Prozent innerhalb der letzten zwölf Monate keinen Tag krankheitsbedingt bei der Arbeit gefehlt, bei Menschen ohne Beeinträchtigungen waren es 40 Prozent. Länger als 30 Tage bei ihrem Arbeitgeber krankgemeldet waren 24 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen und 6 Prozent der Menschen ohne Beeinträchtigungen. Insgesamt ist festzuhalten, dass Menschen mit Beeinträchtigungen wesentlich häufiger krankheitsbedingt fehlen als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Hieraus resultierende Nachteile auf dem Arbeitsmarkt und bezüglich der sozialen Teilhabe können als wahrscheinlich angenommen werden (Abbildung 75).

Frauen mit Beeinträchtigungen fehlen häufiger für längere Zeit aus Krankheitsgründen als Männer mit Beeinträchtigungen. So waren circa 27 Prozent der Frauen mit Beeinträchtigungen länger als 30 Tage bei ihrem Arbeitgeber krankgemeldet. Unter Männern mit Beeinträchtigungen betrug dieser Anteil circa 22 Prozent.¹⁷⁶

¹⁷⁶ Auswertungen der Prognos AG auf Basis der GEDA 2014/2015, ohne Abbildung.

Abbildung 75: Anzahl der Krankheitstage

Anzahl der Tage mit krankheitsbedingten Einschränkungen in den letzten zwölf Monaten (selbstberichtet), 2014/2015*



* gewichtet

Quelle: GEDA, Berechnung und Darstellung Prognos

Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber nach § 167 Absatz 2 Satz 1 SGB IX, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (Betriebliches Eingliederungsmanagement BEM). Wie oft solche langen Arbeitsunfähigkeitszeiten bei Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen auftreten, ist nicht bekannt.

7.1.3 Psychische Gesundheit

Das Vorliegen einer psychischen Erkrankung oder Störung ist nicht gleichbedeutend mit einer psychischen Beeinträchtigung, siehe hierzu auch den Abschnitt 2.3 sowie den einleitenden Abschnitt zu diesem Kapitel. In diesem Abschnitt geht es um die Verbreitung von Zuständen psychischer Gesundheit oder Krankheit bei Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen. Aufgrund ihrer Dauer stellen psychische Störungen die Diagnosegruppe dar, aus der seit 2018 mit rund 18 Prozent die höchste Zahl an Arbeitsunfähigkeitstagen resultiert. Zugleich nimmt die Zahl

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

der AU-Tage bei keiner anderen Diagnosegruppe mit einer vergleichbaren Dynamik zu (Techniker Krankenkasse 2019).

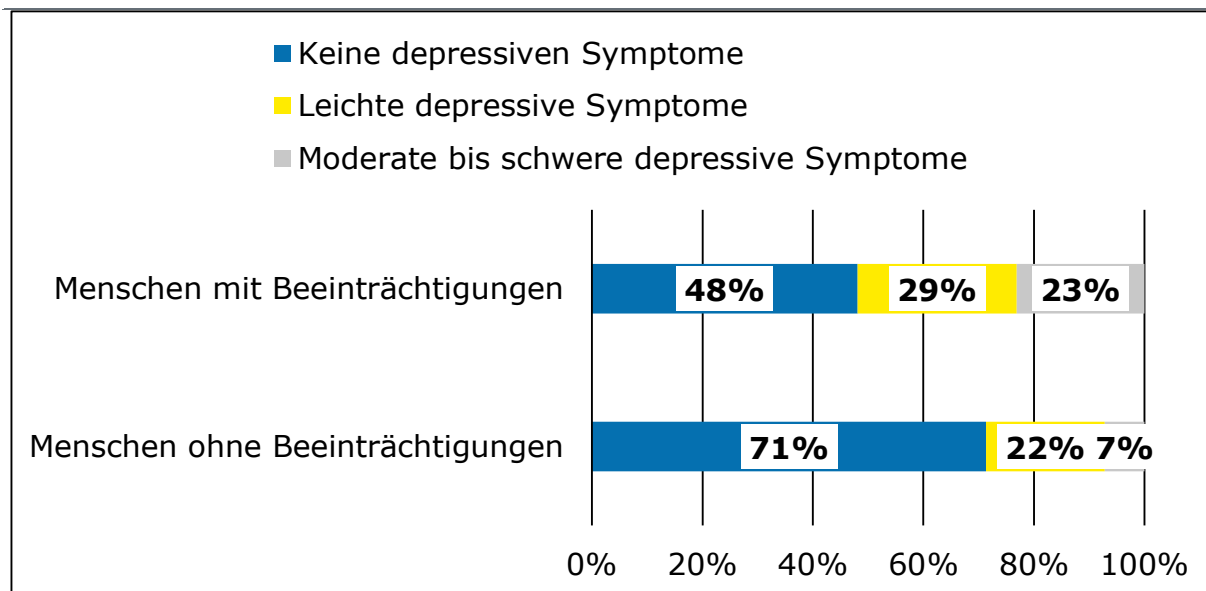
Eine psychische Erkrankung mit besonders weiter Verbreitung stellt die Depression dar, durchschnittlich gut 8 Prozent der deutschen Bevölkerung sind im Jahr (zwölf-Monats-Prävalenz) von dieser Erkrankung betroffen (RKI 2015). In der Studie GEDA 2014/2015 wurde eine aktuelle depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland erhoben. Erfasst wurde die Häufigkeit des Auftretens depressiver Symptome in den letzten zwei Wochen (Bretschneider et al. 2017).¹⁷⁷ Abbildung 76 stellt die Ergebnisse dieser Befragung dar. Demnach haben knapp die Hälfte der Menschen mit Beeinträchtigungen (48 %) keine depressiven Symptome, bei Menschen ohne Beeinträchtigungen sind es 71 Prozent. Moderate bis schwere depressive Symptome zeigen hingegen 23 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen und 7 Prozent der Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Menschen mit Beeinträchtigungen haben demnach deutlich häufiger depressive Symptome als Menschen ohne Beeinträchtigungen.

¹⁷⁷ Zu diesen Symptomen zählen: Depressive Verstimmung, vermindertes Interesse, Gewichts- oder Appetitverlust, Schlafstörungen, psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung, Müdigkeit oder Energieverlust, Wertlosigkeits- oder Schuldgefühle sowie Konzentrationsprobleme. Für jedes dieser acht Items liegen die Werte 0 *Überhaupt nicht*, 1 *An einzelnen Tagen*, 2 *An mehr als der Hälfte der Tage* oder 3 *Beinahe jeden Tag* vor. Eine leichte depressive Symptomatik besteht bei einem Skalensummenwert von 5-9 und eine moderate bis schwere Symptomatik von 10-24 Punkten.

Abbildung 76: Depressive Symptome

Menschen, die in den letzten 2 Wochen depressive Symptome hatten, 2014/2015*



* gewichtet

Quelle: GEDA, Berechnung und Darstellung Prognos

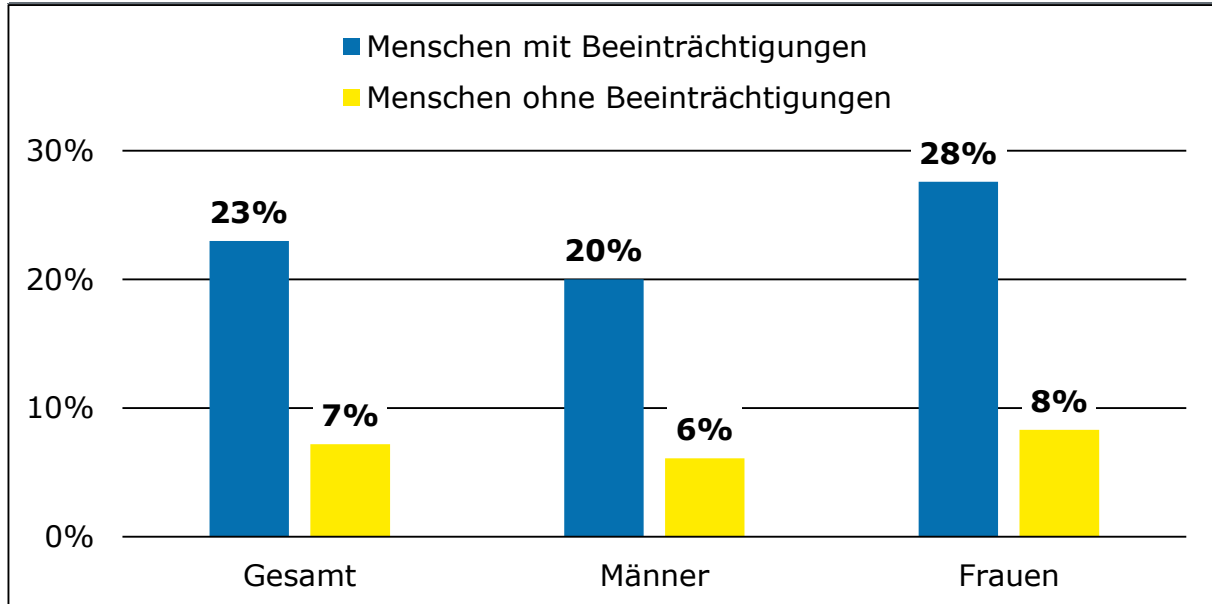
Wird die Gruppe derer, die moderate bis schwere depressive Symptome haben, nach Geschlecht differenziert, wird deutlich, dass Frauen unabhängig von vorliegenden Beeinträchtigungen häufiger von depressiven Symptomen betroffen sind als Männer, Beeinträchtigungen die Häufigkeit von Depressionen jedoch deutlich verstärken (Abbildung 77).

Moderate bis schwere Depressionen können starke Auswirkungen auf die subjektive Lebensqualität und die Ressourcen zur Bewältigung alltäglicher Anforderungen haben. Insofern ist der große Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, der entsprechende Symptome aufweist, ein Hinweis auf benachteiligende Auswirkungen von Beeinträchtigungen.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Abbildung 77: Moderate bis schwere depressive Symptome nach Geschlecht

in den letzten 2 Wochen, 2014/2015*



* gewichtet

Quelle: GEDA, Berechnung und Darstellung Prognos

In der gleichen Studie wurden Erwachsene gefragt, ob sie in den letzten zwölf Monaten in psychologischer, psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung waren. Dies bejahten circa 20 Prozent der Menschen mit und circa 7 Prozent der Menschen ohne Beeinträchtigungen.¹⁷⁸

In der zweiten Welle der KiGGS-Studie wurden psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen anhand von Elternangaben des Stärken- und-Schwächen-Fragebogens (Strengths and Difficulties Questionnaire SDQ) beurteilt. Für den Teilhabebericht wurde der Bereich *emotionale Probleme* ausgewertet. Die Eltern bewerteten hierbei fünf Aussagen bezüglich ihrer Kinder mit den Antwortvorgaben *nicht zutreffend*, *teilweise zutreffend* beziehungsweise *eindeutig zutreffend* (Kuntz et al. 2018). Für die Auswertung erfolgte anschließend eine Kategorisierung in *unauffällig*, *grenzwertig* und *auffällig*.¹⁷⁹ Demnach weisen Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen ihren Eltern zufolge häufiger emotionale

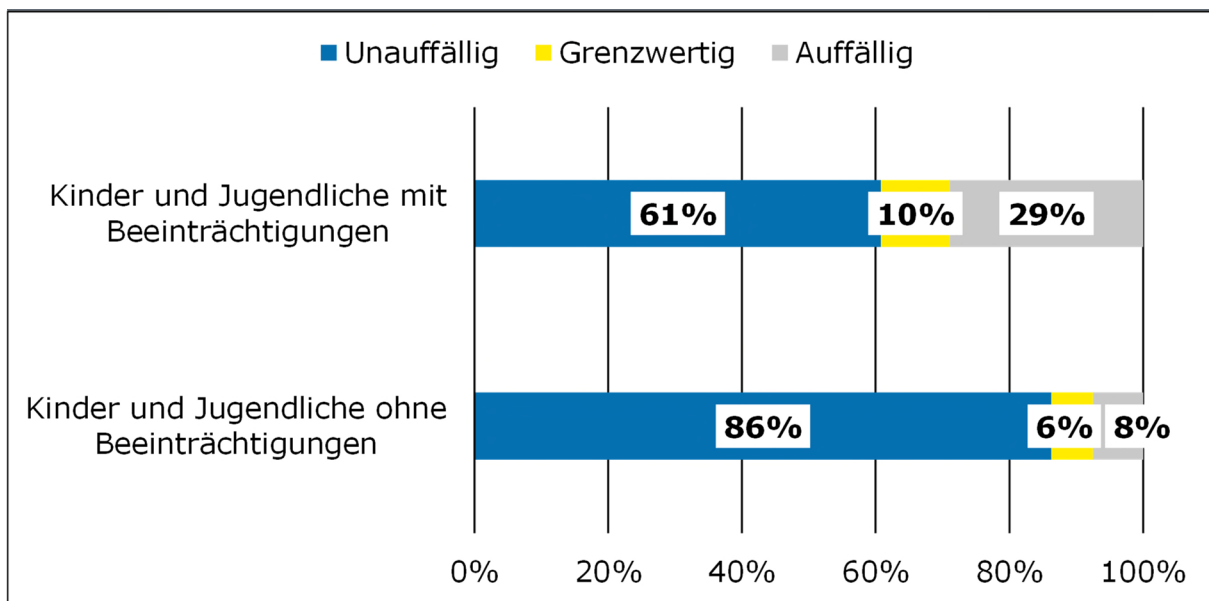
¹⁷⁸ Auswertungen der Prognos AG auf Basis der GEDA 2014/2015, ohne Abbildung.

¹⁷⁹ Die Subskala emotionale Probleme setzt sich aus den folgenden fünf Variablen zusammen:

a) Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit, b) Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt, c) Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig, d) Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen, e) Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht.

Probleme auf als Kinder und Jugendliche ohne Beeinträchtigungen. In emotionaler Hinsicht befinden sich Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen demnach in einer erheblich benachteiligten Situation im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen ohne Beeinträchtigungen (Abbildung 78).

Abbildung 78: Emotionale Probleme von Kindern und Jugendlichen
Einschätzungen von Eltern zu emotionalen Problemen ihrer Kinder zwischen 3 und 17 Jahren, dt. Normierung, 2014 bis 2017*



* Antworten des Elternfragebogens, gewichtet
Quelle: KiGGS, Berechnung und Darstellung Prognos

Eine vertiefende Analyse¹⁸⁰ verdeutlicht, dass die Unterschiede zwischen beiden Gruppen mit steigendem Lebensalter zunehmen und bei den 11- bis 13-Jährigen am stärksten ausgeprägt sind. In dieser Altersgruppe finden sich emotionale Probleme, unabhängig vom Vorliegen einer Beeinträchtigung, am häufigsten. Vergleichsweise selten sind Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 6 Jahren von emotionalen Problemen betroffen. Tabelle 99 stellt die emotionalen Probleme von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen nach Alter dar.

¹⁸⁰ Auswertungen der Prognos AG auf Basis von KiGGS, ohne Abbildung.

Tabelle 99: Emotionale Probleme von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen nach Alter

Einschätzungen von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen zu ihren emotionalen Problemen, dt. Normierung, 2014 bis 2017*

	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
3 bis 6 Jahre	77 %	12 %	11 %
7 bis 10 Jahre	55 %	13 %	33 %
11 bis 13 Jahre	54 %	6 %	40 %
14 bis 17 Jahre	60 %	10 %	30 %

* Antworten des Elternfragebogens, gewichtet

Quelle: KiGGS, Berechnung und Darstellung Prognos

Die vorgestellten Statistiken verdeutlichen, dass die Lebensqualität von Menschen mit Beeinträchtigungen aufgrund psychischer Erkrankungen häufiger eingeschränkt wird, als dies bei Menschen ohne Beeinträchtigungen der Fall ist.

7.2 Zugang zu gesundheitlichen Dienstleistungen und Produkten

Das Recht von Menschen mit Beeinträchtigungen auf eine barriere- und diskriminierungsfreie gesundheitliche Versorgung zielt auf eine gleichberechtigte Teilhabe in allen Lebensbereichen. Eine bestmögliche Versorgung mit gesundheitlichen Dienstleistungen und Produkten ist eine wesentliche Voraussetzung hierfür.

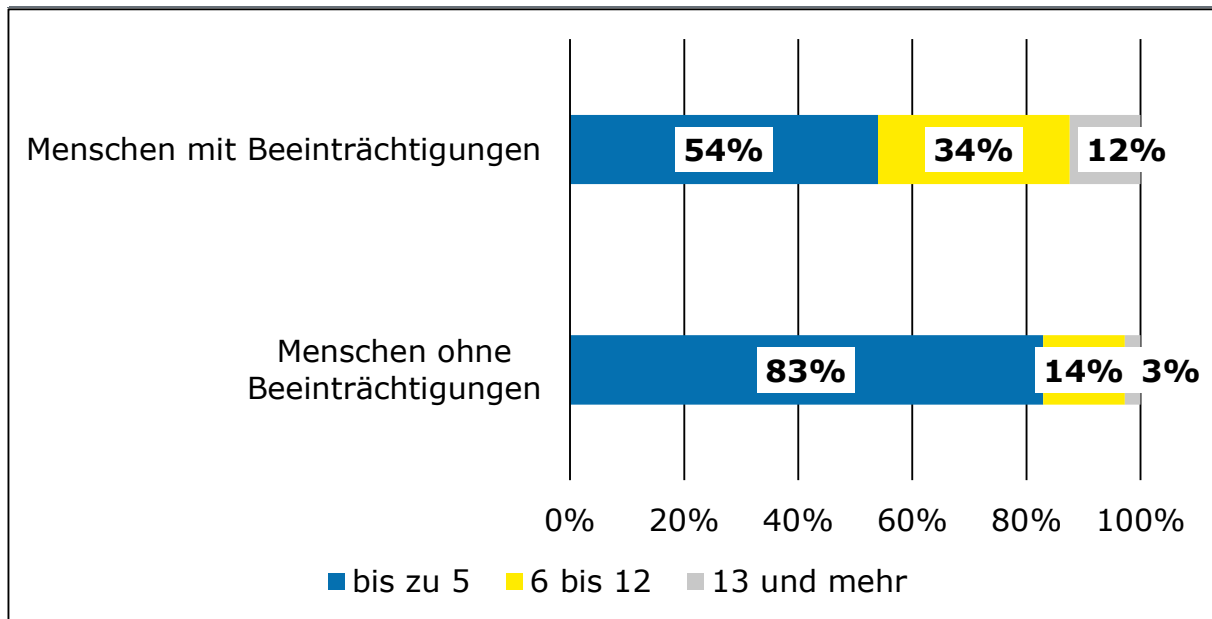
7.2.1 Arztbesuche

Die Anzahl der selbstberichteten Arztbesuche ist ein Indikator für die Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Behandlung. Von den Menschen mit Beeinträchtigungen nehmen 12 Prozent eine engmaschige allgemeinmedizinische beziehungsweise hausärztliche Versorgung im Umfang von 13 und mehr Besuchen innerhalb von zwölf Monaten in Anspruch. Bei Menschen ohne Beeinträchtigungen sind es 3 Prozent. Für erstere gehören Besuche bei der Hausärztin beziehungsweise bei dem Hausarzt zur Alltagsroutine und eine gute Erreichbarkeit der Praxen ist für die selbstständige Lebensführung von großer Bedeutung. Zusätzlich bedeuten diese Ergebnisse, dass die eigene gesundheitliche Versorgung, auch wenn sie hier nur ausschnitthaft betrachtet wird, für Menschen mit Beeinträchtigungen einen wesentlich größeren Aufwand verursacht als für Menschen ohne Beeinträchtigungen. Das gilt umso mehr für Menschen, deren spezifische

Beeinträchtigten den Zeitaufwand für Arztbesuche nochmals erhöhen (Abbildung 79).

Abbildung 79: Arztbesuche

Anzahl der Besuche bei Allgemeinmedizinerin beziehungsweise -mediziner oder Hausärztin beziehungsweise -arzt in den letzten zwölf Monaten, 2014/2015*



* gewichtet

Quelle: GEDA, Berechnung und Darstellung Prognos

Die Anzahl der Arztbesuche ist, wie bereits im zweiten Teilhabebericht beschrieben, rückläufig. Durchschnittlich konsultierten Menschen mit Beeinträchtigungen in den letzten zwölf Monaten 7,7 Mal eine Allgemeinmedizinerin beziehungsweise einen Allgemeinmediziner oder eine Hausärztin beziehungsweise einen Hausarzt; bei Menschen ohne Beeinträchtigungen waren es 3,9 Besuche. In der Altersgruppe der 18- bis 39-Jährigen mit Beeinträchtigungen ist der Anteil derer, die 13 und mehr Arztbesuche angeben, mit 14 Prozent am höchsten. Mit zunehmendem Alter sinkt dieser Anteil in geringem Maße auf 13 Prozent (40 bis 59 Jahre) und 12 Prozent (60 und älter) ab. Unter Menschen ohne Beeinträchtigungen beträgt der Anteil derer, die so engmaschig versorgt werden, über alle Altersgruppen hinweg circa 3 Prozent. Zwischen Männern und Frauen zeigen sich nur geringe Unterschiede.¹⁸¹

¹⁸¹ Auswertungen der Prognos AG auf Basis der GEDA 2014/2015, ohne Abbildung.

7.2.2 Zugang zu Gesundheitsleistungen

Das Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gibt über Merkmale der Barrierefreiheit Auskunft. Die Angaben hierzu werden von Arztpraxen auf freiwilliger Basis jährlich zu einem Stichtag gemeldet. Seit dem 1. Januar 2020 sind die Kassenärztlichen Vereinigungen laut § 75 Absatz 1a SGB V dazu verpflichtet, „im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich (...) über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit)“ zu informieren. Bereits zuvor haben Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) Merkmale der Barrierefreiheit von Arztpraxen für das Bundesarztregister erfragt, zum Teil wurden die entsprechenden Daten nach einer bundeseinheitlichen Systematik erhoben.

Die Angaben zur Barrierefreiheit von Arztpraxen im Bundesarztregister weisen einige Defizite auf, die teilweise in der Systematik und teilweise im Verfahren begründet sind:

- Die verwendete Systematik der Barrierefreiheit entspricht nicht vollständig der anzuwendenden DIN 18040-1. So ist dort etwa eine Schwellenhöhe von 3 cm vorgesehen, die sich in der Norm nicht findet.
- In den Statistiken des Bundesarztregisters werden mehrere Kriterien der Barrierefreiheit von Arztpraxen zusammengefasst, um sie als „barrierefrei“ oder „weitgehend barrierefrei“ zu kennzeichnen. Es werden allerdings nicht alle notwendigen Kriterien hierfür einbezogen. Im konkreten Einzelfall geben die Kennzeichnungen daher nicht zuverlässig über die Zugänglichkeit und Nutzbarkeit einer Arztpraxis für Menschen mit bestimmten Beeinträchtigungsformen Auskunft.
- Die Anforderungen von Menschen mit bestimmten Beeinträchtigungsformen wie z. B. Seh- oder Hörbeeinträchtigungen sowie Lernschwierigkeiten bleiben fast unberücksichtigt.
- Die KVen erfragen die Merkmale der Barrierefreiheit von ihren Arztpraxen jährlich auf freiwilliger Basis. Auf diese Weise wird keine flächendeckende Auskunft sichergestellt.
- Die freiwilligen Angaben werden nicht kontrolliert beziehungsweise sind keine Maßnahmen der Qualitätssicherung vorgesehen. Das birgt Unsicherheiten, ob die Barrierefreiheits-Merkmale tatsächlich wie angegeben erfüllt werden.

Damit Patientinnen und Patienten nach ihren individuellen Bedarfen Gesundheitsdienste nutzen können, sind verlässliche und vollständige Informationen relevant. Diese Anforderungen werden durch die Angaben im Bundesarztregister noch nicht zufriedenstellend erfüllt. Für den Teilhabebericht können die Barriere-

freiheits-Merkmale dennoch wichtige Informationen liefern. Dabei kommt es darauf an, die Aussagekraft der Daten richtig einzuordnen. Insbesondere muss beachtet werden, worüber sie keine Auskunft geben:

- Sie informieren nicht über eine umfassende Barrierefreiheit, denn die zugrundeliegenden Standards sind nicht vollständig auf dem neuesten Stand, auch bleiben die Anforderungen für Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen oder mit Lernschwierigkeiten unberücksichtigt.
- Die durch Selbstauskunft der Arztpraxen gemachten Angaben werden nicht überprüft und sind daher nicht qualitätsgesichert.
- Aufgrund der Freiwilligkeit liegen keine vollständigen Angaben aller Arztpraxen der jeweiligen KV vor.¹⁸²
- Es werden nur Angaben ausgewählter KVen in Deutschland berücksichtigt. Das liegt vor allem daran, dass wegen mangelnder Vergleichbarkeit darauf verzichtet wurde, die Daten von KVen einzubeziehen, die nach einem eigenen Konzept Daten zur Barrierefreiheit erheben.

Für die Zwecke dieses Berichts geben die Daten – trotz der geschilderten Einschränkungen – einen ersten Überblick über das Vorhandensein bestimmter Merkmale der Barrierefreiheit in Arztpraxen.

Nach dem neuen bundeseinheitlichen Kodier-System der KVen gelten Arztpraxen als **„uneingeschränkt barrierefrei zugänglich“**, wenn alle der folgenden Merkmale zutreffen, nach diesem System haben die KV Hamburg und KV Rheinland-Pfalz ihre Angaben gemacht:

- Ebenerdiger Zugang und/oder rollstuhlgerechter Aufzug (Schwellenhöhe max. 3 cm beziehungsweise Rampen mit max. 6 % Steigung) und/oder rollstuhlgerechter Aufzug (Türbreite mind. 90 cm, Tiefe mind. 140 cm, Fahrstuhlkabine mind. 100 mal 140 cm)
- Türbreite mindestens 90 cm
- Türbreite der Eingangs- und Innenraumtüren mindestens 90 cm
- Bewegungsflächen (zusammenhängende unverstellbare Bodenflächen) in den Räumen mindestens 150 mal 150 cm

Nach dem alten, seit dem 1.1.2020 abgelösten Kodiersystem, auf dem noch die Angaben der restlichen genannten KVen beruhen, sind solche Arztpraxen uneingeschränkt barrierefrei zugänglich, die folgende Kriterien erfüllen;

¹⁸² Die Erfassung von Merkmalen zur Barrierefreiheit ist im Bundesarztregister noch im Aufbau. Derzeit besteht laut Auskunft des zuständigen Statistikers bei der KBV erst in circa zwei Dritteln der Kassenärztlichen Vereinigungen die notwendige technische und prozessuale Infrastruktur zur Meldung der Barrierefreiheits-Merkmale.

entsprechend haben die KVen in Brandenburg, Saarland, Sachsen, Thüringen und Westfalen-Lippe ihre Daten geliefert:

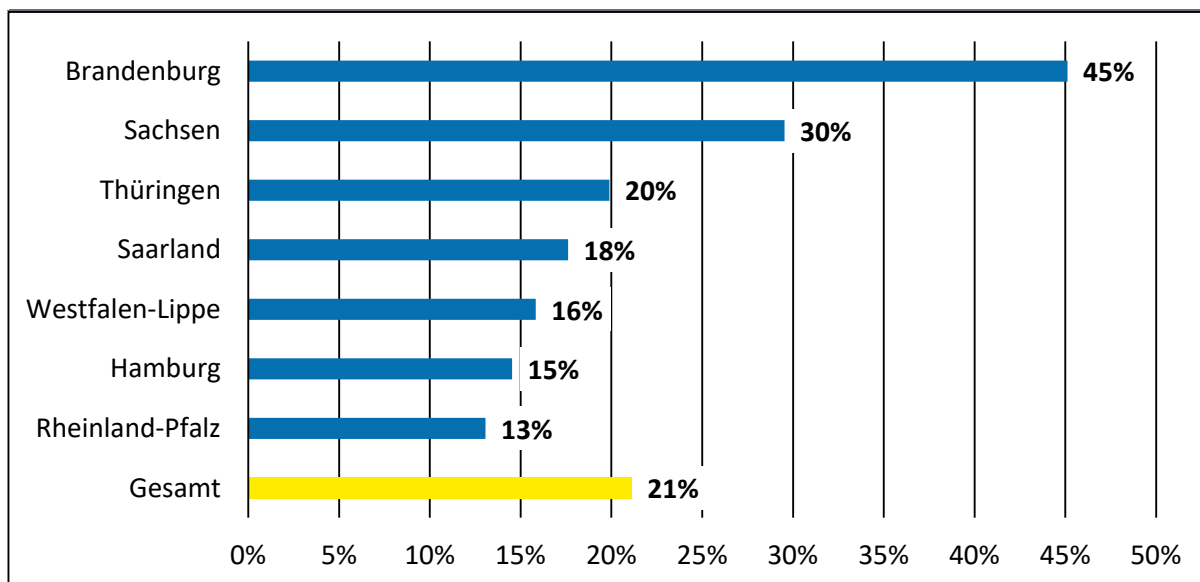
- Türbreite mind. 90 cm
- Türhöhe mind. 205 cm
- Türdückerhöhe max. 85 cm
- Bewegungsfläche mind. 150 mal 150 cm
- Türschwellen max. 2 cm und/oder Rampen mit max. 6 % Steigung¹⁸³

Abbildung 80 zeigt die Arztpraxen, die nach eigenen Angaben alle zuvor aufgeführten Merkmale erfüllen, die laut den bundeseinheitlichen Kodier-Systemen der KVen für einen uneingeschränkt barrierefreien Zugang erforderlich sind. Da diese Merkmale sich ausschließlich an den Anforderungen mobilitätsbeeinträchtigter Menschen orientieren, wird diese Einschränkung hier ergänzt. Demnach sind durchschnittlich 21 Prozent der Arztpraxen der sieben teilnehmenden KVen für mobilitätsbeeinträchtigte Menschen uneingeschränkt barrierefrei zugänglich. Zwischen den KVen gibt es große Unterschiede. Besonders auffallend sind die positiven „Ausreißer“ KV Brandenburg mit 45 Prozent und KV Sachsen mit 30 Prozent der Arztpraxen, die eigenen Angaben zufolge die geforderten Merkmale der Barrierefreiheit erfüllt werden.

¹⁸³ Nach diesem Kodier-System bleibt unklar, ob Praxen, die sich nicht im Erdgeschoss befinden und die angegebenen Kriterien erfüllen, über einen barrierefreien Aufzug verfügen. Obwohl das Kodier-System das Merkmal „barrierefreier Aufzug“ enthält, kann es nicht mit den anderen Merkmalen kombiniert ausgewertet werden, da nicht danach gefragt wird, in welcher Etage sich die jeweilige Praxis befindet. Zwar ist die Angabe eines barrierefreien Zugangs nur als sinnvoll zu betrachten, wenn auch die Etage der Praxis barrierefrei erreichbar ist, kann es nicht ausgeschlossen werden, dass dies von den auskunftgebenden Praxen anders gehandhabt wurde.

Abbildung 80: Arztpraxen mit uneingeschränkt barrierefreiem Zugang für mobilitätsbeeinträchtigte Menschen

Anteil der Arztpraxen mit uneingeschränkt barrierefreiem Zugang an allen Arztpraxen der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, Stichtag 31.12.2019



Quelle: KBV, Berechnung und Darstellung Prognos

In

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Tabelle 100 ist für alle sieben einbezogene KVen zusammen dargestellt, wie viele Arztpraxen zusätzlich zur beschriebenen uneingeschränkten barrierefreien Zugänglichkeit für mobilitätsbeeinträchtigte Menschen noch weitere Merkmale der Barrierefreiheit erfüllen. So verfügen 10 Prozent aller Arztpraxen zusätzlich noch über höhenverstellbare Untersuchungsmöbel; ebenfalls 10 Prozent haben als weiteres Kriterium barrierefreie Sanitäranlagen; 13 Prozent der Arztpraxen sind – neben der uneingeschränkt barrierefreien Zugänglichkeit für mobilitätsbeeinträchtigte Menschen – mindestens entweder mit höhenverstellbaren Untersuchungsmöbeln oder barrierefreien Sanitäranlagen ausgestattet.

Schließlich zeigt

Tabelle 100, dass 7 Prozent aller Arztpraxen Orientierungshilfen für Menschen mit einer Sehbehinderung und 18 Prozent Behindertenparkplätze aufweisen.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Tabelle 100: Merkmale der Barrierefreiheit von Arztpraxen

Anteil an Arztpraxen der vertragsärztlichen Versorgung nach Merkmalen von Barrierefreiheit, Stichtag 31.12.2019

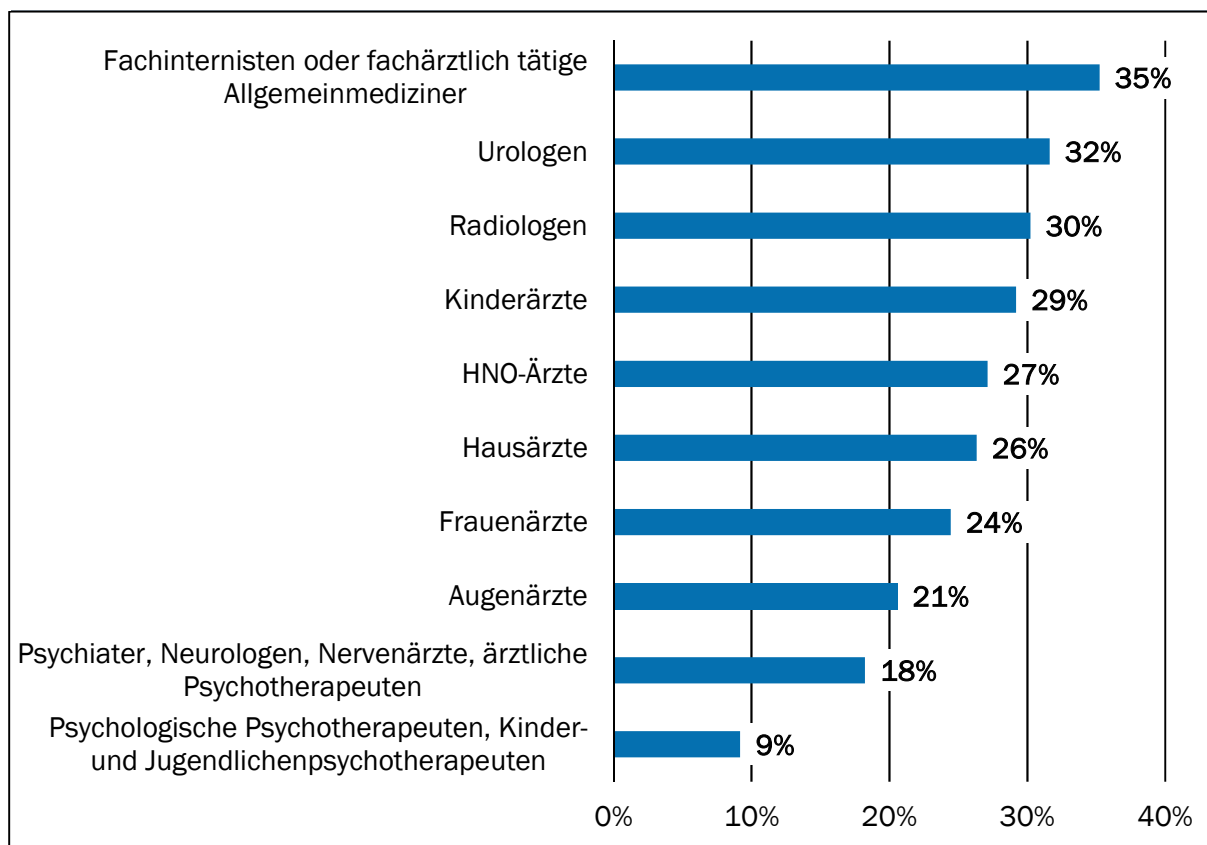
Merkmale von Barrierefreiheit	Insgesamt*
Zugang für mobilitätsbeeinträchtigte Menschen uneingeschränkt barrierefrei	21 %
Zugang für mobilitätsbeeinträchtigte Menschen uneingeschränkt barrierefrei und Untersuchungsmöbel höhenverstellbar	10 %
Zugang für mobilitätsbeeinträchtigte Menschen uneingeschränkt barrierefrei und barrierefreie Sanitäranlagen	10 %
Zugang für mobilitätsbeeinträchtigte Menschen uneingeschränkt barrierefrei und barrierefreie Sanitäranlagen und/oder Untersuchungsmöbel höhenverstellbar	13 %
Orientierungshilfen für Menschen mit Sehbehinderung	7 %
Behindertenparkplatz vorhanden	18 %

* Im Datensatz vertretene Kassenärztliche Vereinigungen: Brandenburg, Sachsen, Thüringen, Saarland, Westfalen-Lippe, Hamburg, Rheinland-Pfalz
Quelle: KBV, Berechnung und Darstellung Prognos

Wie sich die Situation in den Arztpraxen unterschiedlicher Fachrichtungen darstellt, zeigt Abbildung 81. Demnach sind die Praxen von Fachinternisten beziehungsweise fachärztlich tätigen Allgemeinmedizinerinnen mit einem Anteil von 35 Prozent am häufigsten für mobilitätsbeeinträchtigte Menschen uneingeschränkt barrierefrei zugänglich. Arztpraxen von Kinderärztinnen und -ärzten (29 %) sowie hausärztlich tätige allgemeinmedizinische Praxen (26 %) weisen etwas niedrigere Werte auf. Besonders selten sind die Praxen der Fachrichtungen Psychiatrie, Neurologie, ärztliche Psychotherapie (18 Prozent) und psychologische Psychotherapie beziehungsweise Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie (9 %) für mobilitätsbeeinträchtigte Menschen uneingeschränkt barrierefrei zugänglich.

Abbildung 81: Für mobilitätsbeeinträchtigte Menschen uneingeschränkt barrierefrei zugängliche Praxen nach Arztgruppen

Anteil an Arztpraxen der vertragsärztlichen Versorgung mit uneingeschränkt barrierefreiem Zugang nach Fachrichtung der in der Praxis tätigen Arztgruppen, Stichtag 31.12.2019*



* Bei Gemeinschaftspraxen können mehrere Fachgruppen beteiligt sein, in diesen Fällen wird die Praxis bei beiden Fachgruppen mitgezählt. Im Datensatz vertretene Kassenärztliche Vereinigungen: Brandenburg, Sachsen, Thüringen, Saarland, Westfalen-Lippe, Hamburg, Rheinland-Pfalz
Quelle: KBV, Berechnung und Darstellung Prognos

In Tabelle 101 ist noch einmal für die einzelnen Fachrichtungen dargestellt, wie viele der für mobilitätsbeeinträchtigte Menschen uneingeschränkt barrierefrei zugänglichen Arztpraxen noch weitere Merkmale der Barrierefreiheit erfüllen.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Tabelle 101: Für mobilitätsbeeinträchtigte Menschen uneingeschränkt barrierefrei zugängliche Praxen mit weiteren Merkmalen der Barrierefreiheit – nach Fachrichtungen der in der Praxis tätigen Arztgruppen

Anteil an Praxen mit ausgewählten Merkmalen der Barrierefreiheit,
Stichtag 31.12.2019*

	Untersuchungsmöbel höhenverstellbar	barrierefreie Sanitäranlagen	barrierefreie Sanitäranlagen und / oder Untersuchungsmöbel höhenverstellbar
Fachinternisten/ fachärztlich tätige Allgemeinmediziner	18 %	23 %	27 %
Urologen	16 %	19 %	22 %
Radiologen	19 %	26 %	27 %
Kinderärzte	9 %	13 %	15 %
HNO-Ärzte	20 %	14 %	22 %
Hausärzte	10 %	12 %	15 %
Frauenärzte	16 %	11 %	18 %
Augenärzte	14 %	10 %	15 %
Psychiatrie, Neurologie, ärztliche Psychotherapie	6 %	9 %	10 %
Psychologische, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie	1 %	3 %	3 %

* Im Datensatz vertretene Kassenärztliche Vereinigungen: Brandenburg, Sachsen, Thüringen, Saarland, Westfalen-Lippe, Hamburg, Rheinland-Pfalz
Quelle: KBV, Berechnung und Darstellung Prognos

7.3 Gesundheitsverhalten

Ein gut ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein, gesundheitsfördernde Verhaltensweisen und die Vermeidung gesundheitlicher Risiken verbessern die Chancen auf einen guten Gesundheitszustand. Ausgangspunkt der folgenden Analysen zum Gesundheitsverhalten ist die Grundannahme, dass Verhaltensunterschiede ge-

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

sellschaftlicher Teilgruppen sozialstrukturelle Ursachen haben. Aus dieser Perspektive stellt ein ausgeprägteres risikobehaftetes Gesundheitsverhalten von Menschen mit Beeinträchtigungen ein Merkmal einer sozialen Benachteiligung dar. Damit verbunden ist die Aufforderung an die Gesundheitspolitik, soziale Benachteiligungen beispielsweise durch zielgruppengerechte Prävention und inklusive Kommunikationsmaßnahmen zu adressieren. In der Folge könnte der sozialen Bedingtheit weit verbreiteter chronischer Krankheiten, insbesondere Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen, Depressionen und bestimmter Krebserkrankungen begegnet werden (Siegrist / Staudinger 2019: 6).

Die folgenden Abschnitte geben Auskunft über das Gesundheitsverhalten und die diesbezüglichen Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen.

7.3.1 Rauchen

Menschen mit Beeinträchtigungen rauchen häufiger als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Besonders groß sind die Unterschiede in den Altersklassen bis 50 Jahre, bei den 65- bis 79-jährigen Menschen gleichen sich die prozentualen Anteile weitgehend an (Abbildung 82).

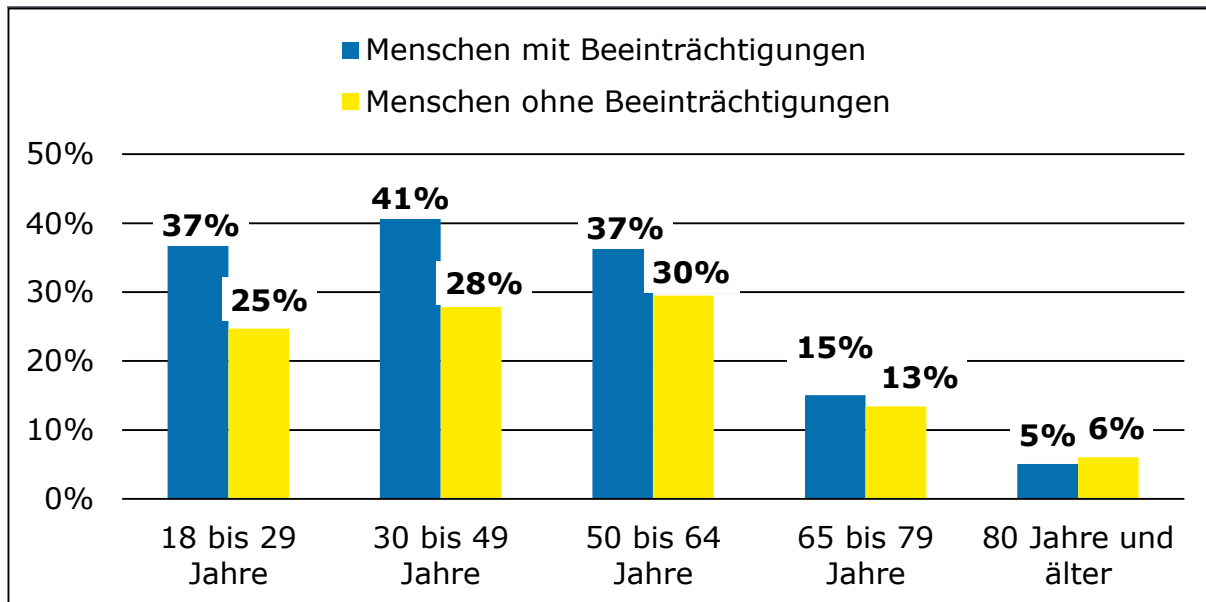
Menschen mit Beeinträchtigungen unter 50 Jahren rauchen besonders häufig und sind entsprechend gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Der sinkende Anteil der Raucherinnen und Raucher unter den älteren Menschen lässt sich durch altersabhängige vorsichtigeren Verhaltensweisen erklären, aber auch dadurch, dass Rauchen die Mortalität erhöht, also ein Teil der Raucherinnen und Raucher vor Erreichen des höheren Lebensalters bereits verstorben ist.

Circa 30 Prozent der Männer mit Beeinträchtigungen rauchen. Bei den Frauen mit Beeinträchtigungen liegt der Anteil bei 23 Prozent.¹⁸⁴

¹⁸⁴ Auswertungen der Prognos AG auf Basis des SOEP, ohne Abbildung.

Abbildung 82: Rauchen

Menschen, die Zigaretten, Pfeifen oder Zigarren rauchen nach Alter, 2018



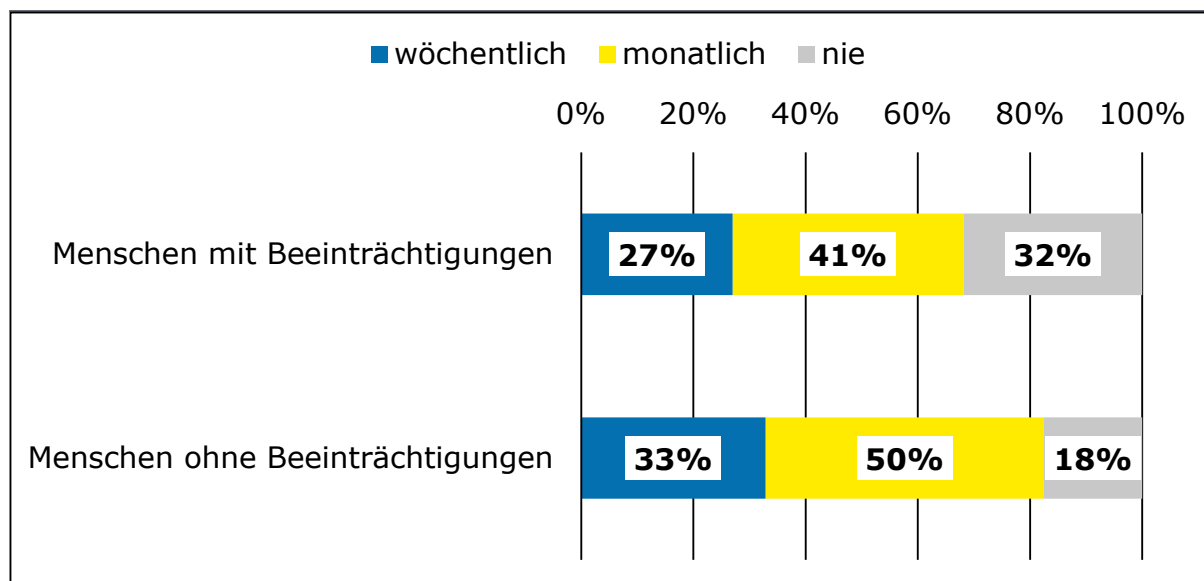
Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

7.3.2 Alkoholkonsum

Von den Erwachsenen mit Beeinträchtigungen nehmen 27 Prozent wöchentlich alkoholhaltige Getränke zu sich. Männer mit Beeinträchtigungen trinken zu einem größeren Anteil (39 %) wöchentlich Alkohol, unter Frauen mit Beeinträchtigungen liegt der Anteil bei 17 Prozent.¹⁸⁵ Demgegenüber gibt jeder dritte Erwachsene ohne Beeinträchtigungen (33 %) an, wöchentlich Alkohol zu konsumieren. Gesundheitliche Risiken infolge regelmäßigen Alkoholkonsums sind bei Menschen mit Beeinträchtigungen demnach geringer ausgeprägt. (Abbildung 83)

¹⁸⁵ Auswertungen der Prognos AG auf Basis des SOEP, ohne Abbildung.

Abbildung 83: Alkoholkonsum
2016



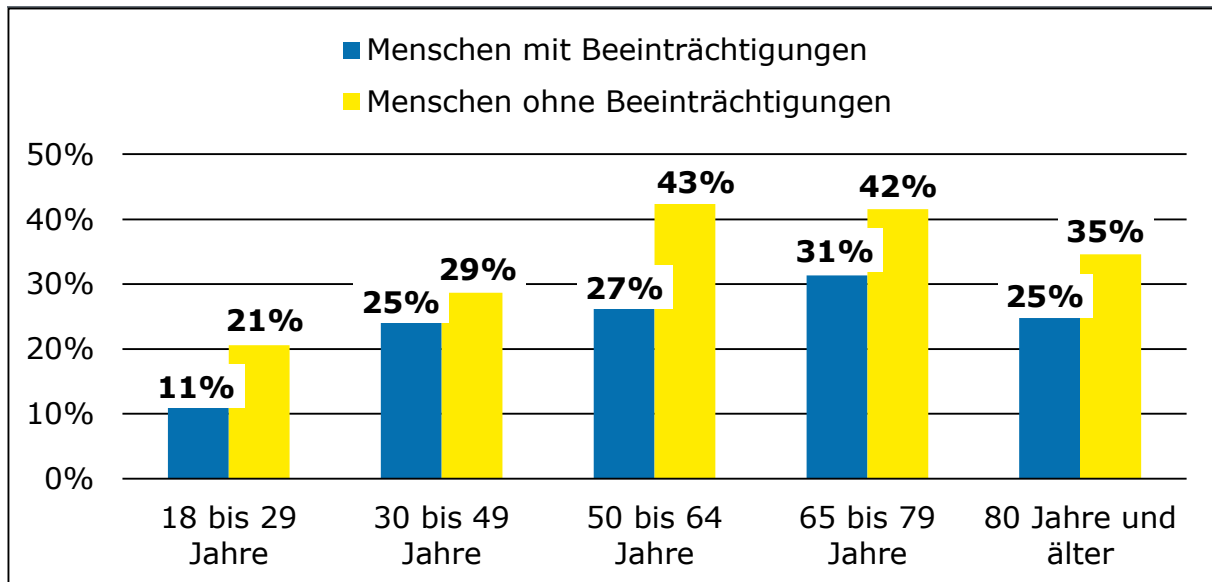
Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

In allen Altersgruppen ist der wöchentliche Alkoholkonsum unter den Menschen mit Beeinträchtigungen weniger verbreitet als bei denjenigen ohne Beeinträchtigungen. Dadurch kann ausgeschlossen werden, dass der geringere Alkoholkonsum von Menschen mit Beeinträchtigungen insgesamt auf eine unterschiedliche Alterszusammensetzung der beiden Gruppen, also eine „ältere“ Altersstruktur der Menschen mit Beeinträchtigungen, zurückführbar ist. Insbesondere gibt es bei den 50- bis 64-jährigen Menschen mit Beeinträchtigungen einen deutlich niedrigeren Anteil an Menschen, die wöchentlich Alkohol konsumieren als bei den gleichaltrigen Menschen ohne Beeinträchtigungen, der Unterschied zwischen den beiden Gruppen beträgt 16 Prozentpunkte. (Abbildung 84)

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Abbildung 84: Wöchentlicher Alkoholkonsum

Menschen, die wöchentlich alkoholhaltige Getränke trinken nach Alter, 2016



Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

7.3.3 Gesundheitsbewusste Ernährung

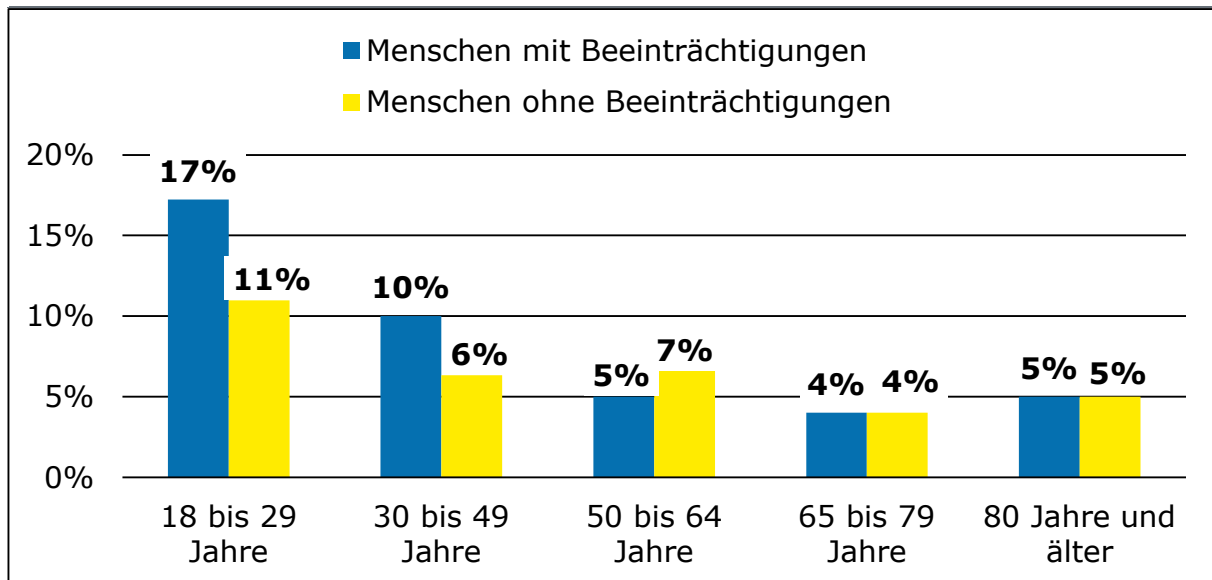
Eine gesundheitsbewusste Ernährung wirkt sich günstig auf die Gesundheit und das gesundheitliche Wohlbefinden aus. Das SOEP beinhaltet hierzu die Frage: „Inwieweit achten Sie auf gesundheitsbewusste Ernährung?“ Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen zeigen sich in erheblichem Ausmaß bei den 18- bis 29-Jährigen. (Abbildung 85)

In diesem Alter achten Menschen mit Beeinträchtigungen (17 %) wesentlich öfter gar nicht auf gesundheitsbewusste Ernährung als Gleichaltrige ohne Beeinträchtigungen (11 %). Bei den 50- bis 64-jährigen Menschen sind die Unterschiede nur noch geringfügig.

Demnach haben insbesondere jüngere Menschen mit Beeinträchtigungen ein geringeres Bewusstsein für eine gesundheitsbewusste Ernährung und steigern dadurch möglicherweise ihr Gesundheitsrisiko.

Abbildung 85: Gar kein Bewusstsein für gesunde Ernährung

Menschen, die gar nicht auf gesundheitsbewusste Ernährung achten nach Alter, 2014



Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Tabelle 102 stellt die Anteile der Menschen ohne Bewusstsein für gesunde Ernährung differenziert nach Alters- und Geschlechtsgruppen dar. Demnach achten besonders häufig 18- bis 29-jährige Männer mit Beeinträchtigungen (35 %) gar nicht auf gesundheitsbewusste Ernährung. Unter Männern ohne Beeinträchtigungen im gleichen Alter sind dies 15 Prozent. Zwischen Frauen mit Beeinträchtigungen beziehungsweise ohne Beeinträchtigungen bestehen in allen Altersgruppen nur geringe Unterschiede. Jungen Männer mit Beeinträchtigungen mangelt es häufiger an Gesundheitsbewusstsein, der Unterschied zu den Menschen ohne Beeinträchtigungen beträgt 20 Prozentpunkte.

Tabelle 102: Gar kein Bewusstsein für gesunde Ernährung nach Alter und Geschlecht

Menschen, die gar nicht auf gesundheitsbewusste Ernährung achten, nach Alter und Geschlecht, 2014

	Menschen mit Beeinträchtigungen		Menschen ohne Beeinträchtigungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
18 bis 29 Jahre	35 %	4 %	15 %	6 %
30 bis 49 Jahre	14 %	6 %	9 %	4 %
50 bis 64 Jahre	8 %	3 %	10 %	4 %
65 bis 79 Jahre	5 %	3 %	4 %	3 %
ab 80 Jahre	7 %	4 %	7 %	3 %
Insgesamt	9 %	4 %	10 %	4 %

Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Zu einem gesundheitsbewussten Verhalten trägt auch eine angemessene sportliche Aktivität bei; dieser Bereich wird im Kapitel 9 thematisiert.

7.4 Prävention und Rehabilitation

Gesundheitliche Versorgung umfasst neben der kurativen Behandlung von Krankheiten auch Ansätze, die darauf abzielen, Krankheiten nach Möglichkeit zu vermeiden, ihre Auswirkungen zu reduzieren beziehungsweise den Gesundheitszustand zu erhalten oder so weit wie möglich wiederherzustellen. Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken, die sogenannte primäre Prävention, sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) werden von den Krankenkassen und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst erbracht. Die Art und Weise der Leistungserbringung in diesem Bereich sowie das Nähere über die gemeinsame nationale Präventionsstrategie werden unter anderem in den §§ 20 bis 20g SGB V dargestellt.

Leistungen der medizinischen Rehabilitation zielen darauf ab, die Arbeitsfähigkeit oder ganz allgemein die körperliche und psychische Funktionsfähigkeit nach einer Krankheit oder einem Unfall wiederherzustellen. Je nach individuellem Entste-

hungszusammenhang einer Krankheit beziehungsweise eines Unfalls sind unterschiedliche Träger für die Leistungen der medizinischen Rehabilitation zuständig. Entsprechend unterscheiden sich die Zielsetzungen, Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, die Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung wiederzuerlangen, Krankheits- und Unfallfolgen zu lindern beziehungsweise einer Verschlechterung vorzubeugen oder Entwicklungspotenziale auszuschöpfen.

7.4.1 Gesundheitsförderung und Prävention

Die unterschiedlichen Interventionsansätze richten sich sowohl an die Verhaltensänderung Einzelner als auch auf die gesundheitsförderliche Einflussnahme auf die Lebensbedingungen. So ist die Gesundheitsförderung und Prävention nach § 20a Absatz 1 SGB V auf verschiedene „Lebenswelten“ zu beziehen, wozu unter „für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“ verstanden werden. Hinzu kommen Präventionsleistungen im Arbeitsleben (die betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V, das betriebliche Eingliederungsmanagement nach § 167 Absatz 2 Satz 1 SGB IX, die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20c SGB V und das Arbeitsschutzgesetz).

Gesundheitsförderung und Prävention setzen an verschiedenen Stellen an: die Verhinderung oder zumindest die Verminderung von Risiken und die Stärkung der individuellen gesundheitlichen Ressourcen und Potenziale können helfen, Erkrankungen zu vermeiden. Zu den Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung gehören z. B. Aufklärung, Beratung und Unterstützung zu Themen wie Ernährung, Bewegung, Sport und Suchtverhalten. Weiterhin sollen durch Sekundärprävention beziehungsweise medizinische Intervention Krankheiten in einem frühen Stadium erkannt und behandelt werden; hierzu gehören insbesondere Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 ff. SGB V). Spezifische Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche leisten einen erheblichen Beitrag zu deren Teilhabechancen.

Im Zusammenhang mit einer Beschreibung der Lebenssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen stellt sich die Frage, wie gut Menschen mit Beeinträchtigungen durch Präventionsmaßnahmen erreicht werden beziehungsweise ob es bei der Inanspruchnahme der verschiedenen Maßnahmen Zugangsbarrieren gibt. Daten, die unmittelbar hierüber Auskunft geben, liegen nicht vor. Hinweise können Befragungen zum Rauch- und Suchtverhalten oder zur gesundheitsbewuss-

ten Ernährung von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen geben. In größeren Bevölkerungsbefragungen wie dem SOEP sind entsprechende Fragestellungen enthalten. Dabei werden jedoch nach wie vor aus methodischen Gründen ausschließlich Menschen mit Beeinträchtigungen in Privathaushalten einbezogen.

Die Inanspruchnahme von Schutzimpfungen ist ein Indikator dafür, ob präventive medizinische Maßnahmen bei Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen gleichermaßen erfolgreich sind. Für die Tetanusimpfung zeigen die Ergebnisse der GEDA-Studie 2014/2015 keine Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen: Der Anteil derjenigen, die in den letzten zehn Jahren eine Tetanusimpfung erhalten haben, beträgt bei Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen gleichermaßen circa 79 Prozent.

In der GEDA-Studie 2014/2015 wird gefragt, wie häufig sich die Personen in den letzten fünf Wintersaisons gegen Grippe haben impfen lassen. Das Ergebnis zeigt, dass sich Menschen mit Beeinträchtigungen deutlich häufiger gegen Grippe impfen als Menschen ohne Beeinträchtigungen. So ließen sich in dem erfragten Zeitraum 28 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen gegen Grippe impfen, von den Menschen ohne Beeinträchtigungen taten dies 11 Prozent.¹⁸⁶ Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut empfiehlt die jährlich Grippeimpfung unter anderem allen Personen ab 60 Jahre und „Personen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens (wie z. B. chronische Krankheiten (...))“ (RKI 2019). Warum nicht mehr Menschen geimpft sind, kann auf Grundlage der Daten nicht beantwortet werden.

Beginnend unmittelbar nach der Geburt sind im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung Früherkennungsuntersuchungen für Kinder zu zehn Untersuchungszeitpunkten vorgesehen (U1 bis U9). Laut der ersten Welle der KiGGS-Studie werden die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder insgesamt sehr gut angenommen: So nahmen an den Untersuchungen im ersten Lebensjahr (U1 bis U6) unabhängig von einer vorliegenden Beeinträchtigung jeweils gut 98 Prozent der Kinder teil. Bei den Untersuchungen vom zweiten bis zum sechsten Lebensjahr (U7 bis U9) wurden gleichfalls Teilnahmeraten zwischen 97 und 98 Prozent erreicht (mit Ausnahme der 2008 eingeführten U7a mit circa 92 %).

Laut der zweiten Welle der KiGGS-Studie (2014-2017) nehmen Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status und Kinder mit Migrationshintergrund etwas seltener an den Früherkennungsuntersuchungen teil. Im Vergleich zu den älteren Ergebnissen der KiGGS-Basiserhebung (2003 – 2006) und der

¹⁸⁶ Auswertungen der Prognos AG auf Basis der GEDA-Studie 2014/2015, ohne Abbildung.

ersten Welle der KiGGS-Studie (2009 – 2012) haben diese Unterschiede nach sozioökonomischem Status und Migrationshintergrund jedoch deutlich abgenommen. (Schmidtke et al. 2018)

7.4.2 Rehabilitation

Rehabilitationsbedürftigkeit im Sinne der Gesetzlichen Krankenversicherung besteht zum einen, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität vorliegen, durch die in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht. Zum anderen liegt eine Rehabilitationsbedürftigkeit vor, wenn Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist (§§ 40; 43 SGB V). Nach § 42 Absatz 1 SGB IX hat die medizinische Rehabilitation zum Ziel, Behinderungen und chronische Krankheiten abzuwenden oder zu beseitigen und insbesondere Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Zu der für diesen Teilhabebericht relevanten Frage, ob Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Menschen mit bereits vorhandenen Beeinträchtigungen in gleicher Weise und in zugänglicher Form zur Verfügung stehen wie für Menschen ohne Beeinträchtigungen, liegen keine Informationen vor.

7.4.3 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind nach § 6 in Verbindung mit § 5 SGB IX die Träger der Gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung sowie der Kriegsopfersversorgung und -fürsorge, die Gesetzlichen Krankenkassen und nachrangig die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sowie der Sozialhilfe zuständig.

Gesetzliche Rentenversicherung

Die Deutsche Rentenversicherung Bund und Knappschaft-Bahn-See beziehungsweise die regionalen Rentenversicherungsträger (zusammen im Folgenden mit DRV abgekürzt) erbringen Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 15 und § 15a SGB VI, wenn die Erwerbsfähigkeit der bei ihnen Versicherten wegen Krankheit oder wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung gefährdet oder gemindert ist und eine Mindestversicherungszeit erreicht wurde.

In Tabelle 103 wird die Anzahl der abgeschlossenen Leistungen der DRV zur medizinischen Rehabilitation im jeweiligen Jahr dargestellt. Im Jahr 2018 wurden insgesamt gut 1 Million Leistungen abgeschlossen, davon waren circa 81 Prozent

stationäre und circa 15 Prozent ambulante Leistungen für Erwachsene sowie circa 3 Prozent Leistungen der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation. Seit 2011 ist die Anzahl der abgeschlossenen Leistungen insgesamt um 7 Prozent gestiegen, wobei insbesondere die ambulanten Leistungen einen kontinuierlichen Zuwachs um insgesamt 28 Prozent verzeichneten.

Tabelle 103: Abgeschlossene Leistungen der DRV zur medizinischen Rehabilitation

Anzahl und Entwicklung in Prozent

Jahr	Insge- samt*	Stationäre Leistungen	Ambulante Leistungen	Reha für Kinder und Jugendli- che
2011	966.323	810.664	122.726	30.919
2012	1.004.617	843.319	127.642	32.103
2013	988.380	827.080	129.073	30.812
2014	1.014.763	840.639	141.147	31.384
2015	1.027.833	845.825	147.783	31.354
2016	1.009.207	828.707	146.240	29.815
2017	1.013.588	825.040	151.866	30.819
2018	1.031.294	832.936	157.496	32.757
Verände- rung 2011 - 2018	+ 7 %	+ 3 %	+ 28 %	+ 6 %

* Ab 2016 grundsätzlich einschl. Mischfälle (stationäre und ambulante Reha in Kombination erbracht) und Zahnersatz; Summe der Leistungen insgesamt übersteigt somit Summe der rechtsstehenden Spalten.

Quelle: DRV, Berechnung und Darstellung Prognos

Die Bruttoaufwendungen der DRV für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beliefen sich im Jahr 2018 auf gut 5 Milliarden Euro, davon entfielen circa 86 Prozent auf medizinische und sonstige Leistungen und circa 14 Prozent auf das Übergangsgeld (Tabelle 104). Seit 2011 sind demnach die Gesamtausgaben der DRV für Leistungen der medizinischen Rehabilitation um 22 Prozent gestiegen.

Tabelle 104: Bruttoaufwendungen der DRV für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Anzahl in Millionen Euro und Entwicklung in Prozent

Jahr	Insgesamt	Medizinische und sonstige Leistungen	Übergangsgeld für medizinische und sonstige Leistungen
2011	4.122,2	3.596,6	525,7
2012	4.362,3	3.741,8	620,5
2013	4.311,9	3.722,2	589,7
2014	4.434,3	3.815,4	618,8
2015	4.544,9	3.909,4	635,5
2016	4.666,0	4.014,1	651,9
2017	4.819,5	4.152,2	667,3
2018	5.038,2	4.339,2	699,0
Veränderung 2011 - 2018	+ 22 %	+ 21 %	+ 33 %

Quelle: DRV, Berechnung und Darstellung Prognos

Gesetzliche Unfallversicherung

Die gesetzliche Unfallversicherung (GUV) hat die Aufgabe, nach Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen und sie oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen (§ 1 Abs. 2 SGB VII).

Im Jahr 2016 wurden circa 228.400 Fälle der medizinischen Rehabilitation abgeschlossen; dies stellt im Vergleich zu 2011 eine Steigerung um 38 Prozent dar (Tabelle 105). Dabei werden zu jedem abgeschlossenen Fall die durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen erfasst, auch wenn sich die Rehabilitation über mehrere Jahre erstreckt. Dies macht ersichtlich, dass die Anzahl der durchschnittlich erbrachten Maßnahmen pro Fall von 2011 bis 2016 um 2 Prozent von 1,41 auf 1,38 abgenommen hat.

Tabelle 105: Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen der GUV

Im Berichtsjahr abgeschlossene Reha-Fälle mit medizinischen Reha-Maßnahmen und deren Verhältnis, Anzahl und Entwicklung in Prozent

Jahr	abgeschlossene Fälle mit medizinischen Maßnahmen	Maßnahmen zur medizinischen Reha	Erbrachte Maßnahmen je Fall
2011	165.258	232.386	1,41
2012	215.471	286.510	1,33
2013	231.505	310.054	1,34
2014	225.328	302.430	1,34
2015	225.286	306.964	1,36
2016	228.412	315.521	1,38
Veränderung 2011 - 2016	+ 38 %	+ 36 %	- 2 %

Quelle: GUV, Berechnung und Darstellung Prognos

Auf stationäre Heilbehandlungen entfällt bei den Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation der größte Anteil (Tabelle 106). Im Jahr 2016 machten diese circa 72 Prozent aller Maßnahmen aus. Weitere circa 15 Prozent entfallen auf ambulante Operationen, je circa 6 Prozent auf die Erstellung des Reha-Plans beziehungsweise die Belastungserprobung sowie circa 1 Prozent auf die häusliche Krankenpflege. Im Vergleich zu 2011 nahmen insbesondere die ambulanten Operationen (82 %) sowie die häusliche Krankenpflege (56 %) stark zu. Insgesamt zeigt sich aber eine Zuwachstendenz in allen Sparten der jeweiligen Maßnahmen.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Tabelle 106: Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen der GUV nach Art der Maßnahme

Im Berichtsjahr abgeschlossene Reha-Fälle mit medizinischen Reha-Maßnahmen und deren Verhältnis, Anzahl und Entwicklung in Prozent

Jahr	Insgesamt	Ambulante Operationen	Stationäre Heilbehandlung*	Häusliche Krankenpflege	Belastungsprüfung	Erstellung Reha-plan**
2011	232.386	26.875	189.978	1.713	13.146	-
2012	286.510	39.453	229.809	1.829	14.815	-
2013	310.054	44.466	242.167	2.777	15.086	5.558
2014	302.430	44.240	230.405	4.128	14.096	9.561
2015	306.964	50.565	224.073	2.742	15.709	13.875
2016	315.521	48.781	228.498	2.668	17.432	18.142
Veränderung 2011 - 2016	+ 36 %	+ 82 %	+ 20 %	+ 56 %	+ 33 %	

* Auf die getrennte Darstellung der teilstationären Aufenthalte für 2011 und 2012 wird verzichtet.

** Wird nur für Fälle statistisch erfasst, bei denen die erstmalige Erstellung des Rehaplans 2013 oder später war. Pro Fall nur eine Maßnahme dokumentiert.

Quelle: GUV, Berechnung und Darstellung Prognos

Im Jahr 2017 verzeichnete die GUV circa 4,4 Milliarden Euro Ausgaben für Leistungen der medizinischen Heilbehandlung, wovon die größten Anteile auf die ambulante Heilbehandlung einschließlich Zahnersatz (35 %) und die stationäre Heilbehandlung und häusliche Krankenpflege (27 %) entfallen (Tabelle 107). Die Gesamtausgaben der GUV sind von 2011 bis 2017 um 22 Prozent angestiegen, wobei insbesondere die Ausgaben für sonstige Leistungen (vor allem Sozialversicherungsbeiträge bei Verletztengeld sowie Reisekosten bei Heilbehandlung und Pflege), auch im Vergleich zum zweiten Teilhabebericht, mit 35 Prozent einen weiteren Zuwachs erhielten.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Tabelle 107: Aufwendungen für Heilbehandlung

Ausgaben der GUV für Leistungen der medizinischen Heilbehandlung, Anzahl in Millionen Euro und Entwicklung in Prozent

Jahr	Insge- samt	Heilbehandlung			Verletztengeld und besondere Unterstützung
		ambulant und Zahn- ersatz	stationär und häusliche Kranken- pflege	sons- tige	
2011	3.610,3	1.274,6	1.046,7	686,8	602,1
2012	3.677,8	1.308,0	1.053,2	714	602,5
2013	3.813,6	1.347,8	1.078,8	747	640,1
2014	3.966,0	1.402,3	1.117,2	787,7	658,8
2015	4.084,2	1.476,6	1.099,9	827,1	680,7
2016	4.278,7	1.533,1	1.149,1	884,7	711,8
2017	4.416,8	1.558,6	1.193,0	928,4	736,9
Verände- rung 2011 - 2017	+ 22 %	+ 22 %	+ 14 %	+ 35 %	+ 22 %

Quelle: GUV, Berechnung und Darstellung Prognos

Gesetzliche Krankenversicherung

Die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur medizinischen Rehabilitation werden gewährt, wenn kein anderer Rehabilitationsträger, insbesondere die DRV oder die GUV, zuständig ist, beispielsweise weil der Versicherte nicht erwerbstätig ist.

Im Jahr 2018 verzeichnete die GKV insgesamt circa 936.500 Leistungsfälle für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen (Tabelle 108). Etwa 17 Prozent entfielen dabei auf ambulante (circa 158.700 Leistungsfälle) und 83 Prozent auf stationäre Leistungen (circa 777.800 Leistungsfälle). Die Anzahl der Leistungsfälle ist von 2014 bis 2018 um 4 Prozent gesunken. Besonders starke Änderungen gab es bei den Leistungsfällen der ambulanten Vorsorge (- 38 %) und denen der ambulanten Anschlussrehabilitation (+ 17 %).

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Tabelle 108: Leistungsfälle von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen der GKV

Anzahl und Entwicklung in Prozent*

Jahr	Gesamt	Ambulante Leistungen			Stationäre Leistungen		
		Vor-sorge	Reha	AR**	Vor-sorge	Reha	AR*
2014	976.032	106.553	29.493	57.014	129.221	125.529	528.222
2015	951.146	87.303	29.058	61.436	122.128	110.634	540.587
2016	937.301	75.047	28.308	63.389	121.709	113.372	535.476
2017	932.260	69.928	24.912	65.657	119.400	112.435	539.928
2018	936.515	66.580	25.654	66.502	121.263	121.459	535.057
Verände- rung 2014 - 2018	- 4 %	- 38 %	- 13 %	+ 17 %	- 6 %	- 3 %	+ 1 %

* Da die KG5-Statistik der GKV ab 2014 eine neue Systematik bekommen hat, gibt es vergleichbare Daten für die GKV erst ab 2014.

** Anschlussrehabilitation

Quelle: KG 5-Statistik - Gesetzliche Krankenversicherung, Berechnung und Darstellung Prognos

Die Ausgaben der GKV für medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen lagen im Jahr 2018 bei circa 3,4 Milliarden Euro (Tabelle 109). Der mit Abstand größte Teil der Ausgaben entfiel dabei auf die stationäre Anschlussrehabilitation mit 1,8 Milliarden Euro. Von 2011 bis 2018 sind die Gesamtausgaben für medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen um 22 Prozent gestiegen, darunter insbesondere für stationäre Vorsorgeleistungen (+ 47 %), sonstige Leistungen (+ 44 %) und stationäre Rehabilitationsleistungen (+ 42 %). Gesunken sind die Kosten für ambulante Vorsorgeleistungen (- 42 %).

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Tabelle 109: Ausgaben der GKV für medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen

Anzahl in Millionen Euro und Entwicklung in Prozent

Jahr	Gesamt	Ambulante Leistungen			Stationäre Leistungen			Sonstiges****
		Vorsorge	Reha	AR*	Vorsorge**	Reha***	AR*	
2011	2.778	57	36	73	294	326	1.677	315
2012	2.847	55	37	73	335	344	1.682	321
2013	2.951	54	38	75	375	378	1.691	339
2014	3.054	52	37	79	390	397	1.730	369
2015	3.137	40	38	84	399	403	1.775	398
2016	3.237	37	39	90	408	420	1.818	425
2017	3.325	34	37	94	417	430	1.852	460
2018	3.399	33	38	97	433	464	1.882	453
Veränderung 2011 – 2018	+ 22 %	- 42 %	+ 4 %	+ 32 %	+ 47 %	+ 42 %	+ 12 %	+ 44 %

* Anschlussrehabilitation

** inklusive Medizinische Versorgung für Mütter und Väter

*** inklusive Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

**** beispielsweise Rehabilitationssport

Quelle: KJ 1-Statistik - Gesetzliche Krankenversicherung, Berechnung und Darstellung Prognos

Sozialhilfe

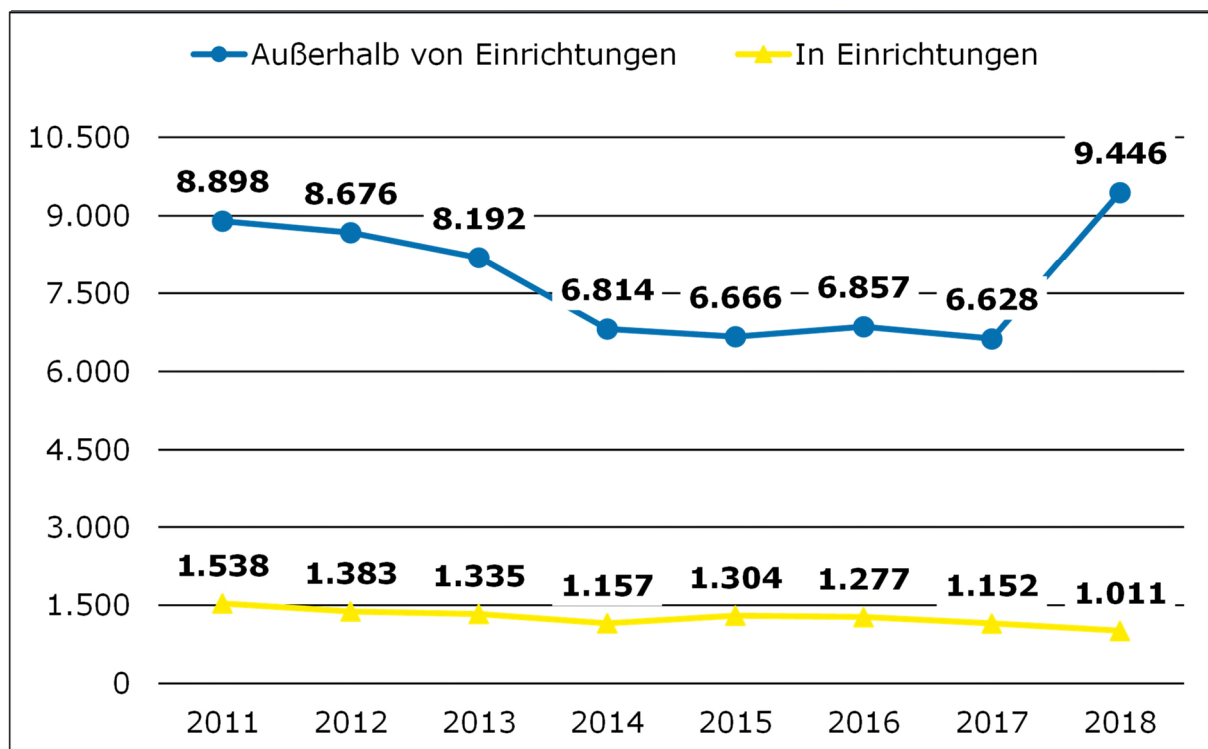
Die Träger der Eingliederungshilfe erbringen im Rahmen des mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) reformierten Eingliederungshilferechts nach Teil 2 SGB IX Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Diese entsprechen jeweils den Rehabilitationsleistungen der GKV und werden nachrangig erbracht. Im Laufe des Jahres 2018 wurden von den seinerzeit zuständigen Sozialhilfeträgern rund 9.450 Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation außerhalb von Einrichtungen und 1.011 Maßnahmen in Einrichtungen erbracht (Abbildung 86). Im Vergleich zu 2011 entspricht das einem Maßnahmenanstieg von 6 Prozent außerhalb von Ein-

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

richtungen und einem Rückgang von 34 Prozent in Einrichtungen. Der starke Anstieg der Anzahl von Empfängerinnen und Empfängern der Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation außerhalb von Einrichtungen, der von 2017 auf 2018 zu beobachten ist, hat seine Ursache möglicherweise in den Verfahrensänderungen des neuen Teil 1 SGB IX. Abschließend kann diese Auffälligkeit im Rahmen dieses Berichts jedoch nicht geklärt werden.

Abbildung 86: Maßnahmen der Sozialhilfe zur medizinischen Rehabilitation

Empfängerinnen und Empfänger von Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach Ort der Leistungserbringung, Anzahl



Quelle: Sozialhilfestatistik, Daten im Jahresverlauf, Berechnung und Darstellung Prognos

Die Ausgaben der Sozialhilfe für Leistungen der medizinischen Rehabilitation betrugen im Jahr 2018 insgesamt 41,8 Millionen Euro, davon entfielen 28,3 Millionen Euro auf Leistungen außerhalb von rund 13,5 Millionen Euro auf Leistungen in Einrichtungen (Tabelle 110). Die Ausgaben für Leistungen in Einrichtungen sind seit 2011 nahezu kontinuierlich gesunken, die Ausgaben für Leistungen außerhalb von Einrichtungen schwankten hingegen von 2011 bis 2018 stark und sind zuletzt, im Vergleich zu 2011, um 15 Prozent gestiegen.

Tabelle 110: Bruttoausgaben der Sozialhilfe für Leistungen der medizinischen Rehabilitation

für Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, Anzahl in Millionen Euro* und Anteil in Prozent

Jahr	Gesamt	Außerhalb von Einrichtungen	In Einrichtungen
2011	41,3	24,7	16,6
2012	38,6	22,2	16,3
2013	34,6	18,9	15,7
2014	35,7	20,1	15,6
2015	34,8	20,1	14,7
2016	37,4	24,2	13,1
2017	36,0	22,4	13,6
2018	41,8	28,3	13,5
Veränderung 2011 - 2018	+ 1 %	+ 15 %	- 19 %

* gerundet

Quelle: Sozialhilfestatistik, Daten im Jahresverlauf, Berechnung und Darstellung Prognos

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

7.5 Entwicklung der Teilhabe im Bereich Gesundheit

Um eine Gesamteinschätzung zu den Entwicklungen der Teilhabe im Bereich der Gesundheit vorzunehmen, werden mit Bezug auf die in diesem Kapitel vorgestellten Ergebnisse drei Fragestellungen beantwortet.

1. Menschen mit Beeinträchtigungen sollen die gleichen Chancen auf ein Höchstmaß an Gesundheit haben. Ihr Gesundheitszustand soll ihnen in gleichem Maße ermöglichen, ihre alltäglichen Anforderungen zu bewältigen, sich selbst zu entfalten sowie sich in körperlicher, geistiger und sozialer Hinsicht wohlfühlen. Welche Auskünfte geben die vorgestellten Daten hierzu?

Die Selbsteinschätzung von Menschen mit Beeinträchtigungen bezüglich ihres Gesundheitszustands gibt ein eindeutiges Bild: Die Mehrheit von ihnen schätzen ihre Gesundheit als eher schlecht oder schlecht ein. Die Häufigkeit dieser Selbsteinschätzung steht in starkem Kontrast zu derjenigen von Menschen ohne Beeinträchtigungen, bei denen die positiven Einschätzungen der eigenen Gesundheit deutlich überwiegen. Die Unterschiede finden sich bei Männern und Frauen gleichermaßen, in allen Altersklassen und auch bei Kindern und Jugendlichen. In allen diesen Teilgruppen wirken sich Beeinträchtigungen entsprechend auf die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustands aus.

Objektive Indikatoren stützen diesen bemerkenswert großen Unterschied zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen. So weisen die Statistiken bei den Menschen mit Beeinträchtigungen einen viel größeren Anteil an Menschen auf, die mit ärztlich attestierter Arbeitsunfähigkeit nicht am Erwerbsleben teilnehmen. Die höhere Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen ist ein Hinweis auf einen schlechteren Gesundheitszustand von Menschen mit Beeinträchtigungen, sie stellt aber auch ein Risiko für die Teilhabe am Arbeitsleben dar.

Schließlich tritt bei Menschen mit Beeinträchtigungen wesentlich häufiger eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit auf als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen. Auch hier sind die Unterschiede ausgesprochen groß. Das betrifft die Häufigkeit von moderaten bis mittelschweren Depressionen bei erwachsenen Menschen ebenso wie die Häufigkeit, mit der Kinder und Jugendliche laut Selbstauskunft beziehungsweise laut Auskunft ihrer Eltern von emotionalen Problemen betroffen sind. Aufgrund der großen Bedeutung von guter Gesundheit für die Lebensqualität, die Selbstentfaltung und die soziale Teilhabe weisen die wenigen, aber dafür umso aussagekräftigeren Daten darauf hin, dass sich ihr Gesundheitszustand in hohem Maße benachteiligend auf die Lebenssituation und die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen auswirkt. (Abschnitt 7.1)

Eine Folge des schlechteren Gesundheitszustands von Menschen mit Beeinträchtigungen ist, dass häufigere Arztbesuche einen größeren Teil ihrer verfügbaren Zeit beanspruchen. Je nach Erreichbarkeit barrierefreier Praxen können zugleich Arztbesuche eine Herausforderung bei der Alltagsbewältigung bedeuten und die gleichberechtigte Wahl des eigenen Wohnorts im Sinne von Artikel 19a UN-BRK erschweren. (Abschnitt 7.2)

2. Die Angebote der gesundheitlichen Versorgung sollen für Menschen mit Beeinträchtigungen möglichst niedrigschwellig zugänglich sein und ihren besonderen, durch Beeinträchtigungen bedingten Anforderungen gerecht werden. Wie kann die Gesundheitsversorgung in dieser Hinsicht eingeschätzt werden?

Sieben KVen haben nach einem bundeseinheitlichen Kodier-System Merkmale der Barrierefreiheit von Arztpraxen an das Bundesarztregister gemeldet. Die Auswertung dieser Daten zeigt – bei allen Einschränkungen der Datenqualität –, dass die weitaus meisten Arztpraxen für mobilitätsbeeinträchtigte Menschen nicht uneingeschränkt barrierefrei zugänglich sind. Kommen weitere Anforderungen aufgrund von Beeinträchtigungen wie höhenverstellbare Untersuchungsmöbel oder barrierefreie Sanitäranlagen hinzu, verringert sich der Anteil der Arztpraxen weiter, die diese erfüllen.

In Brandenburg und Sachsen ist der Anteil der für mobilitätsbeeinträchtigte Menschen uneingeschränkt barrierefrei zugänglichen Arztpraxen besonders hoch, am geringsten ist er in Rheinland-Pfalz und Hamburg. Auch in den Fachrichtungen zeigen sich große Unterschiede. Vergleichsweise hoch sind die Anteile entsprechend barrierefrei zugänglicher Arztpraxen in den Fachrichtungen fachärztlich tätige Allgemeinmedizin/Fachinnere Medizin und Urologie, am niedrigsten sind sie in der psychologischen (Kinder- und Jugend-)Psychotherapie, der Psychiatrie/Neurologie und der Augenheilkunde. (Abschnitt 7.2.2)

3. Besondere Aufmerksamkeit ist Personen mit mehrfachen Benachteiligungen im Sinne von sich überschneidenden Diskriminierungsformen (Intersektionalität) zu widmen. Welche Personengruppen lassen sich bezogen auf ihre gesundheitliche Situation als besonders betroffen identifizieren?

Die dargestellten Statistiken zeigen, dass sich Frauen mit Beeinträchtigungen hinsichtlich ihres Gesundheitszustands in einer besonders benachteiligten Situation befinden. Diese ist in den meisten der dargestellten Daten erkennbar. So schätzen Frauen mit Beeinträchtigungen besonders häufig ihren Gesundheitszustand als eher schlecht oder schlecht ein. Der Unterschied zu Männern, der sich

auch bei Frauen ohne Beeinträchtigungen zeigt, ist bei ihnen noch stärker ausgeprägt. Sie sind darüber hinaus auch von längeren krankheitsbedingten Fehlzeiten bei der Arbeit betroffen und erkranken deutlich häufiger an Depressionen.

Zwei weitere Teilgruppen sind hervorzuheben. Eine davon sind Jugendliche mit Beeinträchtigungen im Alter von 11 Jahren bis 18 Jahren. Unter ihnen ist der Anteil derjenigen, die ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht einschätzen im Vergleich zur selben Altersgruppe ohne Beeinträchtigungen besonders groß. Das gleiche gilt für etwas jüngere Erwachsene mit Beeinträchtigungen im Alter von 18 bis 49 Jahren. Auch hier zeigt sich ein besonders großer Unterschied zur gleichen Altersgruppe ohne Beeinträchtigungen beim Anteil derjenigen, die ihren Gesundheitszustand als eher schlecht oder schlecht einschätzen. Bei jüngeren Erwachsenen mit Beeinträchtigungen ist der entsprechende Anteil nicht nur viel höher, der Unterschied hat sich in den letzten Jahren auch noch weiter vergrößert.

Bei Männern mit Beeinträchtigungen stellt das Gesundheitsverhalten einen zusätzlichen Risikofaktor dar. Unter ihnen sind besonders viele Raucher und ein größerer Anteil von ihnen achtet nicht auf eine gesunde Ernährung. Das gilt in besonderem Maße für jüngere Männer mit Beeinträchtigungen und kann in Zusammenhang gesehen werden zu sozialen Benachteiligungen (Abschnitt 7.3) und zu Gesundheitskompetenz (Abschnitt 8.2.4).

7.6 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Gesundheit

Der Kommentar durch den unabhängigen wissenschaftlichen Beirat des dritten Teilhabeberichts ist im Vertiefungsthema 8 (insbesondere 8.2) enthalten.

8 Vertiefungsthema und Kommentar des wissenschaftlichen Beirats: Gesundheit – Teilhabechancen – Diskriminierungsrisiken

Nietzsche soll gesagt haben:

„GESUNDHEIT IST DASJENIGE MAß AN KRANKHEIT,
DAS ES MIR NOCH ERLAUBT,
MEINEN WESENTLICHEN BESCHÄFTIGUNGEN NACHZUGEHEN“.

Gesundheitliche Beeinträchtigungen oder chronische Krankheiten, die das tägliche Leben einschränken, stellen gleichzeitig Beeinträchtigungen der Teilhabechancen dar. Während in den vorangegangenen Kapiteln dieses dritten Teilhaberberichtes vor allem Beeinträchtigungen und Teilhabechancen im Zentrum standen, geht es in diesem Kapitel um eine tiefergehende Auseinandersetzung mit Gesundheit und anlagebedingten und erworbenen längerdauernden Beeinträchtigungen sowie Einschränkungen der Teilhabe beziehungsweise Behinderung. Die Bedeutung dieser Sichtweisen ist vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie und auch der Maßnahmen zur Eindämmung der Virusausbreitung vielfach greifbar geworden. Teilhabechancen gehen nicht nur mit mehr Gesundheit einher, sondern können auch durch den Gesundheitsschutz begrenzt werden. Während viele Menschen dies verstehen und unterstützen, fühlen sich auch einige zusätzlich ausgeschlossen und diskriminiert. Hintergründe stehen in größeren Zusammenhängen: Es geht um Vorstellungen von Gesundheit, Einstellungen zu Beeinträchtigungen und Behinderung und auch um fachliche Silos, die Strukturen bilden und auch Entwicklungen bestimmen. Dies soll in diesem Vertiefungsthema genauer beachtet und analysiert werden. So kann sich eine Basis bieten für sich weiter entwickelnde Fachlichkeit, politische Entscheidungen und die immer auf neue zu stellende Frage der Menschlichkeit im Zusammenhang von Gesundheit, Teilhabechancen und Diskriminierungsrisiken. Auch wenn dieses Kapitel – das der wissenschaftliche Beirat verantwortet – nur mit den Mitteln einer wissenschaftlichen Betrachtungsweise Impulse setzen, weitere Schritte vordenken und Hinweise geben kann zur laufenden Bemühung um eine inklusive Gesellschaft.

Mit dem Dreiklang *Gesundheit – Teilhabechancen – Diskriminierungsrisiken* wird ein vertiefender Blick auf Gesundheitsfragen geworfen. Er zeigt, dass es nicht genügen kann, sich über die Abwesenheit von Krankheit zu äußern, sondern dass es vor allem auch darum geht, ein Gespür zu haben oder zu entwickeln, für die Verflochtenheit von individueller Lebensführung, gesellschaftlichen Erwartungen

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

und in der Umgebung liegenden Chancen und Hindernissen, um Wohlbefinden oder Lebenszufriedenheit als Ziel anzustreben. Dies im Zusammenhang mit Beeinträchtigungen und Behinderung zu denken und aufzudecken, ist die Aufgabe, die sich aktuell stellt und bislang wenig bearbeitet wurde. Denn Krankheit und Behinderung gleichzusetzen, wie dies lange Zeit gang und gäbe war, greift zu kurz. Es trifft nicht die Kernfrage gerechter Chancen auf ein gutes Leben. Befasst man sich näher mit dem Gesundheitsthema, werden hier Potenziale und Aufgaben deutlich, um zu erreichen, was nach Artikel 25 UN-BRK jedem Menschen zuerkannt und garantiert wird: das Recht auf den Genuss des erreichbaren Höchstmaßes an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung.

8.1 Wegweisung zur Gesundheit: Gesundheit als Gemeingut

Noch immer gibt es keine einheitliche beziehungsweise in allen Forschungsgebieten übereinstimmende wissenschaftliche Definition von Gesundheit und Wohlbefinden. Das mag den vielfältigen Sichtweisen und Erwartungen der verschiedenen Fächer geschuldet sein, die sich mit den einschlägigen Forschungs- und Handlungsgebieten befassen. Oder es mag auch am prozesshaften Charakter des Gegenstands Gesundheit selbst liegen. Eine so eingebaute laufende Notwendigkeit zur Entwicklung und Aufforderung, den Gegenstand Gesundheit auszuhandeln, lässt sich aber nutzen und zugleich nicht beseitigen.

Derzeit verständigt man sich weitgehend darauf, das Gesundheitsfeld als vielschichtig und verschieden zu betrachten. Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit medizinisch definierter Krankheit (Abschnitt 8.1.1). Stattdessen richtet sich der Blick auf mögliche Lebensqualität, förderliche Lebenssituationen und selbstbestimmte beziehungsweise selbstständige Lebensführung. Auch von Wohlergehen und Wohlbefinden ist die Rede. In der Regel werden damit subjektive und objektive Umstände verbunden, die folgende vier Bestandteilen enthalten (Mayring 1991):

- frei sein von subjektiven Belastungen, Krankheitssymptomen und negativen Gefühlen,
- sich freuen im Alltag, also froh sein können, Spaß haben, sich in bestimmten Augenblicken richtig gut fühlen,
- mit den verschiedenen Seiten des Lebens insgesamt zufrieden sein, eine ausgewogene Gesamtrechnung machen, und
- Glück empfinden über Augenblicke, ein insgesamt gutes Lebensgefühl haben.

Da Gesundheit immer in Zusammenhängen steht, genügen diese Definitionen allein nicht, sondern es müssen Bezüge hergestellt werden mit unterschiedlichen

Fragestellungen. Gesundheit wird zu einer Querschnittsaufgabe („Health in all policies“¹⁸⁷), die nicht nur das Verhalten von Personen einbezieht, sondern vor allem gesundheitsförderliche Verhältnisse schaffen soll. Dies schließt Prävention ein. Die notwendige dauerhafte Aufmerksamkeit für Chancen auf ein gesundes Leben umfasst die gesamte Lebensspanne, die direkte Lebenssituation, vom Nahraum (kommunal) über die Organisationen zur Gesundheitsversorgung im Land (national) bis zur Weltsicht (global).

8.1.1 Für bessere Gesundheit weltweit

In der Präambel ihrer Verfassung definierte die Weltgesundheitsorganisation einst Gesundheit ehrgeizig (WHO 1946). Damit wollte sie hohe Ziele setzen und zugleich weltweit aufrufen zur Verbesserung von Lebensumständen.

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ (WHO 1998: 2)

Das gesteckte Ziel, Gesundheit als einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens zu erreichen, wird vielfach als unrealistisches Ideal oder Traum kritisiert. Betrachtet man Gesundheit allerdings nicht als einen gewünschten Zustand, sondern als Prozess, wird diese Zielsetzung nachvollziehbar und für sich selbst und andere Menschen förderbar.

Die Wissenschaft versucht auf vielfache Weise, Gesundheit objektiv zu messen (durch gesetzte Maßeinheiten, Funktionsmaßstäbe oder Tests) oder subjektiv zu erkunden (beispielsweise durch die Einschätzung von Personen). Als nützlich erweist sich dabei, nach Wohlbefinden (well-being) zu fragen, einer Mischung aus wahrgenommener und geäußelter Zufriedenheit. Nach Diener et al. (1999) lässt sich subjective well-being mit den Bausteinen gesundheitsbezogener Lebensqualität, Zufriedenheit mit Lebensbereichen, genereller Lebenszufriedenheit sowie Angaben zu unangenehmen und angenehmen körperlichen und psychischen Empfindungen beschreiben. Physische, psychische, emotionale und soziale Dimensionen werden so verbunden, um Health-Related Quality of Life zu charakterisieren.

Gesundheit zeigt sich also als ein komplexer Prozess mit Verflechtungen und Wechselwirkungen (Hornberg 2016), der auch bestehende Anforderungen und persönliche Vorlieben beziehungsweise Möglichkeiten einbezieht (Lippke et al. 2020a). Weitere Grundbedingungen für Gesundheit sind Chancen, ein Leben in Freiheit und nach den menschenrechtlichen Übereinkommen (Konventionen) führen zu können. Diese Lebensumstände sind für alle Gesellschaftsmitglieder auf den Prüfstand zu stellen, auch aus der Sicht der WHO. Denn Wohlbefinden für

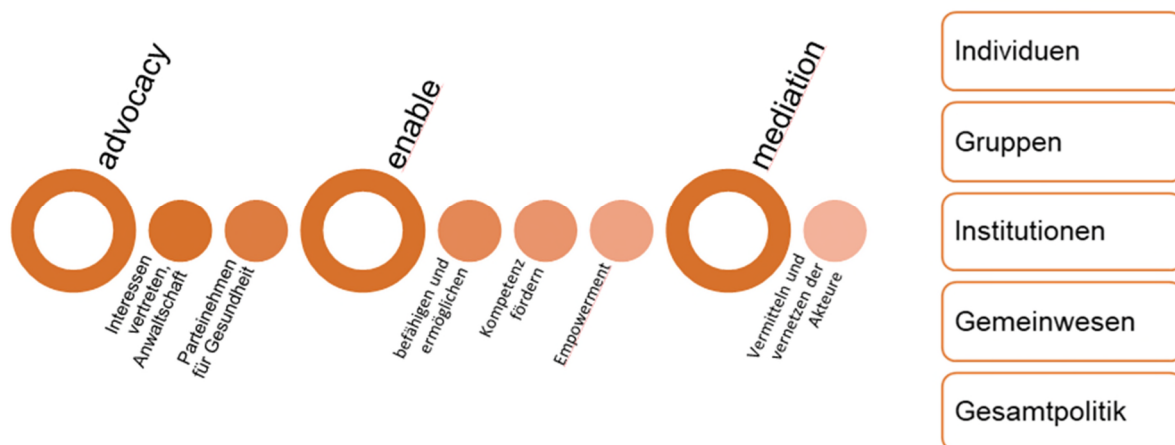
¹⁸⁷ Hier werden Parallelen zur Inklusion sichtbar, die ebenfalls als übergreifende und alle Planungen und Handlungen durchdringende Zielsetzung gesehen wird („inclusion in all policies“).

alle zu erreichen ist eine gesellschaftliche Aufgabe für alle (Gesundheit als Gemeingut) und bleibt nicht nur der Selbstsorge Einzelner überlassen.

8.1.2 Gesundheitsförderung im Alltag aller

Dieser Gesundheitsansatz hat sich in den vergangenen Jahrzehnten aus dem Schatten von reinem Krankheits- und Therapiedenken gelöst und emanzipiert sich weiter. Die Weltgesundheitsorganisation dringt darauf, bezogen auf Gesundheit, Chancengleichheit und Gerechtigkeit herzustellen (WHO 1986; 1997). Alle Menschen sollen einen Gesundheitszustand erlangen, der ihnen ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben erlaubt. Dazu benötigen sie den Zugang zu medizinischer Versorgung, die Garantie angemessener Hygienebedingungen, gesunder Ernährung und Trinkwasserversorgung, aber auch den Schutz vor ansteckenden Krankheiten. Zur Umsetzung sind die nationalen Gesundheitspolitiken und Gesundheitssysteme aufgerufen. Die Ottawa-Charta sieht drei Strategien und fünf Handlungsfelder vor (siehe Abbildung 87). Es sollen in allen gesellschaftlichen Handlungsfeldern Interessen vertreten werden zugunsten der Gesundheit (advocacy), Kompetenzen für ein gesundes Leben wachsen (enable) und relevante Akteure vernetzt werden (mediation).

Abbildung 87: Strategien und Handlungsfelder der Ottawa-Charta



Quelle: Eigene Darstellung nach Ottawa-Charta (WHO 1986)

Mit dem zur Jahrtausendwende gesteckten Ziel der WHO *Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000* (WHO 1981) sind Richtung und zeitlicher Rahmen vorgegeben. In

die Umsetzung dieses Ziels werden alle Menschen – mit und ohne Beeinträchtigungen – einbezogen. Dies erweitert den in der WHO zu Anfang erklärten Willen, Gesundheit weltweit zu denken, um die umfassende Aufgabe, die Teilhabe aller an der Gesundheit zum Programm zu erheben. Gesundheit soll nun auch durch mehr Selbstbestimmung gefördert werden (empowerment), denn

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selbst Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“ (WHO 1986: 5).

Es geht um Anliegen einzelner und ebenso um die Achtsamkeit für verschiedene Bevölkerungsgruppen, deren Bedürfnisse befriedigt, deren Wünsche und Hoffnungen wahrgenommen werden sollen. Gesundheit wird zum anerkannten wesentlichen Bestandteil des alltäglichen Lebens. Einbezogen sind körperliche Beschaffenheit und vorhandene Fähigkeiten, aber auch eine Umwelt, die sich meistern lässt, mit Hilfe individueller, sozialer und materieller Ressourcen (Schwarzer et al. 2011). Dieser ganzheitliche Zugang nimmt auch alle Politikbereiche in die Pflicht, nicht nur jeweils spezifische Gesundheitsdienste oder -ressorts.

8.1.3 Gesundheit für alle Menschen jeden Alters

Das Gesundheitsziel bezieht also Umgebungsfaktoren ein sowie alles, was eine gesunde Lebensführung ermöglicht. Das sind beispielsweise Bildung, Einkommen, Ernährung, Natur, Umwelt, soziale Einbindung, Chancengleichheit und Gerechtigkeit. Diese Bestandteile lassen sich zum Beispiel in Wohn- oder Arbeitsbedingungen abbilden und sind ein Qualitätsmerkmal, das jeweils eingebettet ist in kulturelle Kontexte und in den Alltagsbezug.

Die WHO bietet im Jahr 1993 hierzu eine entsprechende Definition für Lebensqualität (The WHOQoL Group 1994).

„Quality of life is defined as an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state,

level of independence, social relationships, and their relationship to salient features of their environment.”¹⁸⁸

Diese generelle Lebensqualität ist keine leicht messbare Größe, denn sie besteht aus einem Geflecht miteinander verbundener unterschiedlicher Aspekte menschlicher Existenz, die in Wechselwirkungen stehen (Radoschewski 2000). Zentrale Bestandteile sind neben der körperlichen Verfassung und dem psychischen Befinden auch Chancen auf Unabhängigkeit, gelebte soziale Beziehungen und relevante Umgebungs- und Umweltaspekte (Lippke et al. 2020a). Zugleich spielen medizinische Bedingungen und die körperliche und psychische Verfassung eine Rolle, ebenso wie die aus Sicht der jeweiligen Personen erlebte soziale und kulturelle Einbettung. Auf einer Makroebene geht es um die gesellschaftliche Wohlfahrt, die in Institutionen und Organisationen verankert ist und sich entfaltet. Beispielsweise wenn politische Entscheidungen getragen sein sollen von einer Haltung zu „Wachstum, Wohlstand, Lebensqualität – Wege zu nachhaltigem Wirtschaften und gesellschaftlichem Fortschritt in der Sozialen Marktwirtschaft“ (Deutscher Bundestag 2013).

So schwierig oder einfach lässt sich beschreiben, was Gesundheit ermöglicht oder einschränkt. Welche förderlichen und hinderlichen Bedingungen dabei eine Rolle spielen, wird in den folgenden Abschnitten an Beispielen analysiert. Dabei steht auch die Bedeutung der Gemeinschaft mit anderen für Gesundheit auf den Prüfstand, ausgeformt etwa an Fragen von Anerkennung und sozialer Unterstützung, aber auch der Diskriminierungsfreiheit (Lippke et al. 2020a).

Dieser ganzheitliche Zugang zu dem Konstrukt Gesundheit leitet in den Sozialwissenschaften und in den vergangenen Jahrzehnten auch in medizinisch ausgerichteter Forschung mehr und mehr die Erkenntnisse (Bullinger 1996). In gewünschte Gesundheitslandschaften sind strukturelle Aspekte und Potenziale eingebettet, nach der Formel: Je mehr eine Person oder Personengruppe Einfluss auf ihr Leben hat, umso mehr dient dies ihrer Gesundheit (Wacker 2013). Auch in gesamtgesellschaftlichem Bezug kann die Zufriedenheit mit sich entwickelnden Lebensbedingungen der Bevölkerung insgesamt und von Bevölkerungsgruppen erfragt werden. So lassen sich Entwicklungserfordernisse aufdecken und beobachten. Alle Menschen, unabhängig davon, ob (schon) Beeinträchtigungen und Behinderungen vorliegen oder (noch) nicht, sollen Möglichkeiten zur Erhaltung oder Wiederherstellung ihrer Gesundheit erhalten (Schwarzer et al. 2011). Also sind ihre Erfahrungen und ihre Wünsche und Wahlmöglichkeiten notwendigerweise ebenso Teil der entsprechenden Erfassungen und Bewertungen.

¹⁸⁸ Lebensqualität ergibt sich daraus, wie Einzelne ihre Position im Leben erfahren, verbunden mit den Kultur- und Wertesystemen, in denen sie leben, und in Bezug auf eigene Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen. Dies ist ein umfassendes Konzept, das in komplexer Weise die körperliche Gesundheit, den psychischen Zustand, die Unabhängigkeitsgrade, soziale Einbindung und Beziehung zu relevanter Umwelt berücksichtigt.

8.1.4 Gute Gesundheit und Wohlergehen

Gesundheit und Wohlergehen sind weltweit Zukunftsziele. Dies haben im Jahr 2016 die Vereinten Nationen mit den vereinbarten 17 Zielen für nachhaltige Entwicklung (*Sustainable Development Goals: SDGs*) bekräftigt. Mit einer Laufzeit von 15 Jahren (das heißt bis zum Jahr 2030) ist für alle beteiligten Staaten unter der Überschrift *Gesundheit und Wohlergehen (Good health and well-being)* beschlossen und als politischer Wille erklärt, „ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters (zu) gewährleisten und ihr Wohlergehen (zu) fördern“ (Bundesregierung 2018).

Bedingung dafür ist eine gute Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger, die auch den Schutz vor Infektionsrisiken, den Zugang zu Prävention (Krankheitsvermeidung, Krankheitsfolgenverhinderung, Rehabilitation) sowie den Schutz vor lebensbedrohlichen, nicht ansteckenden Krankheiten wie Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes Mellitus oder Demenz umfasst. Dazu tragen Maßnahmen wie eine allgemeine Krankenversicherung, ärztliche und therapeutische Versorgung sowie Einrichtungen (etwa besondere Wohnformen oder Pflegeeinrichtungen) bei (Bundesregierung 2018).

Bei der begleitenden Dauerbeobachtung der Gesundheitslage (Monitoring) durch die WHO werden Fragen gestellt und Wechselwirkungen bewertet, wie beispielsweise:

- Steht Gesundheit in direkter Verbindung zur Ernährung (z. B. Hunger: SDG 2 oder keinen Zugang zu sauberem Wasser SDG 6)?
- Wird Gesundheitsversorgung verbunden mit dem Einsatz für Prävention und gegen Drogenmissbrauch, übermäßigen Alkohol- oder Nikotinkonsum, Missbrauch von Medikamenten; Zugang zu Impfstoffen, Management von Gesundheitsrisiken bis zu Erkrankungen und Umweltbelastungen?
- Gibt es im Versorgungssystem Vorkehrungen für besondere Bedarfe, etwa bezogen auf Menschen mit Beeinträchtigungen oder andere verletzbare Bevölkerungsgruppen, wie beispielsweise die alternde oder gesundheitlich beeinträchtigte Bevölkerung?
- Gibt es Lücken in der flächendeckenden angemessenen Versorgung? Fehlen etwa medizinisch-therapeutisch-diagnostische, pflegerische, psychosoziale Angebote oder fall- beziehungsweise feldspezifische Hilfen?
- Welche Ziele werden dauerhaft verfolgt?
- Steigt die Gesundheit von Menschen mit Beeinträchtigungen und ihr Wohlergehen?
- Sinkt oder steigt die vorzeitige Sterblichkeit besonders verletzlicher Gruppen (gegebenenfalls unterschieden nach Merkmalen)?

- Sinkt die Raucherquote, z. B. bei Jugendlichen, Erwachsenen und anderen spezifischen Personengruppen?
- Sinkt die Über- beziehungsweise Untergewichtigkeit, z. B. bei Jugendlichen, Erwachsenen, bei Personengruppen mit besonderen Gesundheitsrisiken wie Bewegungsmangel, Stress/Mangel an Ruhe und anderen?

Die Ausrichtung an den Menschenrechten prägt die gesamte Übereinkunft und passt damit zu den Ausrichtungen der Teilhabepolitik insgesamt. Die WHO spricht mit ihrem Programm auch nicht mehr allein Länder des Globalen Südens an, sondern sieht alle Staaten innen- und außenpolitisch in der Pflicht. Dabei wird der Präventionsgedanke als Kernelement von Gesundheitspolitik hervorgehoben, der nun in Deutschland mit dem Präventionsgesetz auch ausdrücklich Eingang in die Lebenswelten aller Bürgerinnen und Bürger finden soll (Bundesregierung 2015).

8.1.5 Gesundheit und Beeinträchtigung

Wie lassen sich diese aktuellen Anliegen der Gesundheit für alle und die Anforderungen der Gesundheitssorge für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung zusammenbringen? Das Gesundheitssystem achtet seit längerem auf diese Bevölkerungsgruppe. Diese Achtsamkeit teilt aber zunächst Menschen auf und in Gruppen ein. Sie gelten dann als nichtbehindert und behindert, ihr Verhalten oder ihre Erscheinung als „normal“ oder „abweichend“ (Köbsell 2015). Gerade im Bereich der Gesundheit finden sich – je nach maßgebenden Erwartungen an Leistung oder Erscheinungsbild – diese Zuordnungen, deren Grenzen im Prinzip verschiebbar sind. So können beispielsweise Abweichungen von einer Norm gleichzeitig alters-, kultur- und/oder geschlechterspezifisch sein. Gilt jemand zum Beispiel im medizinischen System als psychisch krank, ist diese Person besonders. Entsprechendes gilt für Menschen, die sozialrechtlich als beeinträchtigt und behindert eingestuft sind.

Ob Personen, die als körperlich, geistig und psychisch beeinträchtigt erfasst sind, als Einzelschicksal behandelt werden oder als Person oder Personengruppen, deren Gesundheitschancen besondere Beachtung verdienen (Awareness) oder gerade nicht (um Diskriminierung zu vermeiden), ist eine Richtungsentscheidung (Lippke et al. 2020b); beispielsweise, ob die als „behindert“ Bezeichneten (also so Zugeordneten, Kategorisierten oder Klassifizierten) dann zur sozialen Last oder Aufgabe werden. Scheinbar neutral lässt sich dazu ihre sensorische, motorische, kognitive, emotionale, internistische, chirurgische und auch wirtschaftliche und soziale Möglichkeit und Einschränkung darstellen. Gleichzeitig leben aber Menschen mit Ängsten, Niedergeschlagenheit, Abhängigkeiten ebenso wie mit Schmerzen und funktionalen Erscheinungsformen. Auch dies lässt sich ebenso wie behindernde gesellschaftliche Barrieren und (flexibel) normalistische Vorstellungen (Wacker 2018: 719ff. und 727-733; Waldschmidt 1998) beobachten. Die

dabei genutzten Erwartungshorizonte spiegeln ein jeweilig bestehendes gesellschaftliches Gefüge.

Gesundheitserwartungen setzen also Maßstäbe: Gewünscht sind präventive, kurative und rehabilitative Erfolge, die zu verbesserter Gesundheit und Wohlergehen oder auch Leistungsfähigkeit beziehungsweise Minimierung von Belastung für sich und andere führen. Verhältnisse (Lebenslagen) und gesundheitskompetentes Verhalten von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, wie auch Einflüsse aus ihrer sozialen und physischen Umgebung, greifen dazu ineinander (Schwarzer et al. 2011).

8.1.6 Von der Ursachen- zur Wirkungsorientierung

Gesundheitsanliegen und das Bewusstsein der sozialen Konstruktion von Behinderung weisen den Weg in die angemessene Gesundheitsversorgung und -förderung. Damit verbunden sind der erforderliche Schutz und die Wahrung von Menschenrechten. Das heißt Chancengerechtigkeit und Menschenwürde sind in der Lebenssituation der Menschen mit Beeinträchtigungen ebenso zu gewährleisten wie die Rechte auf Selbstbestimmung, Gleichbehandlung und Teilhabe. Das seit langem andauernde Ringen um passende, allgemeine Maßstäbe für Gesundheit wird intensiver und gemeinschaftlicher; allgemeine Lebensqualität (Quality of Life) beziehungsweise gesundheitsbezogene Lebensqualität (Health related Quality of Life) gewinnen an Bedeutung (Glatzer / Zapf 1984).

Behinderung bedeutet nicht nur ein individuelles Schicksal aufgrund einer Abweichung beziehungsweise Einschränkung, denn es lassen sich Zusammenhänge von Behinderung und Erschwernissen, Barrieren und Einschränkungen aufzeigen. Wird Beeinträchtigung beziehungsweise die Nichterfüllung von (körperlichen, sensorischen, psychischen, kognitiven) Normalitätserwartungen – wie in der UN-BKR – erst im Zusammenspiel mit Barrieren als Behinderung angesehen, bieten sich Chancen, mit diesem Verständnis von Zusammenhängen nach Abhilfen zu suchen und sie zu finden (Weisser 2005). Leistungsgestaltungen behandeln demnach nicht mehr nur Gesundheitsmängel und Abweichungen (Differenzen), sondern beseitigen oder mindern benachteiligende Lebensumstände. Ob erfasste Differenzen mit Privilegien (Vorteilen zum Nachteilsausgleich) oder mit Diskriminierung (Benachteiligung durch Randstellung) verbunden werden, ist nämlich jeweils eine Frage der Gesamtausrichtung von Gesundheitssorge und Sozialversicherungssystemen (Lippke et al. 2020b). Auf diese kommt es an.

Mit dem Ziel der Lebensqualität sind Ziele für die Zukunft gesetzt, die mit bestehenden Gesellschaftsformen, -erwartungen sowie kulturellen Werten unterlegt werden. Die Zeit ist reif, die nun erforderlichen Anstrengungen zu planen und zu prüfen beziehungsweise sicherzustellen, dass Leistungen für Teilhabechancen

wirken und Diskriminierung von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung überwunden werden.

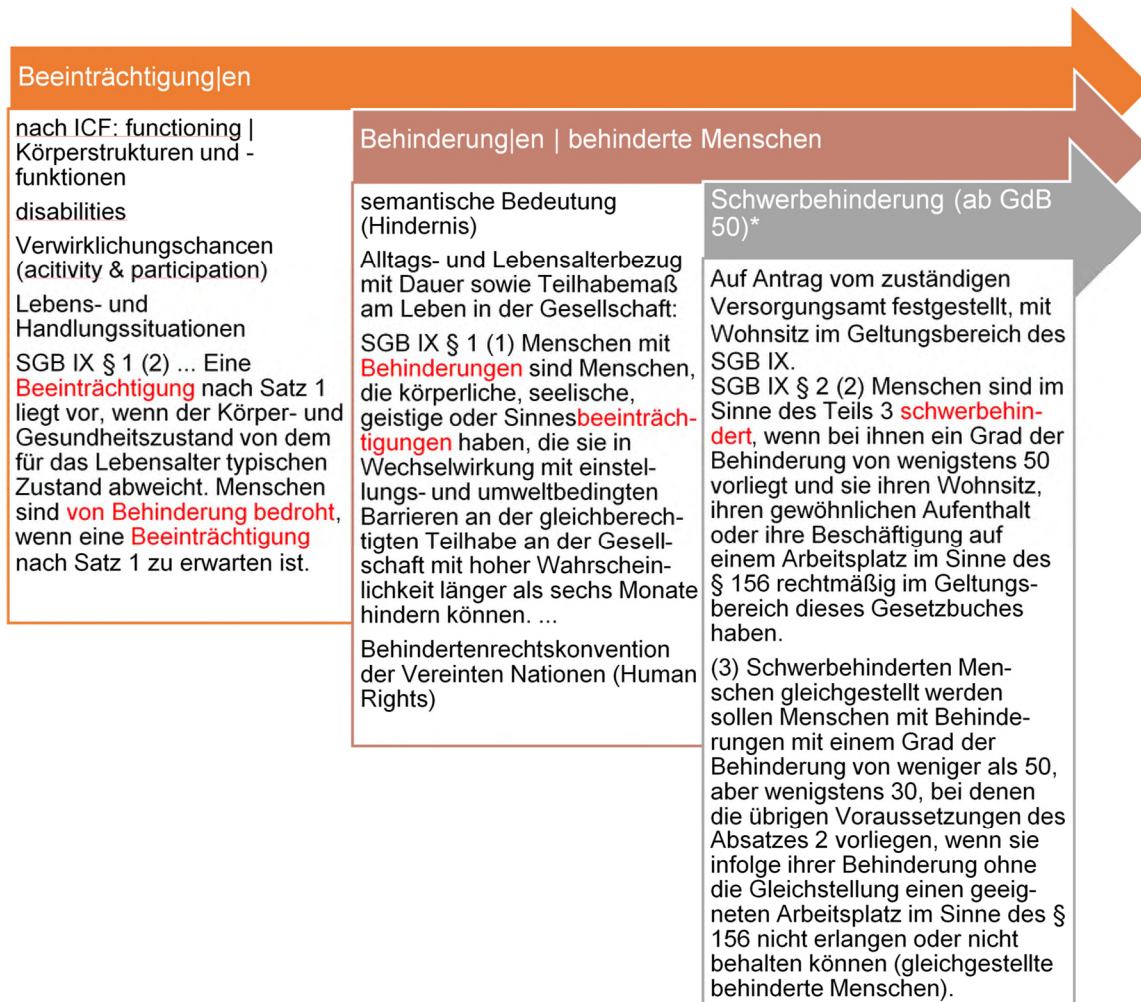
8.2 Teilhabe als Gesundheitsfaktor

Die gesundheitswissenschaftliche Beobachtung zu Gesundheit, Teilhabechancen und Diskriminierungsrisiken erfolgt auch im Zusammenhang mit Beeinträchtigungen und Behinderung unter Einsatz von Plänen und Konzepten (Wacker 2019a). Bestandteile dieser Gesundheitserkundungen sind Verrichtungen des täglichen Lebens und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie Selbstbestimmungs- und Teilhabechancen. All diese Komponenten lassen sich beobachten und verstehen nach einem bio-psycho-sozialen Modell (Wacker 2016). Ähnliche Ansätze finden sich bezogen auf die ältere Bevölkerung (unter anderem Naegele et al. 2016: 113ff.).

Dieses neue Denken trägt auch das Neunte Sozialgesetzbuch (*Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen* - SGB IX) in seiner Neufassung (vom 23. Dezember 2016) als „Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen“ (Bundesteilhabegesetz – BTHG) in sich (näher Abschnitt 8.2.2). Zur längeren zeitlichen Komponente von Beeinträchtigungen („länger als sechs Monate“) kommen jeweils verschiedene im Lebensalter typische Zustände und verstärkt die Teilhabe und Selbstbestimmung zum Tragen. Die gewünschten Veränderungsprozesse starten gestuft mit dem und über das BTHG zwischen 2017 bis 2023 In-Kraft-Treten. Chancengerechtigkeit, Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen sollen sich verbessern, auch, weil seit dem Jahr 2020 das Eingliederungshilferecht aus dem Sozialhilfesystem herausgelöst ist und als zweiter Teil ins SGB IX integriert wurde. Seit dem Jahr 2018 sollen Teilhabeleistungen im Rahmen eines Teilhabeplanverfahrens wie aus einer Hand koordiniert werden, wenn mehr als ein Träger der Rehabilitation leistungsverpflichtet ist. Hierbei werden vom Grundsatz her auch Gesundheitsziele verfolgt. In einem dritten Teil des BTHG wird schließlich das Schwerbehindertenrecht weiterentwickelt.

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (RKI 2015) flankiert den Wandel der gewachsenen Systeme der Rehabilitation und Kuration (RKI 2015: 321ff.) auch bezogen auf die Entwicklungsziele von Gesundheitsförderung und Prävention (RKI 2015: 239ff.). Vielfach werden die genannten Veränderungsprozesse durch Forschung begleitet. Auch die angemessenen Begrifflichkeiten ändern sich, so dass eine „facettenreiche“ Übergangssituation entsteht: Im Sozialrecht laufen entsprechende Bezeichnungen teilweise parallel beziehungsweise gehen ineinander über (Abbildung 88). Die amtlichen Anerkennungsverfahren, wann Menschen als behindert oder schwerbehindert eingestuft gelten, stehen ebenso in der Diskussion (siehe auch die Lesehilfe im Abschnitt 1.2).

Abbildung 88: Beeinträchtigung|en, Behinderung|en, (amtlich anerkannte) Schwerbehinderung und ihre Nutzungsvielfalt



Quelle: Eigene Darstellung

Die aktuell genutzten Begrifflichkeiten haben verschiedene Reichweiten, Bedeutungsgehalte und auch formale Hintergründe:

■ Beeinträchtigung|en:

im Sinne der ICF und des SGB IX verweisen im Zusammenhang mit Gesundheit auf dauerhafte Schädigungen von Körperstrukturen und -funktionen, die zu Einschränkungen bei Aktivitäten führen. Im Klassifikationsmodell der ICF (Abbildung 89) wird sichtbar, ob aus den erfassten Merkmalen auch Einschränkungen der

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Verwirklichungschancen (activity & participation) hervorgehen und welche Auswirkungen in konkreten Lebens- und Handlungssituationen erkennbar und bewertbar sind. Behinderung kann hierbei im Bezug zu den genannten Aspekten erkennbar werden, drohen oder eintreten, es besteht aber keine zwingende Abfolge.

■ Behinderung|en | behinderte Menschen

weisen als Begriffe auch unter Rücksicht auf Lebensalters- oder Alltagsbezug auf wirksame Hindernisse im Lebensweg eines Menschen hin. Über andauernd gegebene körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen wird die gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft behindert (SGB IX § 1 (1)). Nach der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) besteht aber ein Recht darauf, dass solche Benachteiligungen gemindert oder möglichst beseitigt werden, auch in Kontexten (Rahmenbedingungen). Prüfgröße ist die Chancengerechtigkeit bei der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

■ (amtlich anerkannte) Schwerbehinderung

findet sich bei einem Personenkreis, der ein bestimmtes amtliches Anerkennungsverfahren nach SGB IX § 2 durchlaufen hat. Geprüft werden dabei funktionale Einschränkungen und zugleich Berechtigungen (über einen Wohnsitz oder Geltungsbereich) sowie ordnungsgemäße Antrags- und Anerkennungswege. So können Ausprägungen der Schwerbehinderung zuerkannt und in Form eines Schweregrades (Grad der Behinderung: GdB) näher bezeichnet werden. Über die Häufigkeit solcher Anerkennungen geben Statistiken Auskunft, die wiederum beispielsweise die gesetzlichen Beschäftigungsquoten abbilden, die Arbeitgeber zu erfüllen haben.

Die bisherige Teilhabeberichterstattung befasst sich mit allen genannten Gruppierungen. Zusätzlich werden die Lebensumstände besonderer Personengruppen in Schwerpunkten hervorgehoben. Dabei werden auch Gesundheitsaspekte einbezogen:

Im ersten Teilhabebericht der Bundesregierung von 2013 rückt die Lebenslage

- älterer Menschen mit Beeinträchtigungen und
- von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen

vertieft ins Blickfeld.

Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung werden mit Blick auf die Vielfalt des Alters beschrieben, aber auch über Daten zu Verlusten und Defiziten. Auf

die neuen Aufgaben im Bereich der Leistungsgestaltung für Menschen mit Beeinträchtigungen in der dritten und vierten Lebensphase wird aufmerksam gemacht, die auch beinhalten, gewünschte und wählbare passgenaue Leistungen bereitzustellen.

Als besondere Gesundheitsrisiken werden beispielsweise Fremdbestimmung und Exklusion angesprochen, etwa beim Zugang zu Gesundheitsleistungen. Erhebliche Bedarfe zeigen sich im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung (BMAS 2013: 363), aber auch bei der Begleitung im Fall eventuell häufigerer Krankenhausaufenthalte. Mögliche Spätfolgen von Beeinträchtigungen werden erwartet, beispielsweise als Wirkungen unzureichender Versorgungsbedingungen im Lebensverlauf. Ein wesentliches altersbedingtes Risiko stellt zusätzlich die schwindende Bindung zur Herkunftsfamilie dar. Folgen in Form der wachsenden Vereinzelung und Vereinsamung werden immer erkennbarer (Abschnitt 8.3.1). Aus Teilhabesicht wird eingefordert, achtsam zu sein für Chancen, im höheren Alter in die Gemeinschaft eingebunden zu sein. Steigende Pflegebedarfe und veränderte individuelle Pflegebedürfnisse werden erwartet, die sich je nach Wohnformen unterschiedlich im Alltag darstellen können.

Im zweiten Teilhabebericht aus dem Jahr 2016 sind auch Gesundheitsfragen eingeschlossen, bezogen auf Menschen mit Beeinträchtigungen und

- Migrationshintergrund beziehungsweise
- Wohnungslosigkeit.

Menschen mit Migrationshintergrund scheinen zunächst im Durchschnitt betrachtet gesünder als Menschen ohne Migrationshintergrund zu sein („Healthy Migrant-Effect“). Jedoch zeigt sich mit längerem Verweilen im Aufnahmeland beziehungsweise abnehmendem Migrationshintergrund (zweite vs. dritte Generation) ein Anstieg gesundheitlicher Einschränkungen wie chronische Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus Typ 2 und psychische Erkrankungen) häufiger als in der Gesamtbevölkerung (BMAS 2016: 354). Als Gründe schwindender Gesundheit werden höhere Armutsrisiken, aber auch besonders belastende Arbeits- und Lebensbedingungen mit vermehrten Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten angenommen. Menschen mit Migrationshintergrund nutzen auch die Angebote der Gesundheitsversorgung weniger (BMAS 2016: 345), sei es u. a. wegen sprachlicher Probleme oder wegen erfahrener Diskriminierungen (BMAS 2016: 354). Mit steigendem Alter wächst der Anteil der Personen, die sich gesundheitlich nicht gut fühlen; im Zugang zum Rehabilitationssystem zeigen sich Barrieren, verbunden mit Schwierigkeiten bei Information und Kommunikation, ebenso wie mit geringer Rücksicht auf kulturspezifische Bewältigungsstrategien.

Wohnungslosigkeit ist eine extreme Form sozialer Ausgrenzung und bringt besondere Gesundheitsherausforderungen mit sich. Wohnungslose Menschen sind

häufig psychisch und körperlich erkrankt, verletzt, leben mit schlechter Zahngesundheit und dies insgesamt in prekären Lebensbedingungen (BMAS 2016: 362). Ihre Lebenserwartung ist geringer, im Bereich der Gesundheit sind sie unterversorgt (BMAS 2016: 372f.). Insgesamt mangelt es an Aufmerksamkeit für die Lebensverläufe Obdachloser. Sie sind eine wenig erforschte Personengruppe, bei der neben medizinischen Diagnosen vor allem auch Hinweise und Unterstützungen zur Lebensbewältigung und des Selbstwertgefühls fehlen (BMAS 2016: 380).

Die bisherige Teilhabeberichterstattung hat in den skizzierten Vertiefungsbereichen also bereits ausdrücklich auf vielfältige Fragen von Wohlbefinden und Aufgaben der Gesundheitsversorgung ausgewählter Bevölkerungsgruppen mit Beeinträchtigungen hingewiesen. Dennoch greift das in diesem dritten Teilhabebericht vorgestellte Kapitel Gesundheit (Kapitel 7) zunächst auf ein Gesundheitsverständnis mit eher individualisierender Betrachtungsweise zurück (Verhaltensmodell). Dies ist auch den verfügbaren Daten geschuldet, die die gesamte Berichterstattung bestimmen und einschränken (Abschnitt 2.1 und Kommentar): Für die gesundheitliche Verfassung werden beispielsweise Krankheitstage gezählt (Abschnitt 7.1.2), obwohl dies ein kleiner Ausschnitt im Gesundheitsspektrum ist. So lassen sich aber zumindest Unterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen mit oder ohne Beeinträchtigungen verdeutlichen und Trends betrachten. Wenn der Zugang zu ärztlicher Versorgung und anderen Gesundheitsleistungen für Menschen mit Beeinträchtigungen als verbesserungswürdig dargestellt wird (Abschnitt 7.2), so ist dies ein wichtiger Merkposten (Kapitel 6) für insgesamt vielfach bestehende Teilhabebehörden. Abschnitt 7.4 Prävention und Rehabilitation macht darauf aufmerksam, über aktuelle Leistungssysteme und deren erforderliche weitere Entwicklung ernsthaft nachzudenken.

Es besteht also Anlass (siehe Abschnitt 7.3), für die Entwicklung der Teilhabe im Bereich der Gesundheit erhebliche weitere Aufbauarbeit zu leisten, um von einem defizitorientierten und auf Verhaltenserfordernisse eingeschränkten Leitkonzept abzurücken. Denn – wie oben erläutert – ist die frühere biomedizinische (pathogenetische) „Entzauberung des menschlichen Körpers“, die „Krankheit als Defekt und ihre Therapie als Reparatur“ sieht, deren „Fehlerhaftigkeit“ ein „>suboptimales Leben“ zur Folge hat (Greb 2012: 273), überholt. Stattdessen wird das biomedizinische Verständnis (eigentlich) durch eine Leitidee von Gesundheit in und durch Teilhabe abgelöst, wie sie hier im Kapitel 8 beleuchtet wird. Beeinträchtigungen, einschließlich psychischer Störungen, chronischer Krankheiten und Zivilisationskrankheiten bleiben dennoch weiter begriffliche Bruchstellen im Feld von Gesundheit und Krankheit (Greb 2012: 274). Erste Auswege zeigen sich, wenn sozialepidemiologische, sozioökonomische und psychosomatische Aspekte beachtet werden, die jedoch im aktuellen Gesundheitskapitel 7 aus Datenmangel

noch fehlen und in der Zukunft genauer betrachtet werden sollten. Untersuchungen zur Bedeutung möglicher und abrufbarer Ressourcen, die in der materiellen Ausstattung, dem Zugang zu Leistungen und vor allem auch in der Qualität sozialer Beziehungen zu finden sind, sind dringend erforderlich. Denn hiermit kann es dann gelingen, den Bogen zu schlagen von der Benennung von Belastungen und Krankheiten zur Suche nach Ressourcen, wie sie ein salutogenetisches Modell vorgibt (Abschnitt 8.2.4) und bevorzugt. Dass es ungleiche Wahrnehmungen zwischen den Gesundheitsangeboten und der erfahrenen Gesundheitsleistung gibt, belegt die Zusammenschau der Abschnitte 8.2.6 und 8.2.7. Wenn Wissenschaft und Sozialpolitik nun fragen, was Menschen gesund hält oder gesünder machen kann, dann treten Zuordnungen zu Risikogruppen, Bewertungen von Risikoverhalten oder von Verhaltensabweichungen eher in den Hintergrund. Gleichzeitig kann Gesundheit in ihrer mit Chancen und Risiken verbundenen Dynamik und Komplexität besser verstanden und unterstützt werden.

Eine entsprechend breite Sichtweise auf Gesundheitsfragen (Mainstreaming Ansatz) findet sich in den bisherigen Teilhabeberichten bereits an vielen Stellen. Zukünftigen Berichten wird es vorbehalten bleiben, über Daten aus der laufenden Teilhabebefragung mehr und genauere Informationen zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen der Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung einzubetten. Aktuell muss eine kleine „Kostprobe“ im Abschnitt 8.2.7 genügen, in dem eine Sonderauswertung ausgewählter Gesundheitsdaten vorgestellt wird.

Neben dem neuen Gesundheitsverständnis und berichteten Gesundheitserleben der befragten Personen bieten auch globale konzeptionelle Weiterentwicklungen Anhaltspunkte für generelle Erwartung an „Gute Gesundheit“ und Wohlergehen (Abschnitt 8.1.4). Als dies sind Boten einer sich weiter entwickelnden nachhaltigen und wirksamen gesundheits- und teilhabepolitischen neuen Zielsetzung. In eine gesundheitsbewusste Lebenslaufperspektive fügt sich, im Zusammenhang mit Beeinträchtigungen und Behinderung, auch Skepsis gegenüber einer noch immer verbreiteten Haltung des „Healthismus“ (Kühn 1993): Denn möglicherweise bestehende gesellschaftliche Erwartungen und auch Selbstwahrnehmungen einer „Verpflichtung“ aller Bürgerinnen und Bürger auf eine ideale makellose Gesundheit, sind kritisch einzuordnen, auch im Zusammenhang mit Diskriminierungsrisiken.

8.2.1 Behinderungsklassifikation als Gesundheitsmaß

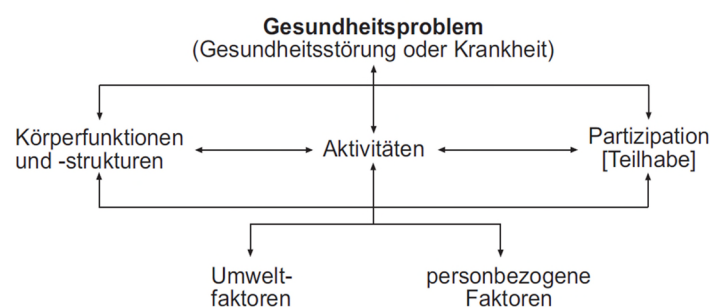
Die aktuell weltweit maßgebliche Behinderungsklassifikation *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)* (DIMDI 2005) stellt ausdrücklich einen Gesundheitsbezug her. Sie folgte im Jahr 2001 der *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (I-*

CIDH) (WHO 1980) aus dem Jahr 1980 (handicap related: Krankheitsfolgenmodell). Das dort zugrunde gelegte bio-psycho-soziale Gesundheitsverständnis wird in der ICF erheblich erweitert, um der Lebenswirklichkeit der ins Auge gefassten Personengruppen näherzukommen. Behinderung umfasst demnach Schädigungen, Aktivitäts- und Partizipationseinschränkungen.

- Aktivität (activity) meint die Durchführung einer Handlung beziehungsweise Erledigung einer Aufgabe;
- Partizipation (participation, soziale Teilhabe) meint die Art und Weise, in der jemand in eine Lebenssituation einbezogen ist.

Dieses Gesundheitsverständnis (health related: Modell der Gesundheitskomponenten), erhebt nicht, wie das erste als utopisch kritisierte Gesundheitsmodell der Weltgesundheitsorganisation, den Anspruch einer perfekten allumfassenden Gesundheit (Abschnitt 8.1.1). Vielmehr ist Gesundheit auch ohne vollkommenes Glücklichein, absolute Beschwerdefreiheit und höchste körperliche Leistungsfähigkeit möglich. Deswegen können ältere und chronisch beeinträchtigte Menschen - auch wenn sie medizinische Diagnosen aufweisen - trotzdem als gesund gelten (Lippke / Renneberg 2006), solange ihnen bedeutsame Aktivitäten und gewünschte Partizipation möglich sind.

Abbildung 89: Das „bio-psycho-soziale Modell“ der ICF



Quelle: DIMDI (2005)

Dem Konzept folgen neue Standards in der Gesundheitspolitik, die auf Selbstbestimmung und Teilhabe (Kraftentfaltung in der und durch die Gemeinschaft) abheben und darauf, nicht behindernde Umgebungsfaktoren auszugestalten. So wird die ICF selbst zur Plattform einer nachvollziehbaren Gesundheitsförderung, verbunden mit einem Perspektivenwechsel von der Ursachen- zur Wirkungsorientierung. Denn das Gesundheitsmaß wird nicht verstanden als spezifische Gesund-

heitskriterien, wie bereits in Abschnitt 8.1 dargestellt. Stattdessen sollte Gesundheit in ihrer Prozesshaftigkeit und Einbettung in Gesundheitsbedingungen verstanden werden:

„ICF puts the notion of ‚health‘ and ‚disability‘ in a new light ... by shifting the focus from cause to impact it places all health conditions on an equal footing allowing them to be compared.“ (Kostanjsek 2011: 5f.)

Rechte von Menschen mit Behinderung werden durch die Orientierung an der ICF gestärkt (Ewert 2012: 130), weil Gesundheit als Zustand in Zusammenhängen gesehen wird, verbunden mit der individuellen Wahrnehmung (Wohlbefinden). Die Frage heißt nun, was getan werden kann und muss, damit eine Person mit Beeinträchtigungen tun kann, was allen in ihrem sozialen und kulturellen Umfeld möglich ist, und sich dabei wohlfühlen. Das erfordert auch, entsprechend passgenaue Unterstützungen anzubieten sowie Barrieren und Vorurteile gegenüber Menschen mit Beeinträchtigungen in der Gesellschaft abzubauen.

Mit der ICF liegt auch ein Prüfstein vor, um einen Gesundheitszustand bei langfristigen Krankheitsfolgen zu beschreiben.

„Eine Person gilt nach der ICF als funktional gesund, wenn [...] 1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen, 2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (im Sinn der ICD) erwartet wird, und 3. sie zu allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, Zugang hat und sich in diesen Lebensbereichen in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung [...] erwartet wird.“ (Schuntermann 2009: 19)

Zu Lebensqualität und Wohlbefinden, verbunden mit Teilhabewirkungen, stehen systematische breit angelegte Studien noch weitgehend aus, wobei sich Teilhabeforschung auch im deutschsprachigen Raum mehr und mehr zu entwickeln beginnt (exemplarisch mit Bezug zum Renteneintritt und gesundheitlicher Beeinträchtigung: Lippke et al. 2020a; 2020b; zu den Potenzialen der Teilhabeforschung in den Sozialwissenschaften: unter anderem Wacker 2019; 2020).

Aber auch Fragen von Distanz und Selbstreflexion verdienen Beachtung, um Selbst-Überforderung durch dauerhaft eingefordertes positives Denken zu vermeiden. Wird nämlich unbedingte Zufriedenheit zur Normalitätsmesslatte, dann finden nur positive Emotionen Anerkennung, während beispielsweise Passagen der Unzufriedenheit oder Einsamkeit als Abweichung gelten. So wächst der

Druck, Gesundheit zu perfektionieren. Auch von grenzenlos verfügbarer Gesundheit auszugehen wäre wohl ein Irrweg (unter anderem Ehrenreich 2018; Zirden et al. 2003). Stattdessen können Stimmungsschwankungen gute Tage spürbar machen und das Vermissen anderer Menschen oder des erfüllenden mitmenschlichen Austauschs Energie zur Veränderung freisetzen.

Für ein gezieltes Vorgehen in Form eines Veränderungsprogramms der Teilhabegestaltung werden aktuell mit der ICF Lösungen in Institutionen und für die Zukunftsplanungen gesucht. Belastungsfaktoren und Benachteiligungen sollen zukünftig damit auf neue Weise erkennbar werden, Gesundheitschancen sollen steigen. Dafür dient das Verstehen der aktuellen Situation und der Zusammenhänge als eine wichtige Voraussetzung.

8.2.2 Das Bundesteilhabegesetz und die Gesundheitssorge

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) geht hervor aus den Reformbestrebungen um das SGB IX *Rehabilitation und Teilhabe* und um das SGB XII *Sozialhilfe* (insbes. Eingliederungshilfe). Menschen mit Behinderung sollen mehr Teilhabe und Selbstbestimmung erfahren. Die Leistung, die sie erhalten, soll sie wiederum befähigen, ihre Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können (§ 90 SGB IX). Theoretisch werden die Hilfearten getrennt nach:

- ganz persönlicher Unterstützung, die eine bestimmte Person wegen einer Beeinträchtigung benötigt (also eine Fachleistung wie die persönliche Assistenz);
- Unterstützung zum Lebensunterhalt, beispielsweise für Nahrungsmittel und Wohnen.

Menschen mit Beeinträchtigungen können mit diesen Hilfen ihr Leben so gestalten, wie sie es wollen (Kapitel 6), also z. B. beim Wohnen die für sie passende Wohnform wählen, ohne dass nach ambulanten oder stationären Wohnangeboten unterschieden wird. Die Entscheidungsräume wachsen, über ein Teilhabeplanverfahren sollen alle Leistungsträger sowie Nutzerinnen und Nutzer ihre Unterstützung abstimmen können (Gesamtverfahren).

Leistungen aus einer Hand und Diskriminierungsrisiken

Das BTHG hält an den bisherigen, umfassend formulierten Teilhabezielen des SGB IX fest. Dazu gehören Ziele der Leistungen, nämlich

- Behinderung soll abgewendet, beseitigt, gemindert, ihre Verschlimmerung verhütet oder ihre Folgen gemindert werden;
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit sollen überwunden, gemindert, oder eine Verschlimmerung verhütet werden;
- Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung sollen ermöglicht oder erleichtert werden (§ 4 SGB IX).

Die hierzu erforderlichen Leistungen werden nach einem verfahrensrechtlichen Ansatz auf den Weg gebracht. Schritte sind

- eine „individuelle und funktionsbezogene Bedarfsfeststellung“ (§ 13 SGB IX),
- gegebenenfalls eine sozialmedizinische Begutachtung (§ 17 SGB IX).

Teil dieses Vorgehens ist, alle Informationen zu den Ausprägungen und Auswirkungen aller Gesundheitsprobleme auf die Körperfunktionen und -strukturen sowie die Aktivitäten und Teilhabe zu erfassen. Hierfür sollen die Rehabilitationsträger systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel entwickeln und verwenden (§ 13 SGB IX). Auch wechselseitige Beziehungen zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihrem Lebenshintergrund (Kontextfaktoren) sind systematisch einzubeziehen.¹⁸⁹

Nach dem im Jahr 2001 mit dem SGB IX eingeführten Prinzip der *Leistungen aus einer Hand* soll im Interesse von Menschen mit Behinderungen möglichen Nachteilen des sogenannten gegliederten Rehabilitationssystems mit vielen Behörden und Zuständigkeiten entgegengewirkt werden. Dazu zählt, Zuständigkeiten rasch zu klären, weil sich in der Praxis immer wieder „Kompetenzgerangel unterschiedlicher Zuständigkeiten“ in diesem „komplizierten System von unterschiedlichen Trägerschaften und Zuständigkeiten“ zeigt (BMAS 2013: 52 f.).

Gegenwärtig wird dieser Grundsatz der Leistungserbringung aus einer Hand zugunsten verschiedener Möglichkeiten, Leistungen getrennt zu bewilligen und zu erbringen, neu diskutiert, weil die Regelungen nicht eindeutig seien und womöglich Konfliktpotenzial bergen (Waßer 2020: 182ff.). Die UN-BRK sagt zwar dem effektiven Zugang zum Recht (Artikel 13 UN-BRK), Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung (Artikel 25 UN-BRK) sowie effektive Rehabilitationsmaßnahmen und -dienste (Artikel 26 UN-BRK) zu. Ob eine getrennte Leistungserbringung nach dem neuen Recht dies umsetzt, könnte bei echten Konsensfällen zwar möglich sein, im Konfliktfall müsste allerdings die geschädigte Person verschiedene Rechtsstreitigkeiten gegen verschiedene Träger führen. Hier

¹⁸⁹ §§ 35-46 der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ der BAR, 2. Aufl. 2019, abrufbar unter www.bar-frankfurt.de

sind Fragen offen, obwohl seit langem gewünscht wird, das deutsche Rehabilitationsrecht zu vereinfachen. Der UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen hat schon in einer Stellungnahme vom 04.04.2010 (Az.: CRPD 2010) die Bundesrepublik Deutschland aufgefordert, die Komplexität des deutschen Rehabilitationsrechts kritisch zu hinterfragen und einen klaren Maßstab vorzugeben, der nicht durch unnötig komplizierte Verwaltungs- und Gerichtsverfahren Menschen mit Beeinträchtigungen selbst mittelbar diskriminiert, indem der Zugang zu berechtigten Ansprüchen erschwert wird:

„the administrative complexities put applicants in a disadvantageous position and may in turn result in indirect discrimination“ (CRPD 2010).

Dies gilt auch im Bereich der Gesundheitssorge.

Gesundheitssorge in Kuration, Rehabilitation und Prävention

Auch die Gesundheitssorge steht im Rahmen der Sozialen Teilhabe (§ 78 SGB IX). Ebenso werden vorbeugende Aktivitäten unterstützt (Prävention), die eine tragfähige Brücke in die Kommunen erfordern. Hierzu stehen geeignete Konzepte und begleitende Forschungen noch weitgehend aus.

Die ICF beschreibt die Gesundheitssorge vor allem als Selbstsorge (z. B. auf die eigene Gesundheit zu achten und diese zu erhalten sowie Ernährung und Fitness sicherzustellen), verbunden mit der Gesundheitssorge im Alltag über die Förderung der Gesundheitskompetenz (Abschnitt 8.2.4). Die Rede ist auch von Lotsenfunktionen und einer Begleitung im Gesundheitssystem, von Therapien und medizinischen Leistungen. So sind eine enge strukturelle und konzeptionelle Verbindung zum Gesundheitswesen und die Verbindung zur kommunalen Gesundheitssorge und Gesundheitskommunikation unbedingt wichtig.

In der UN-BRK werden im Artikel 25, Buchstaben a bis f, beispielhaft für Menschen mit Beeinträchtigungen erforderliche Maßnahmen aufgezählt: etwa eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung wie sie anderen Menschen auch zur Verfügung steht, einschließlich sexual- und fortpflanzungsmedizinischer Gesundheitsleistungen und aller der Gesamtbevölkerung zur Verfügung stehender Programme des öffentlichen Gesundheitswesens. Weiterhin sollen Gesundheitsleistungen angeboten werden, die von Menschen mit Beeinträchtigungen speziell benötigt werden, einschließlich Früherkennung und Frühintervention. Auch bei Kindern und älteren Menschen sollen dabei (weitere) Behinderungen möglichst geringgehalten oder vermieden werden. Alle Gesundheitsleistungen sind so gemeindenah wie möglich anzubieten, auch in ländlichen Gemeinden. Entsprechend werden Angebote der Rehabilitation für die Bevölkerung insgesamt

sowohl auf kommunaler Ebene als auch in einer gesonderten Angebotsstruktur vorgehalten. Aber Zuständigkeiten, Berechtigungen und Umsetzungschancen sind verschlungen.

Bereits der Begriff der medizinischen Rehabilitation wird im SGB IX nicht exakt definiert. Im Sinne eines Verfahrens meint Rehabilitation den gleichzeitigen und koordinierten Einsatz von medizinischen und sozialen Maßnahmen mit dem Ziel, die aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkten Betätigungsmöglichkeiten und damit die funktionelle Leistungsfähigkeit der jeweiligen Person möglichst weitgehend wiederherzustellen. Teilhabe als Leistungsziel bedeutet die aktive und selbstbestimmte Gestaltung des gesellschaftlichen und beruflichen Lebens durch behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen (siehe § 2 SGB IX). Hiervon ausgehend erschließt sich das Verständnis des Begriffs *medizinische Rehabilitation* anhand der im SGB IX (§§ 4, 42) genannten Ziele. Als Komplexleistung verlangt medizinische Rehabilitation eine Vernetzung von ärztlicher, pflegerischer, krankengymnastischer, psychosozialer, logopädischer sowie ergotherapeutischer Betreuung (Bieritz-Harder 2009: 218; Luthe 2007: 460) und umfasst alle oben genannten Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustandes gerichtet sind (Abschnitt 8.2.2). Rehabilitation soll dabei auch den vorzeitigen Bezug von Sozialleistungen verhüten oder laufende Sozialleistungen mindern. Da immer ein gesundheitsbezogener Ausgangspunkt besteht, werden die jeweils individuellen Rehabilitations- und Therapieziele diagnostiziert (Oppermann 2018). Die Vorgaben im SGB IX gehen von einem ganzheitlichen Therapieansatz aus. Sie enthalten ein komplexes Angebot, nicht nur hinsichtlich der Minderung oder Ausgleicheung der Behinderung, sondern auch hinsichtlich der psychischen Bewältigung der Krankheit beziehungsweise Beeinträchtigung und der sozialen Krankheitsfolgenbewältigung. Dazu dient ein individuelles Behandlungskonzept, das – wie oben dargelegt – im Teilhabeplan festgehalten werden soll auf Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells von Krankheit und Behinderung (Oppermann 2018).

Mit dem BTHG wird für alle Rehabilitationsträger auch die wichtige Querschnittsaufgabe der Prävention noch deutlicher (Deutscher Bundestag 2016: 227 f.). Die Rehabilitationsträger wirken bei der Entwicklung und Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie mit (§ 3 SGB IX, näheres in der unter www.bar-frankfurt.de abrufbaren Gemeinsame Empfehlung „Prävention nach § 3 SGB IX“).

Durch Prävention soll der Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung, einzelner Bevölkerungsgruppen oder einzelner Personen erhalten beziehungsweise verbessert werden (Abschnitt 7.4). Hiervon abzugrenzen ist der (relativ) neuere Begriff der *Gesundheitsförderung* (WHO 1986: 1). Während es bei der Prävention um die

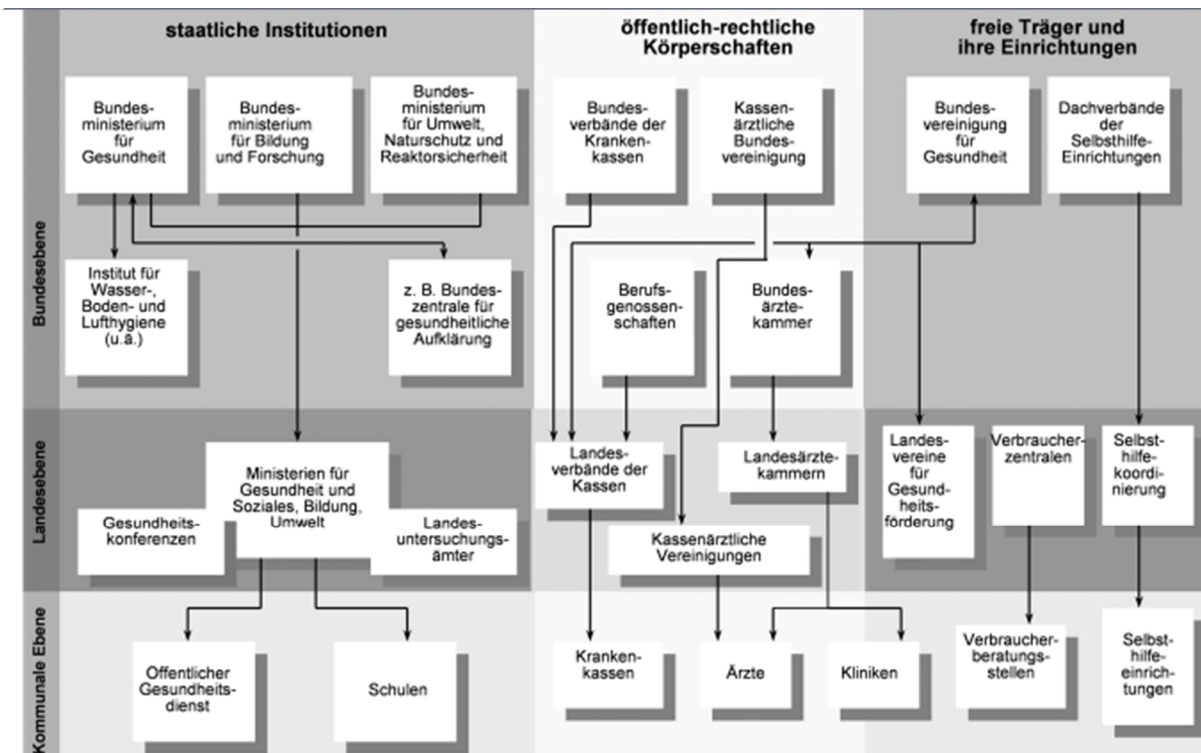
Verringerung und Vermeidung von Risikofaktoren geht, will die Gesundheitsförderung im Rahmen eines bestimmten „Settings“ (sogenannte „Lebenswelt“, z. B. Kita, Schule, Arbeitsplatz, Pflegeheim) vor allem die Schutzfaktoren erhöhen und die gesundheitlichen Lebensbedingungen stärken. Diese verhältnisbezogenen Präventionsansätze ermöglichen letztlich allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit. Auch sollen alle Menschen befähigt werden, ihre gesundheitlichen Interessen zu vertreten sowie ihre gesundheitlichen Ressourcen und damit die Gesundheit zu stärken.

Begründung zum Präventionsgesetz 2015

„Ziel dieses Gesetzes ist es, unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger sowie der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung die Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger auch unter Nutzung bewährter Strukturen und Angeboten zu stärken, die Leistungen der Krankenkassen zur Früherkennung von Krankheiten weiterzuentwickeln und das Zusammenwirken von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz zu verbessern“ (Bundesgesetzblatt 2015: 1).

Da die Krankenkassen im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung frühzeitig Informationen über häufige oder längerfristige Erkrankungen erhalten, kommt ihnen bei der Identifizierung von Handlungsfeldern eine Schlüsselrolle zu. In Deutschland soll die auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene gewachsene breite Infrastruktur mit einer Vielzahl von Einrichtungen und Organisationen in staatlicher, halbstaatlicher (öffentlich-rechtlicher) und nichtstaatlicher Trägerschaft dazu beitragen, dass präventive Maßnahmen von den verschiedenen Akteuren geplant, umgesetzt und analysiert werden.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Abbildung 90: Schaubild zur Entwicklung im Gesundheitswesen

Quelle: Deutscher Bundestag 2001: 76

Nach einer zunächst untergeordneten Politik der Prävention im deutschen Gesundheitswesen mit nur circa 4 Prozent der Gesundheitsausgaben für Gesundheitsschutz und Prävention folgt ein Auf- und Ausbau, Hand in Hand mit anderen gesellschaftlichen Bereichen (z. B. Städtebau, Verkehrspolitik). So soll eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik gelingen (Blümel 2011). Darin sollen neben staatlichen Einrichtungen ebenso Universitäten, Vereine, Stiftungen und Einzelpersonen (Ärzte, Apotheker und andere Heilberufe) eingeschlossen sein.

Drei Handlungsfelder sind im Blick:

- Die sogenannte Primärprävention setzt vor Eintreten der Krankheit ein und zielt darauf ab, eine Erkrankung von vornherein zu verhindern. Sie richtet sich an Risikogruppen, Gesunde und Personen ohne Krankheitssymptome. Beispiele für Primärprävention sind schulische (Setting-)Maßnahmen zur Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung oder Suchtprävention, Sicherheit am Arbeitsplatz, Verringerung des Tabakkonsums, Impfungen, Sonnenschutz oder Kariesprophylaxe. Alle primärpräventiven Leistungen können sich auf die

Veränderung des individuellen Verhaltens und auf die Veränderung der Verhältnisse in den Lebenswelten der Betroffenen beziehen. Mit den Leistungen sollen auch Menschen mit Behinderung erreicht werden, beispielsweise mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Werkstätten für behinderte Menschen.

- Die sogenannte Sekundärprävention setzt im Frühstadium einer Krankheit an. Sie dient der Früherkennung von Krankheiten und der Eindämmung ihrer Progredienz (Fortschreiten) oder Chronifizierung (Verstetigung). Gesundheitsgefahren können von allen Lebensbedingungen – privat wie beruflich – sowie von den individuellen Verhaltensweisen jedes Einzelnen ausgehen. Dabei können je nach Lebensphase (Kindheit und Jugend, Erwachsenenalter, Alter) unterschiedliche Lebensrisiken im Vordergrund stehen.
- Die sogenannte Tertiärprävention kann im weiteren Sinne verstanden werden als die wirksame Behandlung einer symptomatisch gewordenen Erkrankung mit dem Ziel, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder zu verzögern.

(Zu den Begrifflichkeiten Deutscher Bundestag 2001: 71).

Besondere Bedeutung kommt auch in diesem Zusammenhang den sog. Kontextfaktoren zu. Gemeint ist der gesamte Lebenshintergrund einer Person: alle Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren, die für die Gesundheit von Bedeutung sind und in Wechselwirkung mit allen Komponenten der ICF stehen.

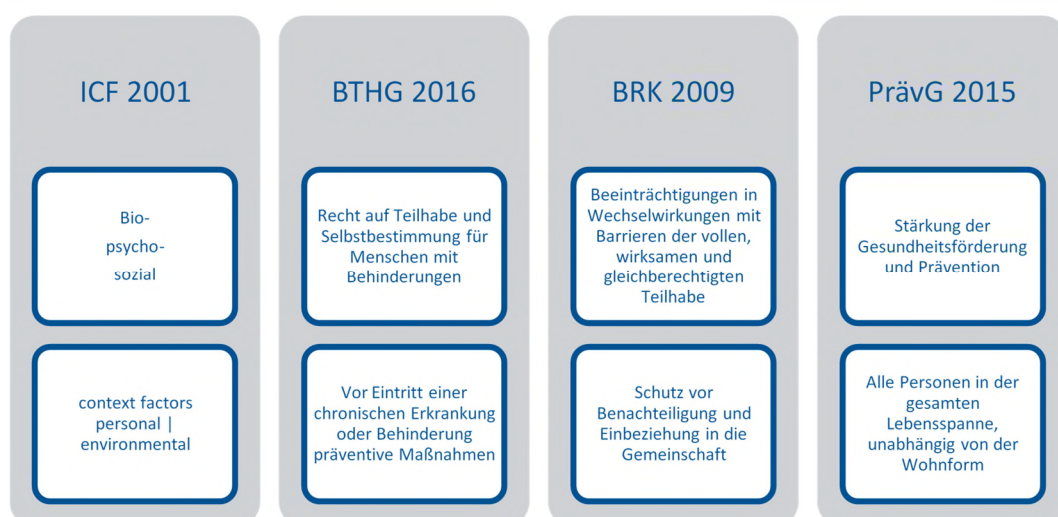
Das im Jahr 2015 in Kraft getretene „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ (Präventionsgesetz - PräVG) trägt dem mittlerweile weitgehend akzeptierten Ansatz der Vorbeugung in allen gesundheitsrelevanten Bereichen Rechnung. Die Zusammenarbeit von Sozialversicherungsträgern, Ländern und Kommunen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung soll verbessert werden und alle Altersgruppen und Lebensbereiche der Bürgerinnen und Bürger sind einbezogen, nach dem umfassenden und grundlegenden Ansatz der Einbettung entsprechender Anliegen in allen Bereichen (Mainstreaming).

- Auch Personen in Pflege oder in der Eingliederungshilfe sind einbezogen, ihre besondere gesundheitliche Versorgung soll sicher verankert werden.
- In allen Altersstufen sollen Belastungen und Risikofaktoren bezogen auf eine erreichbare gerechte Gesundheitsversorgung erkannt und reduziert werden.
- Auch in Gemeinschaftseinrichtungen mit teilstationärer oder stationärer Versorgung sollen entsprechende Verfahren entwickelt und umgesetzt werden. Hierzu stehen gesonderte Mittel bereit, die auch mögliche Selbsthilfe einbeziehen.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Ein Zusammenspiel mit den Anliegen des BTHG und den neuen Pflegekonzepten muss sich noch festigen. Für die Ausformungen haben Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung (wie gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, soziale Pflegeversicherung, private Krankenversicherung) in einer Nationalen Präventionskonferenz unter Beteiligung von Bund, Ländern, Kommunen, der Bundesagentur für Arbeit, der Interessenvertretungen der Personen in Haushalten und Heimversorgung sowie der Sozialpartner ihre Teilhabeziele festgelegt und sich auf ein gemeinsames Vorgehen verständigt.

Abbildung 91: Gesetzliche und konzeptionelle Rahmungen sowie Personengruppen



Quelle: Eigene Darstellung

Die nachhaltige Gesundheitssorge entwickelt sich. Sie erfordert einen breiten Zugang, der auch die Vielfalt und Verschiedenheit der Zielgruppen und ständige Wechselwirkungen im Gesundheitsgeschehen einbeziehen. Bislang liegen kaum aktuelle Studien zur Präventionslage bezogen auf Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung vor. Eine wissenschaftliche Studie (Tempelmann et al. 2020) für anstehende Aufgaben der Prävention in einem meist wenig beachteten Handlungsfeld, nämlich den besonderen Wohnformen der Pflege und der Eingliederungshilfe, wird aktuell im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) durchgeführt. Sie richtet das Augenmerk ebenso auf Bewohnerinnen und Bewohner wie auf das Personal. Aus den Felderkundungen soll ein Qualitätssicherungskonzept (Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung, kurz:

QualiPEP) entstehen, das unter Federführung der Bundes-AOK erarbeitet wird (zum Gesamtplan Tempelmann et al. 2019: 300). In einer qualitativen Teilstudie wurden dazu Vorkommen und Bewertung präventiver Maßnahmen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe erkundet (Bootz / Wacker 2019), mit circa 100 persönlichen Interviews aus Einrichtungen der Eingliederungshilfe und etwa 50 Personen aus dem Fachpersonal im Betreuungsdienst in Fokusgruppen. Beide Gruppierungen konnten - vor der Corona-Pandemie – persönlich befragt werden, bieten also eine qualitative Momentaufnahme für die Wahrnehmung von Gesundheit, Teilhabechancen und Diskriminierungsrisiken. Bewohnerinnen, Bewohner und Fachpersonal begrüßen Prävention und Gesundheitsförderung grundsätzlich, weisen aber auf Besonderheiten in ihrem Setting hin. Diese Besonderheiten müssen beachtet werden, wenn die Umsetzung der Präventionsanliegen gelingen soll. Selbst in der Gesundheitssorge aktive Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fühlen sich teilweise eher vernachlässigt: „Also ich bin der Meinung, dass was Gesundheit, Prävention und Vorsorge angeht, sind meine Bewohner besser versorgt als ich selbst.“ (Fokusgruppe 9 | Personal). Aus Sicht des Personals wird die Gesundheitsdefinition wie folgt auf den Punkt gebracht: „Gesundheit ... das ist eigentlich so der Grundstock für alles.“ (Fokusgruppe 7 | Personal).

Im Bereich der Eingliederungshilfe finden sich überdurchschnittlich viele Krankheitstage, auch besondere psychische Herausforderungen sowie Nebeneffekte wie besondere Ansteckungsgefahren: „Wir haben teilweise einen hohen Krankenstand. Sei es durch psychische Belastung, sei es durch gesundheitliche (...). Wir achten dann auf uns gesundheitlich, so gut es geht, dann kommt aber ein erkrankter Bewohner, der Schneeball ist da, das geht dann durch die Einrichtung durch, dann erkrankt der Kollege von der Schicht, wo sich ansteckt bei einem Kunden.“ (Fokusgruppe 12 | Personal). Es wird davon gesprochen, dass ohne eine intakte Psychohygiene das ganze Kartenhaus zusammenstürze. Die Beschäftigten sehen sich in einem Teufelskreis. So tangieren beispielsweise psychische Herausforderungen die Ernährung, Bewegung und auch das (Aus-)Ruhen, gepaart mit Wochenenddiensten und Schichtarbeit. Um Abstand zum Beruf wird (oft vergeblich) gerungen, also abschalten zu können, Pausen einzurichten. Auch der Mangel an Anerkennung kommt zur Sprache, ebenso wie die – im Berufsbild eingewobene – Schwierigkeit von Nähe und Distanz. Denn das Verantwortungsbewusstsein ist groß: „Wir sind halt einfach am Leben dran ...“ (Fokusgruppe 4 | Personal). Auf andere und sich achten zu können, ist daher eine schwierige Balanceaufgabe. Regelmäßige Sportgruppen scheitern an unregelmäßigen Arbeitszeiten, ein geregelter Essensablauf gelingt nicht ohne organisierte Pausenkultur. Ausgeprägter Personalmangel wird als eine Ursachenquelle angeführt, aber auch das eigene Bemühen um Stressabbau mit ungesunden Mitteln: „Ich habe heute bestimmt drei Minuten Pause gemacht. (lacht) Also zu einer Zigarette komme ich

eigentlich immer.“ ... „Ich esse während der Arbeitszeit gar nicht. Bin dafür aber so dieser typische rauchende und Kaffee trinkende Pfleger. Haben wir das Klischee bedient? (lacht)“ (Fokusgruppe 9 | Personal). Die hohe Krankenquote schlägt sich auf den Dienstplan nieder, die gesunden Kolleginnen und Kollegen müssen noch mehr Aufgaben übernehmen. Es fehlt an einem Ausfallmanagement.

Als Präventionsstrategien wünschen sich diese Expertinnen und Experten in eigener Sache eine Art Teamkultur (für Pausen) oder gesunde Ernährung (Obstkörbe und ausreichendes Wasser). Gewünscht werden ebenso Budgets, etwa für Salatbuffets, gesunde und regenerative Bewegungsangebote (denn stressige Bewegung gibt es genug) oder Dienstfahrräder. Aber es mangelt ebenso an Struktur, räumlich (Ruheräume), in der Organisation, aber zugleich im systematischen Interpersonalen wie Teambuilding, Beratung, Supervision und Kommunikation.

Auf jeden Fall – wünschen die Befragten – sollte die Individualität der Beschäftigten beachtet werden. Das Personal sieht sich nicht verstanden: „Die [Geschäftsleiter] wissen nicht, was auf den Gruppen läuft, wie verdammt anstrengend es ist, abends zu zweit den Dienst zu schieben.“ (Fokusgruppe 9 | Personal). Hier müssen dringend unterstützende Strukturen aufgebaut werden – für das Personal!

Auch die Auskünfte der Bewohnerinnen und Bewohnern unterstreichen insgesamt die vielfachen Präventionsbedarfe für einen heterogenen Personenkreis. Dem müssen Präventionskonzepte gerecht werden. Es finden sich Neuangekommene ebenso wie seit Jahrzehnten dort lebende Personen. Ein Drittel würde andere Wohnformen bevorzugen, beispielsweise mit einer Partnerin oder einem Partner oder auch das Leben in einer eigenen Wohnung. Mehr Privatsphäre, selbstbestimmte Tagesplanung und auch Freizeitgestaltung stehen auf der Wunschliste. Drei Viertel der Befragten sind ledig und weitgehend alleine – beispielsweise auch nicht in einen Verein oder einer anderen sozialen Organisation eingebunden, leben also mit besonderen Risiken, sozial ausgeschlossen oder unverstanden zu sein.

Positiv ist, dass drei Viertel angeben, eine barrierefreie Wohnsituation zu haben, zwei Drittel können auch eine barrierefreie Wohnumgebung nutzen. Digitale Medien hingegen sind nur etwa für die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner verlässlich verfügbar und nutzbar. Dies lässt Rückschlüsse auf Bedarfe zu, wie bessere Chancen auf gewünschte soziale Kontakte und auf selbstbestimmte Eigenständigkeit. Damit würden sich letztlich auch Gesundheitsrisiken wie Einsam-

keit und Abschottung mindern oder verhindern lassen. Aktuell werden die jeweiligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Unterstützungsdienst als die vorrangig bestehenden sozialen Kontakte von den Bewohnerinnen und Bewohner gewertet.

Mit der bestehenden Unterstützung äußern sich aber die meisten befragten Bewohnerinnen und Bewohner dennoch eher generell zufrieden. Der Gesundheitsversorgung attestieren sie gut funktionierende ärztliche Leistungen, die ihnen durchgehend auskömmlich erscheinen. Eine nähere Prüfung fördert dann aber zutage: Es gebe kaum gesunde Bewegungsangebote und mangle an gesunder Ernährung. Nahrungsaufnahme wird eher wegen der dabei erlebten Gemeinschaft geschätzt. Verbesserungen sind schwer zu erreichen: Weil nur in geringem Umfang Zugriffe auf eigene finanzielle Mittel möglich sind, lässt sich nur schwer aus eigener Kraft Abhilfe schaffen, etwa über eine (ergänzende) Selbstversorgung. Die Bewohnerinnen und Bewohner leben unter den Regeln der Rundum-Sachleistungen; Eigeninitiativen für individuell gewünschte Sportgeräte oder -aktivitäten sowie ergänzende gesunde Nahrung sind kaum erschwinglich. Fördermittel aus der „Präventionskasse“ könnten also sowohl in sportliche Aktivitäten, Bewegung und Entspannung, gesunde Ernährung, aber auch in die Unterstützung mit Hilfsmitteln fließen, z. B. werden Sehhilfen allenthalben schmerzlich vermisst.

Zusammenfassend zeigen sich in der exemplarischen Feldstudie aus dem Jahr 2019 nennenswerte ungedeckte Bedarfe der Prävention und Gesundheitsversorgung, auf die die Befragten aufmerksam machen. Denn die einen haben „immer irgendwie das Gefühl (...) auf Reserve zu laufen“ ... und die anderen fühlen sich weitgehend fremdbestimmt; und beide wünschen sich Gemeinschaft und Individualität zugunsten der Gesundheit.

Insgesamt mangelt es an einschlägigen Feldstudien, die Möglichkeiten und Grenzen der Prävention bezogen auf den Personenkreis der Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung aufdecken und die gewünschte Gesundheitsförderungs politik flankieren, insbesondere, wenn Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung nicht nur als Objekte von Prävention gesehen werden, sondern selbst auch aktiv mitwirken sollen. Die seit über zwei Jahrzehnten in der Pflegewissenschaft geführte Debatte hierzu steht in der Eingliederungshilfe noch weitgehend aus (Bartholomeyczik 2006; Hurrelmann / Horn 2011; Roling et al. 2012; Schaeffer / Büscher 2009), und auch in anderen anrainenden Disziplinen ist dazu nur sehr wenig zu finden.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

8.2.3 Demografischer Wandel und Gesundheitsbegriff in Zusammenhängen

Gesundheit und Wohlbefinden im höheren Lebensalter ist ein wichtiges Aufgabenfeld der Gegenwart und Zukunft, denn die Bevölkerung altert (Brandt et al. 2016). Auch die Anforderungen an Gesundheitssorge für die wachsende Personengruppe Älterer mit Beeinträchtigungen steigen. Möglichkeiten medizinisch-technischer Innovationen sowie besserer gesunder Lebensführung und bestehende Lebenslagen greifen ineinander, ohne Gebrechlichkeit außer Acht zu lassen (Fuchs et al. 2016). Hierzu liegen wissenschaftliche Konzepte eines „erfolgreichen Alterns“ (successful aging) vor (Baltes / Baltes 1990; Rowe / Kahn 1997), die maßgeblich dazu beigetragen haben, dass neben einem Teilhabecharaktermaß auch Personengruppen mit erheblichen Beeinträchtigungen und zugleich mit verfügbarer Plastizität, also weiterhin positiven Entwicklungsmöglichkeiten, wahrgenommen werden. Direkten Einfluss auf die Gesundheit dieser Personengruppen mit Beeinträchtigungen und Behinderung sieht die Forschung bei den Versorgungsangeboten selbst sowie zugänglicher und nutzbarer gesundheitlicher Versorgung. Hier können sehr unterschiedliche Ressourcenlagen vorliegen, auch verbunden mit im Lebenslauf gewonnenen und genutzten Erfahrungen etwa im Erwerbsleben oder bei medizinischer Rehabilitation (Ziegelmann / Lippke 2007). Gelegenheiten soziale Netze zu knüpfen und Gemeinschaft zu wählen beziehungsweise mit Mitmenschen verbunden zu sein, bauen Ressourcen auf für Gesundheit (Deindl et al. 2016; Lippke et al. 2020a).

Subjektive Gesundheitsbewertungen von Menschen mit Beeinträchtigungen im höheren Lebensalter zu erhalten ist besonders aufwändig. Außer den bekannten grundsätzlichen Schwierigkeiten von (Immer-Wieder-)Befragungen werden zu Interviews auch unterschiedliche Kommunikations-, Informations- oder Mobilitäts Herausforderungen berichtet (Gerolimatos et al. 2014). Verzerrungen von Forschungsergebnissen zur Gesundheit dieser Personengruppen werden so wahrscheinlicher. Zusätzlich werden Bevölkerungsgruppen in organisierten Unterkünften (wie der Alten- oder Behindertenhilfe beziehungsweise in Pflegeeinrichtungen) häufig in Befragungen nicht repräsentativ erfasst oder von „Gatekeepern“ abgeschirmt (beispielsweise Angehörige, Pflegepersonal oder Einrichtungsleiter), die ihre Befragbarkeit oder Belastbarkeit stellvertretend beurteilen. Auch das Gesundheitswissen und die eigenen Erwartungen an ein gutes Leben sind Einflussfaktoren (George 2010). Daher können beispielsweise Personen mit gleicher Funktionalität sehr unterschiedliche Gesundheitsbewertungen erhalten. Zudem können systembedingt auftretende Pflegebedarfe in der Eingliederungshilfe anders bewertet und mit Diensten unterstützt werden als die als altersbedingt eingeschätzten Bedarfe. Zur gesundheitlichen Lage in Pflegeheimen mangelt es ins-

gesamt an Informationen, deswegen fallen Prognosen zur gesundheitlichen Entwicklung der alternden Bevölkerung nicht leicht. Dies gilt umso mehr, wenn nicht allein die Abwesenheit von Krankheiten betrachtet werden soll, sondern Wohlbefinden und „gutes Altern“ im Licht des gesamten Lebensverlaufs (Brandt et al. 2012).

Ebenso sind auf der Meso- und Mikroebene weiter klärende Studien zu wünschen. Blickt man intersektional, also mit Bezug auf ein mögliches Zusammenwirken unterschiedlicher Personenmerkmale beziehungsweise Kontexte, finden sich vielfache Kombinationen von Behinderung und Krankheitsbildern (Schulz-Nieswandt 2006) beziehungsweise Behinderung und Pflege. Ebenso zeigen Daten Zusammenhänge mit Gesundheitseinbußen (Kuhlmey / Schaeffer 2008) oder Versorgungserfordernissen im Alter beziehungsweise Qualifikationsanforderungen an das Fachpersonal, die aber nicht spezifisch auf Personen mit Beeinträchtigungen und Behinderung gerichtet sind. Hingegen werden Alter, Gesundheit und Krankheit thematisiert, gekoppelt mit Rüstigkeit (Lebenskraft) oder Gebrechlichkeit (Altersschwäche) (von Kondratowitz 2008). Ressourcen aufgrund von beziehungsweise trotz eingeschränkter Gesundheit sollten im Dreieck mit Teilhabechancen und Diskriminierungsrisiken betrachtet werden, bislang werden Beeinträchtigungen kaum in Studien nach diesen Blickwinkeln herausgearbeitet. Dies ist insbesondere deswegen erstaunlich, weil auf Gesundheit als zentralem Bestandteil für Teilhabe auch bei Beeinträchtigungen und Behinderung seit langem aufmerksam gemacht wird, auch und gerade im Alter (Wacker 2005) und für Wohlbefinden (Diener et al. 1985).

Mit dem Programm *Kompetentes Altern sichern* (KompAs) liegt ein Modellversuch zur Gesundheitssicherung und -förderung vor. In diesem Modellversuch wurde auch eine Wirkungsmessung mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen durchgeführt. Ein Jahr lang wurde mit wissenschaftlicher Begleitung ein Bewegungsprogramm für sie und mit ihnen entwickelt, erprobt und bewertet. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren in der dritten und vierten Lebensphase. Alltagstaugliche Gesundheitsprogramme wurden abschließend kommuniziert und zur Verfügung gestellt (Michna et al. 2007). In einem Beteiligungsverfahren wurde herausgearbeitet, wie sich ein aktiver Lebensstil unter Einrichtungsbedingungen wirksam entfalten und somit Gesundheitspotenziale fördern kann. Elemente sind Gleichgewichts- und Gangschulungen, Körperwahrnehmungs- und Entspannungsfähigkeit, Kraftfähigkeit und auch Auge-Hand-Koordination ebenso wie die Fähigkeit zur Ausdauer. Die konkreten Verfahren wurden nach gemeinsamer Diskussion und Bewertung in den Alltag übernommen. Das Fazit einer Teilnehmerin lautet: „Also Spaß macht es uns, sonst tät ma da nicht mitmache.“

(Michna et al. 2007: 212). Teilhabechancen können als Kernbestandteil von Gesundheitsförderung somit auch hier aufgezeigt werden. Das gilt auch in besonderen Wohnformen.

8.2.4 Was Menschen gesund hält – im Lebens(ver)lauf

Forschung zur Gesundheit kann Risiken aufdecken, also Umstände finden, die wahrscheinlich zu bestimmten Erkrankungen führen. Es lassen sich aber auch Zusammenhänge erforschen, die Resilienz (Widerstandskraft; auch bei problematischen Lebensumständen) abbilden. Resilienz kann wie in den Materialwissenschaften verstanden werden, in denen Material auf seine Fähigkeit geprüft wird, unter Belastungen in Form zu bleiben beziehungsweise sich wieder in seine Form zurück zu verwandeln und dabei dauerhaft funktional zu bleiben.

Gesundheitsentstehung und Widerstandskräfte

Mit dem Modell der Salutogenese (Gesundheitsentstehung) folgt der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (1979; 1997) der Frage, was Menschen gesundmacht und -hält, also was Resilienz fördert. Er sucht nach entsprechenden Kraftquellen. Seine Aufmerksamkeit richtet sich weniger auf Krankheiten und mehr auf Ressourcen, wie eine förderliche Grundhaltung gegenüber der Welt und dem eigenen Leben, die Menschen stark machen (siehe Abbildung 92). Solche Widerstandskräfte (Resilienzressourcen) – so lautet das Forschungsergebnis – entstehen dann, wenn

- man die Welt in Zusammenhängen sehen und verstehen kann (Verstehbarkeit: comprehensibility),
- man in ihr selbstbestimmt Handeln kann (Kontrollierbarkeit, Handhabbarkeit: manageability) und
- dies in Zusammenhängen von Bedeutung und Sinn (Bedeutsamkeit, Sinnhaftigkeit: meaningfulness) steht.

Dies fördert Gesundheit, verbunden mit externen Faktoren (Gelingensumständen). Ein entsprechend zusammengesetztes Kohärenzgefühl (sense of coherence: SOC) wirkt also als generelle Lebenseinstellung, eingebettet in die gesellschaftlichen Bedingungen von Zeit und Settings, in denen Menschen ihre sozialen Rollen wahrnehmen und darstellen.

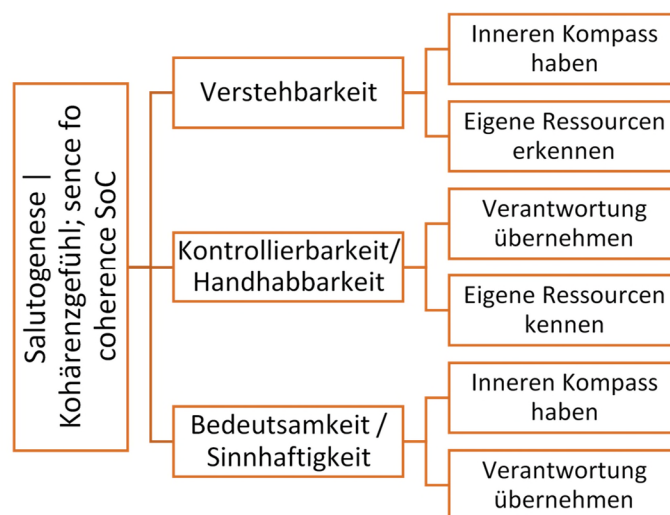
„Ich gehe davon aus, dass Heterostase, Ungleichgewicht und Leid inhärente Bestandteile menschlicher Existenz sind, ebenso wie der Tod.“ (Antonovsky 1993: 6)

Die Stärke dient also dazu, die Ungleichgewichte und auch die Leiderfahrungen, aus denen Leben besteht, zu handhaben und gesund zu sein. Dazu sind Beeinträchtigungen keine grundlegende Hürde, sondern ein möglicher Aspekt des andauernden Ungleichgewichts, das allen Menschen aufgetragen ist. Zugleich bedeutet dies, dass Stressoren nicht unbedingt krankmachen,

- wenn man einem inneren Kompass folgen kann,
- wenn man seine eigenen Ressourcen kennt und
- wenn man Verantwortung übernimmt.

Hierzu sind jeweils Kennen und Können wichtige Bedingungen.

Abbildung 92: Salutogenesemodell nach Bestandteilen



Quelle: Eigene Darstellung nach Antonovsky 1997

Nun ist die Frage, wer diese Ressourcen zur Verfügung hat und sich dessen bewusst ist. Denn wem es gelingt, besser mit herausfordernden Situationen zureichend und angemessen umzugehen, der bleibt beziehungsweise wird eher (wieder) gesund im weiteren Sinne: Resilientere Personen sind weniger anfällig (oder gesünder), als Personen, denen solche Ressourcen fehlen. Kraftquellen sind nicht allein individuelle körperliche Fähigkeiten, sondern auch Freundeskreise, soziale Unterstützungen und Umweltbedingungen, die Wohlbefinden erhöhen.

Solche Ressourcen und auch ihre Beurteilung sind kulturgebunden. Dies kommt dem Konzept eines „internalised sense“, einer verinnerlichten Gewissheit, nahe,

die Amartya Sen (1993) als capability (Fähigkeit) charakterisiert und mit Lebensqualität und Wohlbefinden verbindet (Abschnitt 8.1.3). Dies schafft Widerstandskraft in Menschen, vor allem unter förderlichen Bedingungen, die mit Lebensqualität oder „guter Gesundheit“ und „guter Gesundheitsversorgung“ umschrieben werden (Warren / Manderson 2013: 11). Diese Lebensbedingungen lassen sich für Menschen mit Beeinträchtigungen auf den Prüfstand stellen. Dafür bieten sich das oben genannte Salutogenese-Konzept und der Capability Approach als Rahmung an, um entsprechend Gesundheitslagen und Gesundheitsförderung zu beschreiben und zu bewerten. Im Grunde geht es um zwei Stränge, nämlich

- die konkrete Lebenssituation einer Person (achieved functionings) und deren
- verfügbare Möglichkeiten (available options).

Das bildet das „capability set“ (Abbildung 93). In diesem situativen und kulturell eingebetteten Zusammenhang leben die einzelnen Personen und bahnen ihren Lebensweg, entwickeln ihre Lebenspläne, in den jeweiligen Möglichkeitsräumen („close to ability and capacity“). Inwiefern ihnen die Umsetzung gelingen kann, beeinflusst ihre gute Gesundheit und ihr Wohlbefinden (Bertmann 2018: 68ff.).

Abbildung 93: Capability Approach



Quelle: Eigene Darstellung nach Sen 1993

Gesundheitskompetenz und Fähigkeitsfokus

Lebensfreude und Lebenszufriedenheit können also zur Gesundheit beitragen, sind aber allein nicht gleich Gesundheit. Förderlich sind ebenso die Fähigkeiten von Personen, Gesundheit zu beurteilen und mit ihr umzugehen (Health Literacy

| Gesundheitskompetenz: Quenzel / Schaeffer 2016). Es geht darum, Informationen zu verstehen, das Gesundheitssystem angemessen zu nutzen, auch unter Zugriff auf geeignete Dienstleister (Diviani / Camerini 2014). Da sich Menschen mit Beeinträchtigungen überdurchschnittlich häufig mit gesundheitsbezogenen Fragen und Informationen auseinandersetzen müssen und nur eine Minderheit von ihnen es leicht findet, mit diesen Anforderungen umzugehen, besteht hier erheblicher Handlungsbedarf, sei es bezogen auf die Umstände der eigenen Gesundheitsbemühungen, sei es beim Umgang mit dem Gesundheitssystem (Schaeffer et al. 2016). Einzelne Modellversuche erproben Wege, für die dringend benötigte Kommunikations- und Informationsverbesserung passende Formen zu entwickeln (etwa im Berufsleben angesichts der Wünsche verstanden zu werden und der Befürchtung möglicher Diskriminierung) (<https://sag-ichs.uni-koeln.de>; Bauer et al. 2017). Teilweise werden auch in die berufliche Eingliederung bereits entsprechende Gesundheitsangebote einbezogen (Hüb et al. 2016).

Gesundheitsförderung gelingt also mit individueller Gesundheitskompetenz und passend zu den beschriebenen, externen Fähigkeitsfeldern. Das bedeutet, in einem das ganze Leben umspannenden Aufgabenfeld, einen andauernden Prozess, der Gesundheit stützt und erhält, voranzutreiben. Bestandteile sind das individuelle Handeln von Personen (Verhalten) und die Lebenslagen und Lebensumstände (Verhältnisse). Gesundheit ist kein Zustand, sondern wird immer aufs Neue erstrebt, beachtet und offensiv verteidigt. Diese Aufgabe gelingt in verschiedenen Gruppen der Bevölkerung unterschiedlich gut. Oft gründen solche Ungleichheiten und Verletzlichkeiten in einem niedrigen sozioökonomischen Status, in drohender Diskriminierung, in Benachteiligung bei Bildung und Arbeit, in Sprachbarrieren oder auch sozialräumlicher Benachteiligung (Bolte et al. 2012). Aber auch diese sogenannten verletzlicheren Gruppen bestehen zugleich aus handlungsfähigen Menschen, im Sinne der Ottawa-Charta (WHO 1986). Also sind sie von klein auf und umfassend einzubinden in Gesundheitsfragen. Für Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen wurde dies beispielsweise im Jahr 2009 durch die Bundesregierung nachdrücklich gefordert und geprüft, im Rahmen des 13. Kinder- und Jugendberichts (BMFSFJ 2009: 4), damit es gelingen kann mit Beeinträchtigungen gesund heranzuwachsen, flankiert durch passende Prävention und Gesundheitsförderung.

Es besteht somit die Aufgabe zu ermöglichen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen in der Lebensspanne alle Möglichkeiten gleichermaßen nutzen können, mit ihren Kräften hauszuhalten, diese zu entfalten, eventuell gegebene geringere Gesundheitschancen nach Wunsch und Wahl durch Unterstützung zu mildern oder zu beseitigen (Dragano et al. 2010). Dies erfordert mehr Anstrengungen, als soziale Ungleichheit nur zu messen und zu beschreiben (Wacker et al. 2010).

8.2.5 Gesundheitspolitik und (betriebliche) Gesundheitsförderung

Das Anliegen, über das Gesundheitswesen die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung insgesamt zu verbessern, findet gewiss allgemeine Zustimmung. Zugleich lassen sich Sorgen wegen der laufend steigenden Gesundheitsausgaben nicht ausblenden. Eine gesundheitspolitische Herausforderung ist schließlich auch, dass Einkommen, Bildung, soziale Netze, Erholung, Verhaltensspielräume und ähnliche Kraftquellen für Gesundheit nicht allen Gruppierungen in der Bevölkerung gleich zugänglich sind. Ungleiche Chancen der Resilienz durch ungleiche Lebensverhältnisse bewirken ungleiche Gesundheitschancen. Diese Benachteiligung schadet der Gesundheit der beschriebenen Bevölkerungsgruppen und sollte folglich beseitigt werden. Aber: Gesundheitsanliegen sind häufig auch mit Kosten verbunden.



Gesundheitsausgaben in Deutschland

Die Gesundheitsausgaben in Deutschland sind hoch, auch im Weltvergleich. Sie lagen 2018 bei 390,6 Milliarden Euro. Im Vergleich zum Jahr 2008 ergibt sich eine Steigerung von 46 Prozent. Pro Kopf liegen die Ausgaben bei 4.712 Euro und sind damit in den letzten 10 Jahren um 42 Prozent gestiegen.

Zu den zentralen Faktoren, die den Kostenanstieg beeinflussen, zählen neben der alternden Bevölkerung und der damit im Zusammenhang stehenden Zunahme chronischer Erkrankungen auch der Einsatz leistungsfähiger, aber auch kostenintensiver Technik und Medizinprodukte (Williams et al. 2019).

Zur Einordnung des gesamtdeutschen Ausgabenniveaus ist ein Blick in die Bundesländer hilfreich: Die Beträge pro Kopf variieren von 5.059 Euro in Brandenburg bis 4.282 Euro in Bremen und auch die Steigerungsraten streuen deutlich um den gesamtdeutschen Mittelwert.

Tabelle 111: Gesundheitsausgaben in Deutschland und den Ländern
Insgesamt und je Einwohner/in, 2018, Veränderung zu 2008

Land	Insgesamt		je Einwohner/in	
	2018 in Mio. Euro	Veränderung 2008 bis 2018	2018 in Euro	Veränderung 2008 bis 2018
Baden-Württemberg	49.739	+ 47 %	4.503	+ 40 %
Bayern	61.252	+ 48 %	4.698	+ 41 %
Berlin	17.360	+ 53 %	4.783	+ 37 %
Brandenburg	12.687	+ 46 %	5.059	+ 45 %
Bremen	2.920	+ 47 %	4.282	+ 42 %
Hamburg	8.547	+ 53 %	4.655	+ 42 %
Hessen	29.856	+ 51 %	4.773	+ 44 %
Mecklenburg- Vorpommern	7.808	+ 42 %	4.848	+ 45 %
Niedersachsen	37.227	+ 45 %	4.669	+ 42 %
Nordrhein- Westfalen	85.483	+ 46 %	4.770	+ 44 %
Rheinland-Pfalz	19.370	+ 44 %	4.748	+ 42 %
Saarland	4.862	+ 45 %	4.900	+ 49 %
Sachsen	18.840	+ 42 %	4.618	+ 44 %
Sachsen-Anhalt	10.815	+ 35 %	4.881	+ 45 %
Schleswig-Holstein	13.675	+ 46 %	4.726	+ 41 %
Thüringen	10.188	+ 42 %	4.745	+ 48 %
Deutschland	390.628	+ 46 %	4.712	+ 42 %

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Quellen: Gesundheitsausgabenrechnung der Länder, Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes, Berechnungsstand: Mai 2020; Bevölkerungsstatistik: Durchschnittliche Bevölkerung auf Basis des Zensus 2011; Darstellung Prognos

Im internationalen Vergleich weist die OECD für Deutschland ein überdurchschnittliches Ausgaben-, aber auch ein ebensolches Leistungsniveau aus. Sie belegt dies über Indikatoren wie der Anzahl der Ärzte oder des Pflegepersonals, der verfügbaren Krankenhausbetten oder der Krankenhauseinweisungen pro Kopf, die allesamt über dem Mittelwert der Vergleichsländer liegen. Andererseits zeigen Vergleichswerte wie Lebenserwartung und vermeidbare Sterblichkeit nur Mittelmaß (OECD 2019). Statistisch sichtbare Ursachen sind eine überdurchschnittliche Verbreitung gesundheitsschädlicher Lebensgewohnheiten und die Zunahme sogenannter Volkskrankheiten wie Krebs, Asthma, Adipositas oder Herzinsuffizienz – Krankheitsbilder, die wirksam durch präventionsmedizinische Versorgungsangebote eingegrenzt werden könnten.

Der Blick auf Gesundheitsinvestitionen und Versorgungsstrukturen legt nahe, mehr Augenmerk auf Vergleichsfelder zu legen, in denen sich eher geringere Versorgung zeigt. Dies gilt dann vermutlich weniger für ärztlich-personelle oder technische Ausstattung der stationären Sektoren. Eher lassen sich Schwach- und Bruchstellen vermuten im Übergangsbereich zwischen Handlungs- und Zuständigkeitsfeldern der Gesundheit, etwa bei der Prävention und bei Faktoren, die Wohlbefinden und Widerstandskräfte stärken.

Bekanntermaßen lassen sich präventive Erfolge aber nur schwer ausweisen. Wie erläutert bestehen enge Zusammenhänge zum gesamten Lebensverlauf und den darin enthaltenen Chancen, Gesundheitsressourcen aufzubauen. Menschen mit Beeinträchtigungen erfahren ungleich seltener Chancen, auf Gesundheitsressourcen zuzugreifen, sei es etwa durch förderliche Bewegung, Ernährung, Entspannung und Teilhabe in gewünschter Gemeinschaft, sei es durch sozioökonomische Kraftquellen. Hieraus lässt sich Handlungsbedarf ableiten. Diese Erfordernisse werden auch wahrgenommen, so dass die (Wieder-)Entdeckung der Gesundheitssorge Fahrt aufnimmt und womöglich eine neue Epoche gesundheitsorientierter Medizin beginnen könnte.

Aktuell enthalten Programme der Gesundheitsförderung und Prävention Bestandteile mit unterschiedlicher Reichweite und Wirkungsweise (siehe Abbildung 94). Neben kurzzeitige Aktionen im Feld der Lebensbedingungen, Rahmenbedingungen, Strukturbildung, Partizipation und Kompetenzaufbau treten indirekte oder

intermediäre Ergebnisse mittlerer Reichweite über veränderte Lebensstile, Änderungen gesundheitsschädlichen Verhaltens, Gewinnen an Funktionsfähigkeit und Physiologie, schließlich gefolgt von langfristig angestrebten Gesundheitswirkungen auf Lebensqualität, Krankheitsvermeidung und Gesundheitsgewinnen.

Abbildung 94: Grundbestandteile der Programme der Gesundheitsförderung und Prävention

Direkte Kurzzeitförderung	indirekte/intermediäre Gesundheitsergebnisse	Langzeitergebnisse
<ul style="list-style-type: none"> • Lebensbedingungen • Rahmenbedingungen • Strukturbildung (capacity building) • Partizipation • Kompetenzaufbau 	<ul style="list-style-type: none"> • Lebensstil • Verhaltensänderung • Funktionsfähigkeit • Physiologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Lebensqualität/ Wohlbefinden • Krankheitsvermeidung • Gesundheitsgewinn • erfolgreiches Altern • soziale Teilhabe

Quelle: Eigene Darstellung

■ Kurzzeitige Veränderungsmöglichkeiten

Zu direkten Verbesserungen zählen der Abbau von Belastungen (wie Lärm oder Schadstoffe), aber auch die Verbesserung des sozialen Umfeldes, der Arbeits- und Wohnbedingungen oder Ausbildung. Auch Entwicklungen im öffentlichen Bewusstsein oder gesetzlichen Rahmenbedingungen können direkt förderlich sein; ebenso wie eine verbesserte Qualifikation der Fachkräfte oder Kommunikation zentraler Akteure. Wissen, Einstellungen, Selbstwert und Selbstwirksamkeit können ebenso gesundheitsförderlich wirken, wie auch beispielsweise Befähigungen (empowerment), höhere Aufmerksamkeit für bereichsüberschreitende gesundheitsförderliche Prozesse oder erreichbarere Gesundheitsdienste.

■ Veränderungen mit mittlerer Wirkungsweise

Werden von einzelnen Personen Gesundheitsrisiken gesenkt (z. B. bezogen auf Suchtverhalten wie Drogen, Alkohol, Medikamentenkonsum, Rauchen, Ernährung, Bewegung, Arbeitsweise, Vorsorgeuntersuchungen usw.) treten Wirkungen zunächst indirekt, also zeitverzögert und schwerer wahrnehmbar, ein. Ähnliche

Phänomene sind im konkreten Umgang mit Beeinträchtigungen zu erwarten, etwa durch therapeutische Maßnahmen oder Hilfsmittel.

■ Lösungen mit nachhaltiger Wirkung

Als „große Lösungen“ können Erfolge gezählt werden, die die Überlebenszeit, die Erkrankungshäufigkeit und -intensität betreffen, aber auch die bereits erwähnten Maße der Qualitätsvollen Lebensjahre (Quality-adjusted-life-year; QALY) und des Wohlbefindens (well-being). Aus dem Gesundheitsblickwinkel bieten sich dafür Prüfgrößen an wie Wohlbefinden, Lebensqualität, aber auch Chancengerechtigkeit oder einfach Gesundheitsgewinne.

Hierzu nutzbare Theorien und Konzepte wurden oben vorgestellt (Abschnitt 8.2.4). Dass dies nur Verfahrensmöglichkeiten sind und die Darstellung von Gesundheitserfolgen allein noch keine Gesundheitsqualität bewirkt und sichert, ist eine Binsenweisheit:

„In any system of monitoring, the measurement of outcome is only the first step... In order to take corrective action, one must dig back into the processes that led into unwanted outcomes“ (Donabedian 1980: 121).

Ein angemessenes Verständnis der beobachteten Zahlenentwicklungen verbunden mit der Offenheit für mögliche und zielführende Interventionen ist damit keineswegs hinfällig.

Auch in der gesundheitsgerechten Gestaltung der Arbeitswelt stehen noch erhebliche gesundheitsförderliche Entwicklungen an (Badura et al. 2020). Damit bleibt die Gesundheitssorge generell eine Aufbauaufgabe, soweit die wirtschaftlichen Verhältnisse dies zulassen. Im Zusammenspiel von Arbeitsschutz, Betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) sowie Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) sind in einer Matrix aus Verhältnis- und Verhaltensprävention Menschen mit Beeinträchtigungen einbezogen, insofern sie arbeitstätig sind, zugleich ist aber ebenso im Feld der Sozialen Dienste das Personal gemeint, das für Leistungen in ihrer Begleitung, Betreuung, Therapie, Prävention und vielfachen Assistenzdiensten tätig ist.

Im Kontext demographischer und gesellschaftlicher Entwicklungen steigt die Zahl dauerhaft gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Es ist üblich, dass Unternehmen in ihren Belegschaften einen bedeutenden Anteil an gesundheitlich beeinträchtigten und/oder (schwer)behinderten Beschäftigten haben (Kugler et al. 2015; 2016). Nach Studien von Adam und Niehaus (2017) kommt ihnen eine zentrale Rolle zu:

„Die alternsgerechte Arbeitsplatzgestaltung unter gesundheitlichen Gesichtspunkten, aber auch unter Berücksichtigung von Prognosen bezüglich möglicher altersbedingter Veränderungen und einsatzkritischer Einschränkungen ist eine große Herausforderung. Ferner sind Führungskräfte als Multiplikatoren und unmittelbare Gestalter der Arbeitsbedingungen miteinzubeziehen, ihre Sensibilisierung, Aktivierung und Einbindung in das Alternsmanagement ist ein zukünftig wichtiges Handlungsfeld. Herausfordernd ist zudem, der Einbezug der Beschäftigten z. B. durch BGF zwecks Vermeidung von Fehl- und Überbelastungen, um zur Prävention vorzeitiger Alterungsprozesse beizutragen.“ (Adam / Niehaus 2017: 204).

Die Zahl chronisch erkrankter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und derjenigen, die aktuell nicht erwerbsfähig sind und entsprechend Erwerbsminderungsrente beziehen, steigt (Lippke et al. 2020b). Insbesondere Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind eine stark wachsende und zugleich besonders stigmatisierte Gruppe. Der Umgang mit ihnen überfordert zudem viele Akteure (Niehaus / Vater 2014a; 2014b).

Auch wenn in den Unternehmen das Bewusstsein für die Relevanz der Thematik wächst, ist ein offener Umgang mit Fragen von Gesundheit, Krankheit und Behinderung im Arbeitskontext noch lange keine Selbstverständlichkeit. Dies führt dazu, dass auch Beschäftigte mit Behinderungen oder dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen genau abwägen, wie offen sie auf der Arbeit über ihre Beeinträchtigung sprechen. Eine grundsätzliche Schwierigkeit liegt im offenen Miteinander. Mit der wichtigen Entscheidung, ob sie ihre Erkrankung kommunizieren sollen, fühlen sich Betroffene oft allein. Prinzipiell kann eine Offenbarung zahlreiche Vorteile haben, beziehungsweise Nachteilsausgleiche bringen: Betroffene setzen auf Unterstützung durch Kolleginnen, Kollegen und Vorgesetzte, auf Arbeitsanpassungen oder darauf, ihre Erkrankung nicht mehr verstecken zu müssen. Dem stehen jedoch Befürchtungen gegenüber, vor allem hinsichtlich möglicher Diskriminierung durch das Arbeitsumfeld. Noch vielschichtiger wird die Entscheidung dadurch, dass die individuelle Situation mitbestimmt, welche der Hoffnungen und Befürchtungen tatsächlich eintreten (Bauer et al. 2017a). Die Ergebnisse einer quantitativen Befragung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mit dauerhaften nicht sichtbaren gesundheitlichen Beeinträchtigungen deuten darauf hin, dass derzeit Befürchtungen die Entscheidung deutlich mehr beeinflussen als potenzielle positive Konsequenzen (Niehaus / Bauer 2015). Dies kann dazu führen, dass Betroffene aus Angst vor Diskriminierung und negativen Folgen möglicherweise notwendige Unterstützung nicht in Anspruch nehmen und so auf lange Sicht gegebenenfalls ebenfalls die eigene Gesundheit und ihren Arbeitsplatz aufs Spiel setzen.

Um die Kräfte der Betroffenen für eine individuell optimale Entscheidung zu steigern und freizusetzen, wurde ein wissenschaftlich fundiertes barrierearmes Webangebot entwickelt, das neben relevanten Informationen zur Entscheidung für oder gegen den offenen Umgang mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung im Arbeitskontext einen interaktiven digitalen Selbst-Test anbietet (<https://sag-ichs.uni-koeln.de>). Über Fragen zu entscheidungsrelevanten Themenfeldern werden im Selbst-Test Informationen zur individuellen Entscheidungssituation (z. B. berufliche Rahmenbedingungen, persönliche Werte et cetera) der Nutzerinnen und Nutzer erhoben. In der Auswertung erhalten die Nutzerinnen und Nutzer dann ein individualisiertes Feedback dazu, ob der jeweilige Teilaspekt in ihrer spezifischen Situation eher für oder gegen einen offenen Umgang spricht. Außerdem wird auf weitere Ressourcen verwiesen, die helfen, die nächsten Schritte zu planen und anzugehen und weiterführende (persönliche) Beratung in Anspruch zu nehmen.

Damit kann die Gesundheitskompetenz (Health Literacy) und langfristig auch die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit Betroffener unterstützt und gefördert werden. In allen Projektphasen wurden Expertinnen und Experten in eigener Sache, Selbsthilfe und relevante Stakeholder einbezogen, um Nützlichkeit, Akzeptanz und Praktikabilität des Webangebotes sicherzustellen.

8.2.6 Gesundheitsverhältnisse und Versorgungsqualität

Die gesetzliche Krankenversicherung nimmt in Deutschland eine entscheidende Rolle im System der gesundheitlichen Sicherung ein. Sie stellt allen Versicherten umfassend Sachleistungen zur Krankenbehandlung zur Verfügung, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung gilt dies gleichermaßen. Das *Fünfte Sozialgesetzbuch* enthält in § 2a SGB V eine eigenständige Regelung, die ausschließlich deren Belange in den Mittelpunkt stellt. Hierzu gilt es, ihre Teilhabe zu berücksichtigen, ihre Selbstbestimmung zu ermöglichen und durch Behinderungen beziehungsweise chronische Krankheit bedingte Nachteile auszugleichen. Dies entspricht dem im Grundgesetz (Artikel 3 Absatz 3 Satz 2) bestimmten Benachteiligungsverbot. Die UN-BRK verbietet in Artikel 25 die Diskriminierung behinderter Menschen in der Krankenversicherung und in der Lebensversicherung. Ebenso wird dort verboten, die Gesundheitsversorgung oder Gesundheitsleistungen sowie Nahrungsmittel und Flüssigkeiten aufgrund einer Behinderung diskriminierend vorzuenthalten.

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf die erforderlichen Leistungen, insbesondere zur medizinischen Rehabilitation, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung haben ebenso Anspruch auf die Früherkennungsangebote der gesetzlichen Krankenkassen. Eingeschlossen sind auch behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder und deren Leistungsansprüche auf Früherkennung und Frühförderung. Neben der ärztlichen Behandlung sind ebenso sozialpädiatrische, psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen zur Frühdiagnose und Behandlungsplanung einbezogen. Leistungen werden nicht von der Krankenkasse, sondern von den Trägern der Sozial- und Jugendhilfe erbracht und – bezogen auf individuell erforderliche Leistungen – gemeinsam mit den Eltern in einem interdisziplinär entwickelten Förder- und Behandlungsplan erarbeitet. Auf dieser Grundlage können die Träger der Krankenversicherung und der Sozial- beziehungsweise Jugendhilfe die Leistungen als Komplexleistung erbringen. Für Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung werden interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren eintreten. Leistungen erfolgen in ambulanter, einschließlich mobiler Form.

Eine gemeindenahе ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung stellt – auch im ländlichen Raum – Regelungen zur vertragsärztlichen Versorgung sicher (§§ 99 ff. SGB V), nach den entsprechenden Bedarfsplanungen.

Viele Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung benötigen Pflege. Nach dem im § 2 SGB XI verankerten Leitbild ist gute Pflege menschenwürdig, hat ein möglichst selbstständiges Leben zum Ziel und die selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Mit der Pflegereform sind verschiedene Personen und Personengruppen mit Beeinträchtigungen in neuer Weise eingebunden. Das sind vor allem Personen mit Demenz (als größter Anteil der Personen mit psychischen Beeinträchtigungen), die bedarfsorientiert Leistungen beanspruchen können. Gute Pflege soll in der Gemeinde beziehungsweise im Quartier erfolgen und bestehende Netzwerke, das Wohnen und Wohnumfeld, Gesundheitsdienste und Versorgungssysteme (niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, andere Einrichtungen wie Beratungsstellen) einbeziehen.

Dennoch sind viele Fragen offen, wie beispielsweise der Umgang mit der Verschiedenheit der Bedarfe und Bedürfnisse der Leistungsberechtigten, beispielsweise nach Geschlecht, Alter, Beeinträchtigung, Herkunft und anderen Merkmalen.

8.2.7 Gesundheit und Teilhabe – erste Ergebnisse aus der Teilhabebefragung

Die eigene Sicht auf Gesundheit und Versorgungsqualität der Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung ist von großer Bedeutung als authentische Informations- und Planungsquelle (Steinhart 2018). Ob und inwieweit der gleichberechtigte Zugang zu gesundheitlichen Versorgungsstrukturen für Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen umgesetzt wird, ist bisher jedoch kaum detailliert untersucht. Die nun durchgeführte bundesweite Teilhabebefragung ermöglicht es jedoch, Hinweise auf wahrgenommene Teilhabechancen und Zugangsbeschränkungen zu identifizieren. Sie bietet eine quantitative, repräsentative und ICF-konforme empirische Basis für eine detailliertere Analyse, in welchen Bereichen Versorgungslücken bestehen und welche Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen und Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung davon betroffen sind. Darüber hinaus kann sie erste Antworten auf die Frage liefern, welche Hürden beim Zugang zu Strukturen und Einrichtungen bestehen, welche Unterstützung benötigt wird, um die Angebote in Anspruch zu nehmen und wie häufig diese Unterstützung gegebenenfalls fehlt.

Mit den ersten Ergebnissen dieser Teilhabebefragung¹⁹⁰ können die dargelegten Überlegungen und Bewertungen zu Gesundheit, Teilhabechancen und Diskriminierungsrisiken angereichert werden. Weitere wertvolle Einschätzungen werden gewonnen und zugleich wird eine Brücke geschlagen zur zukünftigen Teilhabebereichterstattung. Entsprechende Datenzuflüsse auf Basis erster Teilauswertung finden sich in diesem dritten Teilhabebericht auch in anderen Bereichen (Kapitel 2, Kapitel 3, Kapitel 5 sowie Kapitel 6).

Erste Auswertungen bezogen auf Gesundheit beleuchten folgende Fragestellungen:

- Frage 1: Bei welchen Stellen gibt es keine Möglichkeit, die erforderliche Beratung und Behandlung zu bekommen?

Die Teilhabebefragung fragt exemplarisch für acht zentrale gesundheitliche Versorgungsbereiche ab, wie Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen ihren Zugang bewerten. Dazu gehören z. B. Haus-, Zahn- oder Fachärztinnen und -ärzte, Krankenhäuser oder psychiatrische Einrichtungen (Abbildung 95). Die Befragten

¹⁹⁰ Aufgrund des späteren Zeitpunkts der Erstellung des Vertiefungsthemas, konnte hierfür der Teilhabebefragung - Enddatensatz der Privathaushalte genutzt werden. Dieser wurde im Oktober 2020 durch infas an Prognos übermittelt und basiert auf 22.065 Interviews. Die, im Vergleich zum Zwischendatensatz, der die Basis zum restlichen Berichtsteil bildet, hinzugekommenen 3.717 Fälle, können kleinere Abweichungen in den Ergebnissen bedingen.

können jeweils mit den Antwortoptionen „ja, immer“, „ja, meistens“, „nein“ beziehungsweise „das brauche ich nicht“ eine Einschätzung geben, ob sie im Krankheitsfall die Möglichkeit haben, hier eine notwendige Behandlung oder Beratung zu erhalten.¹⁹¹

Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung berichten demnach über alle Bereiche hinweg häufiger als Menschen ohne Beeinträchtigungen Versorgungslücken, insbesondere wenn sie keine Möglichkeit haben, eine erforderliche Beratung und Behandlung zu bekommen.

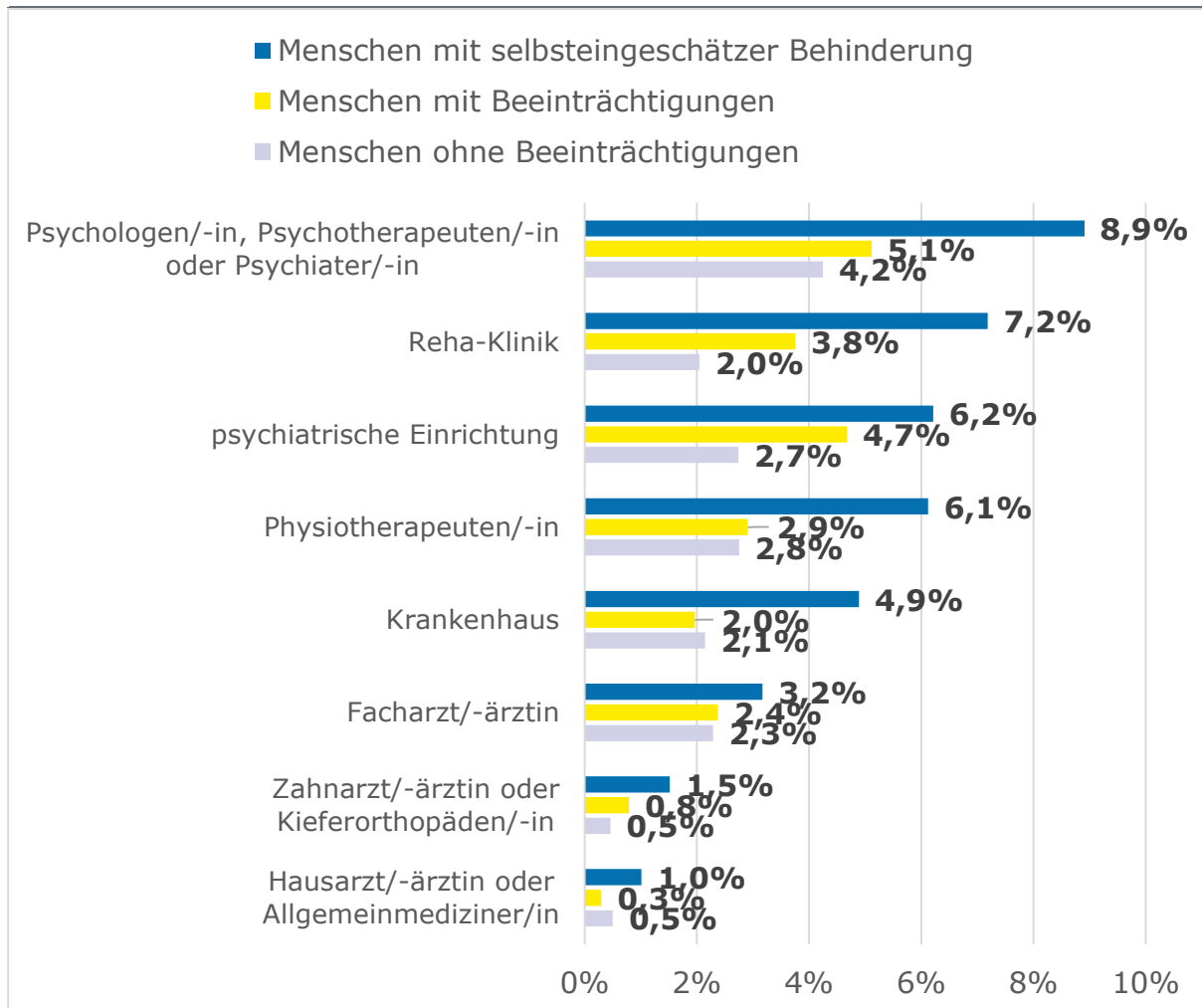
In Bezug auf die abgefragten Versorgungsangebote zeigt sich, dass fast 9 Prozent der Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung im Bedarfsfall den Zugang zu Psychologinnen beziehungsweise Psychologen, Psychotherapeutinnen beziehungsweise Psychotherapeuten oder Psychiaterinnen beziehungsweise Psychiater als nicht möglich einschätzen. Bezüglich Reha-Kliniken waren es gut 7 Prozent. Demgegenüber geben Menschen ohne Beeinträchtigungen seltener an, nicht die erforderliche Beratung und Behandlung bekommen zu können. Zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen gibt es nur geringe Unterschiede.¹⁹²

¹⁹¹ Die folgenden Auswertungen beziehen sich einheitlich auf die Antwortoption „nein“. Die Ergebnisse werden als Indikator dafür genutzt, ob die abgefragte Stelle bei den Befragten grundsätzlich (also „nein“) keine Möglichkeit bietet, die erforderliche Beratung und Behandlung zu bekommen.

¹⁹² Bei der Interpretation dieser Befunde ist zu berücksichtigen, dass die Fragestellung auf eine „erforderliche Beratung und Behandlung“ abstellt, ohne den Bedarf näher zu beschreiben. Die Einschätzung, was „erforderlich“ ist, bleibt daher subjektiv. Zweitens fällt auf, dass Menschen ohne Beeinträchtigungen Angaben über Behandlungslücken gemacht haben, zu denen sie nach objektiver Betrachtung nicht hätten Auskunft geben können, wie beispielsweise zu psychiatrischen Einrichtungen. Dies lässt vermuten, dass das Item von den Befragten als hypothetisch verstanden werden kann.

Abbildung 95: Art der Behandlungslücke

Anteil der Personen, die angeben, keinen Zugang zur erforderlichen Beratung und Behandlung zu haben nach Art der behandelnden Einrichtung



Frage: Wenn Sie krank sind und medizinisch versorgt werden müssen: Haben Sie bei folgenden Stellen die Möglichkeit, die erforderliche Beratung und Behandlung zu bekommen?

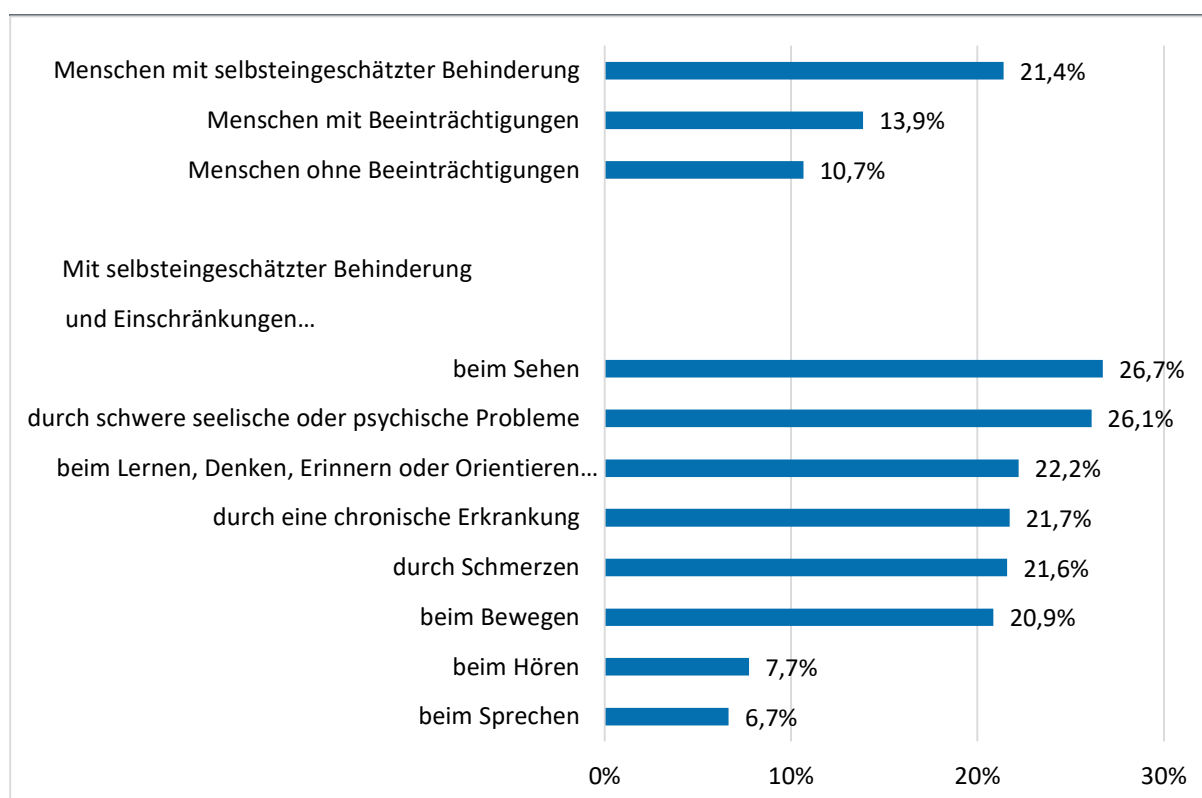
Quelle: Teilhabebefragung, Berechnung und Darstellung Prognos

Abbildung 96 differenziert die berichteten Behandlungslücken nach Einschränkungsarten. Ausgewiesen wird die Häufigkeit von Zugangsbeschränkungen in mindestens einem Versorgungsbereich für die jeweiligen Personengruppen. Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung und Einschränkungen beim Sehen berichten demnach zu rund 27 Prozent, dass sie bei mindestens einer der abgefragten Stellen keine Möglichkeit haben, die erforderliche Beratung und Behandlung zu bekommen. Ähnlich häufig berichten Menschen mit Einschränkungen

durch schwere psychische Probleme von erfahrenen Behandlungslücken. Von Menschen mit Einschränkungen beim Hören beziehungsweise beim Sprechen werden am seltensten Behandlungslücken wahrgenommen.

Abbildung 96: Behandlungslücke nach Art der Einschränkung

Anteil der Menschen, die angeben, mindestens bei einer Stelle keine Möglichkeit zu haben, die erforderliche Beratung und Behandlung zu bekommen nach Art der behandelnden Einrichtung



Quelle: Teilhabebefragung, Berechnung und Darstellung Prognos

Innerhalb der Gruppe der Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung berichteten Frauen (24,5 %) und Menschen mit Migrationshintergrund (32,0 %) überdurchschnittlich häufig von Behandlungslücken (Tabelle 112). Außerdem nimmt die Häufigkeit der Nennung mindestens eines fehlenden Zugangs mit dem Alter der Befragten und auch mit einem späteren Zeitpunkt des Eintretens einer Beeinträchtigung im Lebensverlauf ab. Nur geringe Unterschiede bestehen in Abhängigkeit vom Grad der anerkannten Behinderung (GdB).

Tabelle 112: Behandlungslücken nach soziodemografischen Merkmalen

Anteil der Menschen, die angeben, mindestens bei einer Stelle keine Möglichkeit zu haben, die erforderliche Beratung und Behandlung zu bekommen

	Anteil in %
Menschen ohne Beeinträchtigungen	10,7 %
Menschen mit Beeinträchtigungen	13,9 %
Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung	21,4 %
Darunter:	
Geschlecht	
weiblich	24,5 %
männlich	18,2 %
Alter	
unter 50 Jahre	25,2 %
50 bis 64 Jahre	21,3 %
65 bis 79 Jahre	17,6 %
ab 80 Jahre	14,8 %
Migrationshintergrund	
ja	32,0 %
nein	18,8 %
Zeitpunkt Eintritt der schwersten Beeinträchtigung	
bei Geburt und 1. Lebensjahr	20,5 %
1 bis 29	23,2 %

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

30 bis 49	21,5 %
50 bis 64	19,5 %
65 und älter	16,4 %
Grad der anerkannten Behinderung	
GdB unter 50	22,0 %
GdB ab 50	20,5 %

Quelle: Teilhabebefragung, Berechnung und Darstellung Prognos

- Frage 2: Welche Probleme treten beim Zugang zur gesundheitlichen Versorgung auf und welche Menschen stoßen vermehrt auf Probleme?

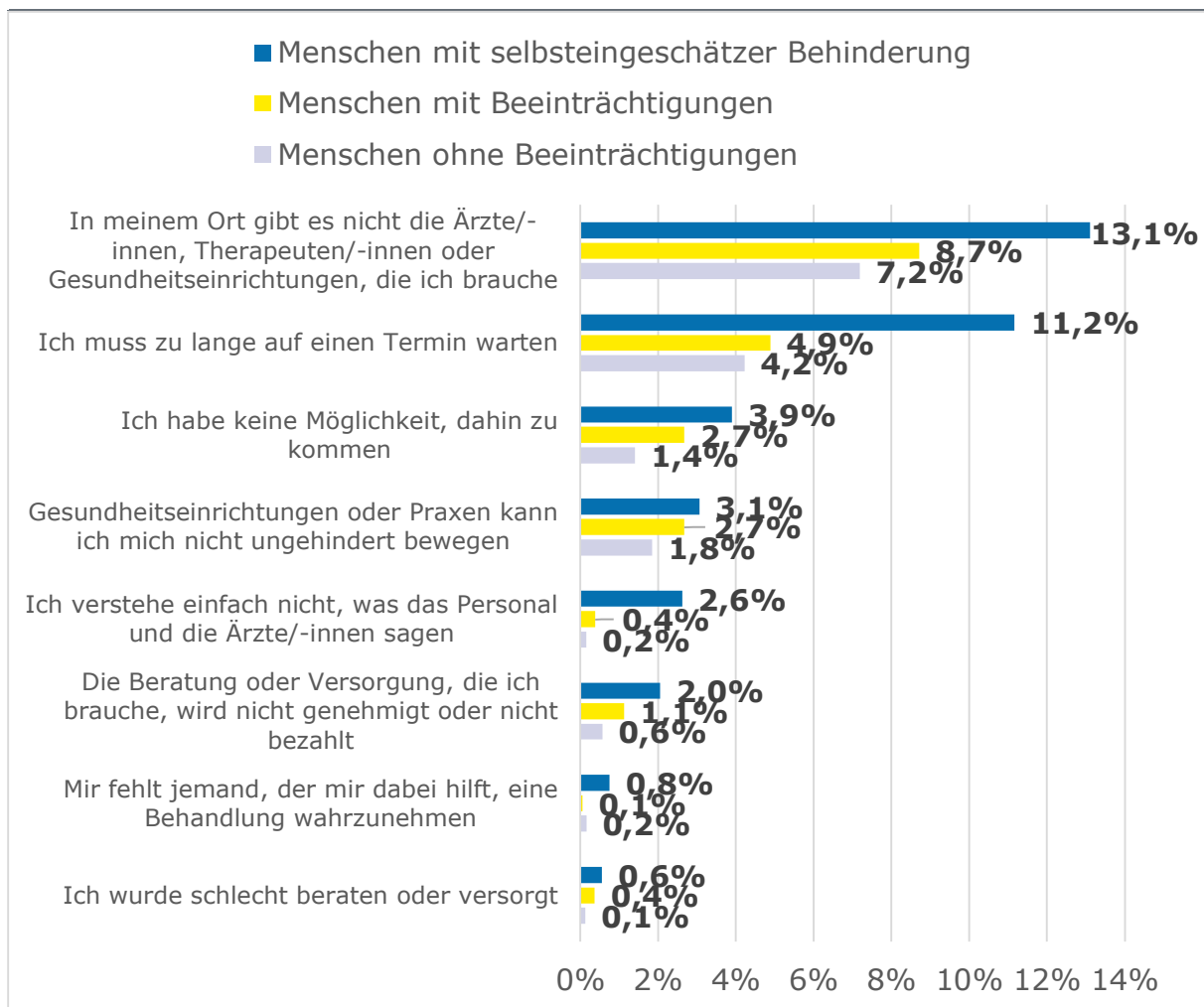
Bei der Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung können Menschen auf verschiedene Probleme stoßen. Die Teilhabebefragung fragt beispielhaft acht mögliche Problembereiche ab. Dazu gehören die Terminvergabe, die Verfügbarkeit, Erreichbarkeit oder Nutzbarkeit von Versorgungsangeboten et cetera (Abbildung 97). Die Befragten können angeben, wie häufig sie Probleme in diesen Bereichen schon selbst erlebt haben (Antwortoptionen: „immer“, „häufig“, „selten“, „nie“).¹⁹³

Die Daten zeigen, dass bei Vorliegen einer selbsteingeschätzten Behinderung Menschen zum Teil deutlich häufiger berichten, dass sie die abgefragten Probleme bei der gesundheitlichen Versorgung „immer“ erleben, als Menschen ohne eine Beeinträchtigung. Absolut und im Gruppenvergleich am deutlichsten sind die Probleme im Bereich der Verfügbarkeit und Terminfindung ausgeprägt: Für 13 Prozent der Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung sind die benötigten Versorgungsangebote an ihrem Wohnort nicht vorhanden. 11 Prozent geben an, dass sie immer zu lange auf einen Termin warten müssen. Menschen ohne selbsteingeschätzte Behinderung berichten demgegenüber deutlich seltener, dass sie die genannten Probleme erleben. Dabei zeigen sich nur geringe Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass erfahrene Probleme bei der gesundheitlichen Versorgung nicht mit

¹⁹³ Die folgenden Auswertungen beziehen sich einheitlich auf die Antwortoption „immer“. Die Ergebnisse werden als Indikator dafür genutzt, ob das abgefragte Problem bei den Befragten grundsätzlich (also „immer“) besteht oder nicht.

dem Vorliegen einer Beeinträchtigung, sondern erst bei einer selbsteingeschätzten Behinderung auftreten.

Abbildung 97: Art von Problemen bei der gesundheitlichen Versorgung
Anteil der Menschen, die angeben, ausgewählte Probleme bei der gesundheitlichen Versorgung „immer“ selbst zu erleben nach Art der ausgewählten Probleme



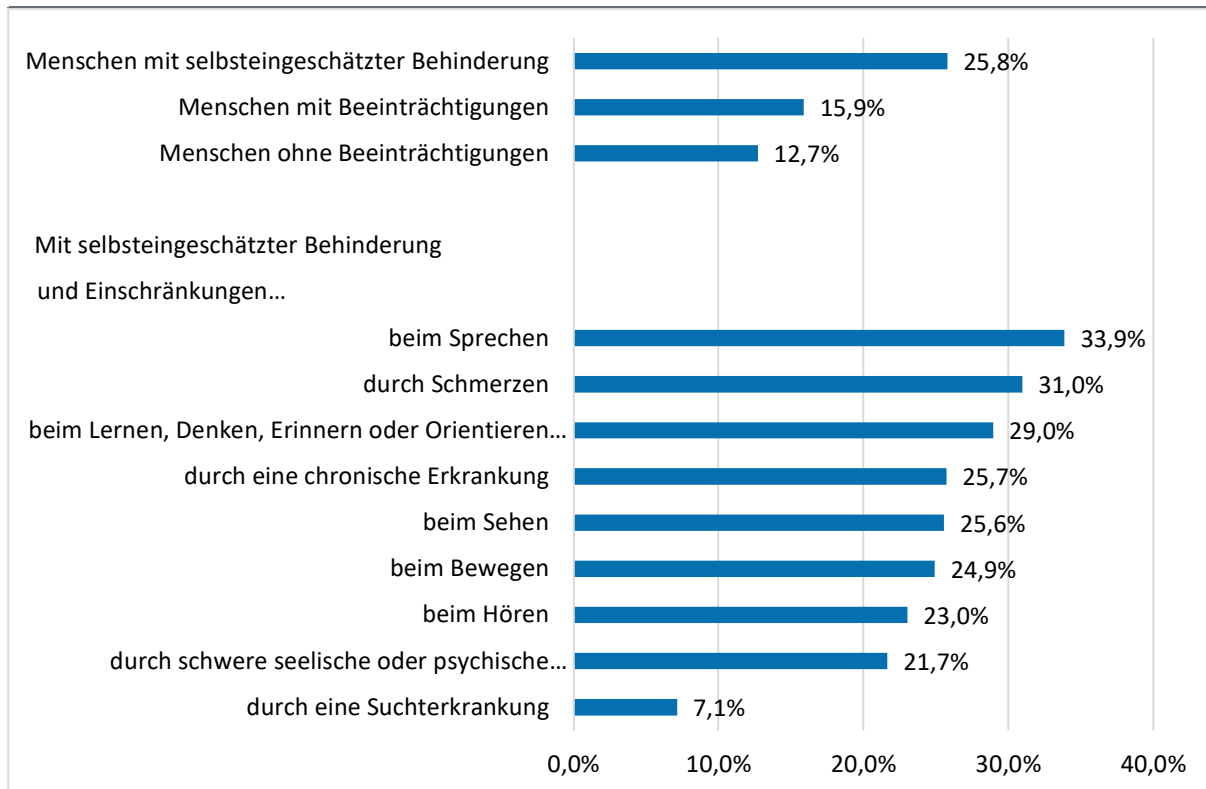
Frage: „Wie häufig haben Sie die folgenden Probleme bei der gesundheitlichen Versorgung schon selbst erlebt?“

Quelle: Teilhabebefragung, Berechnung und Darstellung Prognos

Ob ein Mensch berichtet, in einem der abgefragten Bereiche Probleme bei der gesundheitlichen Versorgung zu erleben, hängt von der Art seiner Beeinträchti-

gung ab. Menschen mit einer Einschränkung beim Sprechen berichten zu 34 Prozent, dass eines der abgefragten Probleme „immer“ auftritt. Unter den Menschen mit Einschränkungen durch Schmerzen sind es 31 Prozent. Diese Beeinträchtigungsarten gehen häufiger mit der Erfahrung grundsätzlicher Probleme bei der Inanspruchnahme der gesundheitlichen Angebote einher als z. B. Einschränkungen durch schwere seelische oder psychische Probleme oder Einschränkungen beim Hören.

Abbildung 98: Gesundheitliche Versorgung nach Art der Einschränkung
Anteil der Menschen, die angeben, mindestens eins der abgefragten Probleme bei der gesundheitlichen Versorgung „immer“ selbst zu erleben



Quelle: Teilhabebefragung, Berechnung und Darstellung Prognos

Tabelle 113 zeigt, dass innerhalb der Gruppe der Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung die bereits oben untersuchten soziodemografischen Unterscheidungsmerkmale Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, Zeitpunkt des Eintretens der Behinderung sowie Grad der Behinderung nur einen geringfügigen Zusammenhang mit dem Erleben der abgefragten Probleme bei der Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgungsangebote haben.

Tabelle 113: Probleme bei der gesundheitlichen Versorgung nach sozio-demografischen Merkmalen

Anteil der Menschen, die angeben, mindestens eins der abgefragten Probleme bei der gesundheitlichen Versorgung „immer“ selbst zu erleben

	Anteil in %
Menschen ohne Beeinträchtigungen	12,7 %
Menschen mit Beeinträchtigungen	15,9 %
Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung	25,8 %
Darunter:	
Geschlecht	
weiblich	26,3 %
männlich	25,3 %
Alter	
unter 50 Jahre	27,6 %
50 bis 64 Jahre	25,5 %
65 bis 79 Jahre	23,9 %
ab 80 Jahre	26,3 %
Migrationshintergrund	
ja	26,6 %
nein	25,3%
Zeitpunkt Eintritt der schwersten Beeinträchtigung	
bei Geburt und 1. Lebensjahr	25,1 %
1 bis 29	23,5 %

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

30 bis 49	30,1 %
50 bis 64	24,6 %
65 und älter	24,3 %
Grad der anerkannten Behinderung	
GdB unter 50	28,1 %
GdB ab 50	26,7 %

Quelle: Teilhabebefragung, Berechnung und Darstellung Prognos

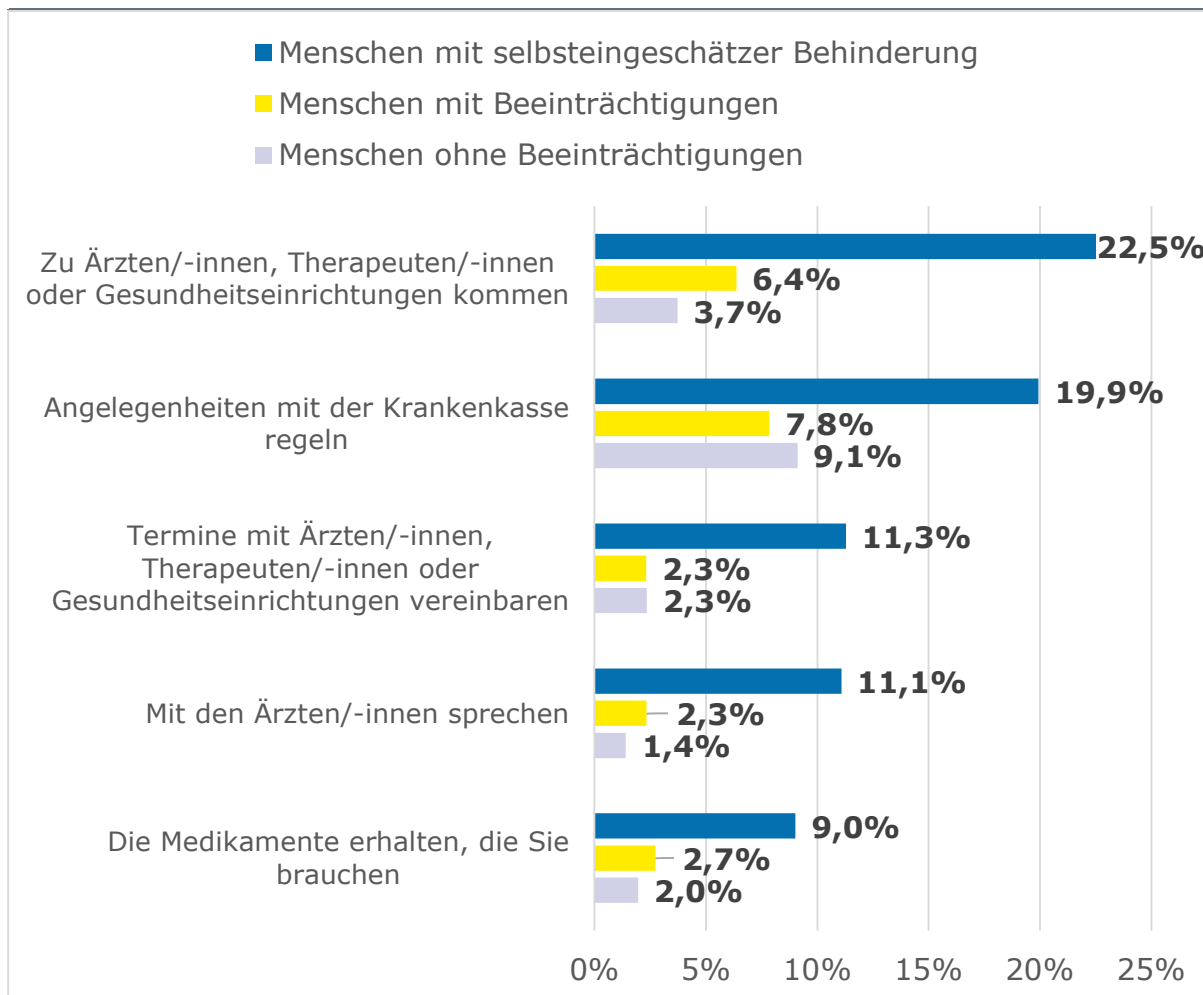
- Frage 3: Wobei brauchen Menschen Unterstützung bei der Nutzung von Versorgungsangeboten?

Um Barrieren konkret beschreiben zu können, wird in der Teilhabebefragung für fünf Bereiche der Unterstützungsbedarf abgefragt, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung beeinflussen. Dazu gehört das Erreichen und Betreten, z. B. die Terminvereinbarung mit und das Hinkommen zu medizinischen Einrichtungen. Die Befragten können angeben, ob sie bei diesen Aktivitäten Unterstützung brauchen: „das kann ich ganz alleine machen“, „dabei habe ich die Unterstützung, die ich brauche“ beziehungsweise „dabei fehlt mir die Unterstützung, die ich brauche“ sind die entsprechenden Antwortoptionen (Abbildung 99).

Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung geben demnach deutlich häufiger an, Unterstützung bei der Inanspruchnahme von Angeboten der Gesundheitsversorgung zu benötigen. Rund 23 Prozent benötigt zum Beispiel Unterstützung, um zu Ärztinnen beziehungsweise Ärzten, Therapeutinnen beziehungsweise Therapeuten oder Gesundheitseinrichtungen zu kommen. Ein Fünftel gibt an, Unterstützung zu brauchen, um Angelegenheiten mit der Krankenkasse zu regeln. Menschen ohne selbsteingeschätzte Behinderung brauchen im Gegensatz dazu deutlich seltener Unterstützung. Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen sind – wie bereits bei den oben gezeigten Auswertungen – gering.

Abbildung 99: Unterstützungsbedarf in der Gesundheitsversorgung

Anteil der Menschen, die angeben, Unterstützung zu brauchen nach Art der ausgewählten Dinge



Frage: „Können Sie die folgenden Dinge ganz alleine machen, haben Sie dabei die Unterstützung, die Sie brauchen oder nicht?“

Quelle: Teilhabebefragung, Berechnung und Darstellung Prognos

Zwischen der gesetzlich beschriebenen Versorgungslage und der erfahrenen Versorgungsqualität zeigen sich erhebliche Unterschiede. Dies sollte insbesondere vor dem Hintergrund berücksichtigt werden, dass der erfolgreiche Zugang zu Gesundheitsversorgung inkl. Präventionsleistungen eine wichtige Voraussetzung für Teilhabe im Sinne von Gesundheit, Teilhabechancen und Diskriminierungsrisiken ist. Die Facetten möglicher Benachteiligungen sind in den vorangegangenen Abschnitten 8.2.1 bis 8.2.4 beschrieben.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

8.3 Spezifische Teilhaberisiken und -chancen

Gesundheit wird hier – wie bereits im Abschnitt 8.1 und 8.2 dargelegt – in einen Rahmen gestellt, der über persönliche Anlagen oder Verhaltensweisen hinausreicht. Diese aber sind gleichermaßen wichtig. Denn Wohlbefinden beruht nicht allein auf dem, was von außen beobachtet werden kann (objektive Zustände), sondern auch auf der subjektiven Wahrnehmung der jeweiligen Personen. Chancen auf soziale Teilhabe wachsen also mit äußeren Umständen wie geringeren Barrieren in der räumlichen Umgebung, freier Wahl des Aufenthaltsortes, einer sicheren Umgebung ohne Gewalt- oder Bevormundungserfahrungen, ohne physische und psychische Schädigungen und der Pflege von Freundschaften. Ohne Diskriminierung, in einer offenen Gemeinschaft und mit Selbstbestimmung, mit Beteiligungsmöglichkeiten und passgenauer Unterstützung (personeller und technischer Art), sind gute Voraussetzungen für ein Leben mit Teilhabe. Unter solchen Bedingungen kann es besser gelingen, Kräfte zu sammeln beziehungsweise zu behalten oder wiederzugewinnen für ein gesundes Leben und gut gelingendes Altern (Wahl 2017). Denn Zugänglichkeit und Achtsamkeit erhöhen Gesundheitschancen, unabhängig von jeweiligen Formen und Ausprägungen von Beeinträchtigungen. Gesetzgebung und Menschenrechte fordern und fördern sie.

Eingewoben in ihre Lebenslage und besonderen Lebensumstände erfahren Menschen mit Beeinträchtigungen auch subjektiv besondere Belastungen. Beispielsweise erleben sie vielfache Ausgrenzungen, die die alltägliche Lebensführung erheblich bestimmen. So sinken Chancen auf Wohlbefinden und wachsen Erwartungen verletzender Erfahrungen im Lebensverlauf, die sich

- im persönlichen Alltag (auf der Mikroebene),
- im Umgang mit Institutionen, Organisationen oder kommunalen Gestaltungen (auf der Mesoebene) zeigen, ebenso wie
- im Zusammenhang mit Gesetzgebungen oder anderen (beispielsweise politische Teilhabe regulierenden) Steuerungsbereichen (auf der Makroebene).

Ein besonderes Gesundheitsrisiko liegt für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen vor, wenn sie sich in die Gemeinschaft angenommen und aufgehoben fühlen wollen, aber tatsächlich Isolation und Exklusion (Diskriminierung) erleben. Deswegen wird im Folgenden auf dieses Ungleichgewicht näher hingewiesen, Ursachen und Wirkungen werden diskutiert.

8.3.1 Vulnerabilität: Einsamkeit und Isolation

Durch diesen gesamten dritten Teilhabebericht ziehen sich datenbasierte Hinweise darauf, dass Menschen mit Beeinträchtigungen häufiger eine mangelnde Übereinstimmung von gewünschter und tatsächlicher Teilhabe erleben. Menschen mit Beeinträchtigungen können im Nahbereich weniger Freundschaften pflegen, haben brüchigere soziale Netze, erhalten im Alltag weniger Informationen und können daher auch weniger Selbstvertrauen aufbauen. Darüber hinaus leben sie mit den Risiken, bei politischen Maßnahmen nicht wahrgenommen oder bei Erneuerungen und Aufgabengestaltungen übersehen zu werden. So verstärkt sich ein allgemeines Risiko dieser Zeit, nämlich allein zu sein, ohne dies zu wünschen oder sich damit wohl zu fühlen (Cacioppo / Hawkley 2009; Cihlar et al. 2021). Menschen sind einsam, weil Begegnungen mit anderen und die erfahrene Einbindung in Gemeinschaft nicht den eigenen Erwartungen entsprechen. Einsam zu sein gefährdet die Gesundheit und steht in engem Zusammenhang mit vermindertem Wohlbefinden (Lippke et al. 2020a).

Einsamkeit und Isolation

Einsamkeit ist ein negativer emotionaler Zustand. Er entsteht aus der mangelnden Übereinstimmung von gewünschtem und bestehendem Ausmaß der sozialen Verbundenheit eines Menschen (Cacioppo / Hawkley 2009). Dabei wird die gefühlte Einsamkeit unterschieden von Alleinsein und mangelnder Netzwerkeinbindung (in der Wohn- und Lebenssituation) oder objektiver sozialer Isolation (Hawkley et al. 2009). So lässt sich Isolation objektiv beobachten, muss aber von Einzelnen nicht unbedingt negativ erlebt werden. Dagegen ist Einsamkeit ein subjektiver Zustand, der durch Unwohlsein bis zum Leidensdruck gekennzeichnet ist. Die Teilhabeberichterstattung ist dafür sensibel und die bedeutsamen Wirkzusammenhänge werden, soweit die Datenlage dies zulässt, laufend erfasst und dargestellt. Allerdings haben analytisch betrachtet Einsamkeit und die damit verbundenen Empfindungen von erheblichem Unbehagen auch eine funktionale Bedeutung: Sie sollen nämlich Menschen motivieren, soziale Unterstützung zu mobilisieren, sich mit anderen zu vernetzen und hilfreiche Kommunikation bestmöglich zu gestalten. Dann könnte Wohlbefinden wachsen, weil man sich (wieder) besser (beziehungsweise gut) verstanden fühlt und benötigte Unterstützung erhält (Cacioppo / Cacioppo 2018; Damsgaard et al. 2020 d). Die *Evolutionary Theory of Loneliness* (Cacioppo / Cacioppo 2018) erklärt das Erleben von Einsamkeit entsprechend durch eine Kombination aus persönlichen und Verhaltensfaktoren sowie Umweltfaktoren, wobei Einsamkeit wiederum auf diese Faktoren zurückwirkt. Der Leidensdruck soll zum Handeln anregen, dazu müssen allerdings auch Umwelt (Gelegenheit) und Ressourcen (Kräfte) gegeben sein.

Einsamkeit drückt nicht nur einen individuellen Leidensdruck aus, sondern auch verminderte soziale Teilhabe: Das ist ebenfalls ein zentrales Thema dieses dritten Teilhabeberichtes, weil Menschen mit Beeinträchtigungen in vielen Lebensbereichen gegenüber Menschen ohne Beeinträchtigungen benachteiligt sind. Dies wird auch im Zusammenhang mit Einsamkeit und Faktoren, die der Vereinsamung entgegenwirken können, deutlich: So wird in diesem Teilhabebericht gezeigt, dass beispielsweise Menschen mit Beeinträchtigungen häufiger berichten, dass sie allein leben, dass sie sich weniger sozial unterstützt fühlen und dass sie häufiger Gesellschaft vermissen als Menschen ohne Beeinträchtigungen (Abschnitt 3.3). Zu einer ähnlichen Lebensqualität von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen würde ein gleichermaßen bestehendes Gefühl, sozial unterstützt und in Gesellschaft zu sein, beitragen. Es würde gefühlter Einsamkeit entgegenwirken. Entsprechend bestehende Risiken treten in der aktuellen Pandemie eindrücklich zutage (Abschnitt 8.3.2), ebenso wie die steigende Lebensqualität, wenn soziale Unterstützung und die soziale Eingebundenheit, das Sich-Verstanden-Fühlen und die Sicherheit, sich im Zweifelsfall an Mitmenschen wenden zu können, bestehen. Soziale Teilhabe kann zum einen die Schwere der Beeinträchtigung abpuffern, aber zum anderen auch der Manifestation von Krankheiten in Beeinträchtigungen entgegenwirken und langfristige Teilhaberisiken senken (Lippke et al. 2020a). Entsprechende Befunde zeigen auch andere Analysen, wie der Paritätische Teilhabebericht 2020 (Lange et al. 2020).

Aus gesellschaftlicher Perspektive ist (wachsende) Einsamkeit ein Indikator dafür, dass nicht nur einzelne Menschen ausgeschlossen und diskriminiert werden, sondern dass zugleich soziale Gruppenverbindungen und damit der gesellschaftliche Zusammenhalt nicht oder nicht ausreichend gegeben sind beziehungsweise schwinden. Zugleich kann man das Ausgeschlossen-Sein nicht den Personen anlasten, denen Gemeinschaft nicht oder weniger zugänglich ist. Nachteilsausgleiche wie finanzielle Unterstützung und spezifische Angebote können zwar der Einsamkeit entgegenwirken, indem Menschen beispielsweise an Kulturveranstaltungen teilnehmen können (Lippke et al. 2020a), das löst aber nicht die Frage, ob sie sich auch zugehörig fühlen und willkommen sind. Wenn sich etwa Bevölkerungsgruppen wie Rentnerinnen und Rentner mit geringen Bezügen nicht in der Lage fühlen, an der Gesellschaft zu partizipieren, so ist dies nicht nur eine individuelle, sondern auch eine gesellschaftliche Herausforderung (Hajek / König 2020). Diesen Diskriminierungsrisiken sind Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung stärker ausgesetzt, da sie in vielen verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen Teilhabenachteile erfahren, wie auch dieser dritte Teilhabebericht belegt.

Zusammenhänge zwischen Beeinträchtigungen beziehungsweise Behinderungen und Einsamkeit haben viele Facetten: Denkt man etwa an eine Schwerhörigkeit, dann kann ein Mensch Geräusche nicht (gut) hören und nicht (optimal) verstehen, insbesondere wenn keine (technische) Unterstützung erfolgt. In Gesprächen kann dies beispielsweise zu Irritationen und Missverständnissen führen. Das bedeutet mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auch, sie oder er fühlt sich nicht (gut) verstanden und nicht im Einklang mit den hörenden Mitmenschen. Also kann ein Mensch mit Hörbeeinträchtigung sich einsam fühlen. Um die Auswirkungen einzugrenzen und die soziale Einbettung zu verbessern, ist eine gute Hörtechnikversorgung wichtig. Es bedarf darüber hinaus einer Barrierefreiheit in der Öffentlichkeit. Denkt man an die Beschwerde vieler Menschen über unverständliche Lautsprecherdurchsagen im öffentlichen Verkehr, ist es auch eine Aufgabe bei der Installation solcher technischen Anlagen, mehr auf deren breite Wirksamkeit zu achten, um hinderliche Orientierungseinschränkungen zu vermeiden (siehe auch Abschnitt 6.2.3).

Die Verbundenheit mit anderen Menschen ist in der Regel eine Voraussetzung, um beispielsweise Kommunikationsbarrieren als Folge der Beeinträchtigung zu überwinden (etwa über eine Beschwerdestelle oder andere Informationswege). Es geht im Kern nicht nur um ein individuelles Problem, sondern darum, mit Aufmerksamkeit für Bedarfe und Lösungen gleichberechtigte Teilhabechancen für jeweils Einzelne zu ermöglichen und sozial akzeptabel, also nichtdiskriminierend, zu gestalten.

Soziale Unterstützung, soziale Netze und Wechselwirkungen

Einsamkeit hängt nicht nur mit Beeinträchtigungen oder Behinderung zusammen, sondern ist mit verschiedenen weiteren Merkmalen verbunden. Dies sind beispielsweise: Geschlecht (Frauen fühlen sich nach Datenlage einsamer als Männer; Hajek / König 2020; Pinquart / Sorensen 2001), sozioökonomischer Status (je niedriger der Status ist, umso mehr wächst das Einsamkeitsempfinden), Kompetenz (je weniger Bildung abrufbar und zugänglich ist, desto einsamer fühlen sich Menschen) und nicht zuletzt Wohnsituation (im Pflegeheim zu leben bedeutet, einsamer zu sein, obwohl es sich um Gemeinschaftsunterkünfte handelt). Aber auch die Lebenssituation außerhalb der besonderen Wohnform Pflegeheim birgt Risiken für Einsamkeit: So kann das Leben in einem Einpersonenhaushalt mit psychischen Belastungen und weniger Kontaktmöglichkeiten einhergehen (Gyasi et al. 2020). Kinder bedeuten, wie es scheint, für Mütter einen schützenden Faktor gegen Einsamkeit, nicht jedoch für Väter (van den Broek / Tosi 2020).

Alle diese Faktoren sind von besonderer Bedeutung im Zusammenhang mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, da sie das Risiko für Einsamkeit verstärken oder in ihrer Wirkung vervielfachen können. Es zeigt sich weiterhin, dass viele Frauen mit Beeinträchtigungen den Wunsch haben, in einer Ehe oder Partnerschaft zu leben und dass sie gleichzeitig häufiger als Frauen ohne Beeinträchtigungen berichten, allein oder alleinerziehend mit Kind(ern), aber ohne Partnerin oder Partner zu sein. Männer mit Beeinträchtigungen und Behinderung können sich hingegen den Wunsch nach Ehe oder Partnerschaft häufiger erfüllen (siehe Abschnitt 3.1).

Darüber hinaus können kritische Lebensereignisse, wie die Trennung oder der Verlust der Eltern oder der Verlust der Erwerbsfähigkeit (oder -tätigkeit) und damit gegebenenfalls die Abnahme des Einkommens, auch das Risiko von Einsamkeit mit sich bringen (Hajek / König 2020). Der Zusammenhang wird allerdings durch Lebensstilfaktoren wie körperliche Aktivität (Cihlar et al. 2021) und soziale Teilhabe signifikant abgeschwächt: Körperliche Aktivität mildert die Einsamkeitsrisiken bei Männern, Personen vom Land und im Alter von über 65 Jahren ab. Dagegen sind für Frauen, Stadtbewohnerinnen und -bewohner sowie Personen im Alter von 50 bis 64 Jahren soziale Aktivitäten bedeutsamer für den Umgang mit Stress (Gyasi et al. 2020).

Dies ist weiterhin für die Freizeitgestaltung eine wichtige Erkenntnis, bei der sich auch bei körperlicher Aktivität vielfache Benachteiligungen von Menschen mit Beeinträchtigungen zeigen. Beispielsweise wird deutlich, dass Menschen mit Beeinträchtigungen vorhandene Angebote zur Freizeitgestaltung häufiger nicht nutzen, beziehungsweise nicht nutzen können, als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Gründe können darin liegen, dass Reisen, eigene Aktivitäten oder Besuche von Veranstaltungen nur sehr erschwert möglich sind, z. B. wegen fehlender Barrierefreiheit. Dies gilt gleichermaßen für musische, künstlerische und sportliche Aktivitäten sowie den Besuch von populär-kulturellen oder klassisch-kulturellen Veranstaltungen (Kapitel 9). Diese Ungleichheit lässt sich schon in sehr jungen Jahren beobachten: Zwar sind viele Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen wie auch Gleichaltrige ohne Beeinträchtigungen neben dem Schulsport körperlich aktiv. Es gibt aber mehr Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen, die keinen Sport treiben, als Kinder und Jugendliche ohne Beeinträchtigungen (Kapitel 9). Damit werden Chancen verpasst, über körperliche Aktivität die Gesundheit direkt zu fördern und auch Stressoren abzufedern. Zudem bietet der organisierte Sport viele Möglichkeiten der sozialen Teilhabe, birgt allerdings ebenso Gefahren für Stigmatisierung und Diskriminierungs-/Exklusionsrisiken (Klenk, et al. 2019). Gesundheitliche Einschränkungen hängen aber – wie oben schon erwähnt – auch direkt mit Einsamkeit zusammen (Cihlar et al. 2021; Hajek / König

2020; Hodgson et al. 2020; Lara et al. 2019; Smith et al. 2020). Denn in der Wechselwirkung sind gesundheitliche Ressourcen eine wichtige Voraussetzung, um der Einsamkeit vorzubeugen oder sie zu verringern: Menschen, die sich als einsam wahrnehmen und beispielsweise aufgrund bestehender Mobilitätsbeeinträchtigungen ihre Wohnung nicht verlassen oder aufgrund von Sinneseinschränkungen auch nicht mit Familienangehörigen und Freunden telefonieren können, laufen Gefahr, dass ihre Einsamkeit bestehen bleibt, sich sogar noch verstärkt und negativ auf die Gesundheit auswirkt (Smith et al. 2020). Gesundheitliche Einschränkungen wirken in viele Richtungen: Sie bedingen beispielsweise, ob Menschen, die aufgrund von gesundheitlichen Beeinträchtigungen in die Erwerbsminderungsrente gewechselt sind, nach einiger Zeit wieder am Arbeitsmarkt partizipieren können, indem sie ihre Erwerbsfähigkeit zurückgewinnen und in den Arbeitsmarkt zurückkehren. Dies gelingt jedoch nur selten, da viele Gesundheitseinschränkungen bestehen bleiben und andere Barrieren hinderlich wirken (Lippke et al. 2020b). Gleichzeitig hängen gesundheitliche Einschränkungen mit einer eingeschränkten Lebensqualität zusammen, vermittelt über Einsamkeit: Das bedeutet, dass gut mit anderen Menschen vernetzte Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner, trotz schlechter funktionaler Gesundheit, bessere Lebensqualität erleben als diejenigen, die unter Einsamkeit leiden (Lippke et al. 2020a). Aktivitäten von Menschen mit Beeinträchtigungen, wie beispielsweise die in Erwerbsminderungsrente gewechselten Personen, die aktuell nicht arbeiten, können beispielsweise ein ehrenamtliches Engagement sein (Stancliff et al. 2015). Ehrenamtliches Engagement ist somit nicht nur ein Indikator für soziale Teilhabe, sondern hängt auch mit dem funktionalen Gesundheitsstatus zusammen. Dies zeigt Möglichkeiten für soziale Teilhabe auf, denn viele Menschen mit Gesundheitseinschränkungen betätigen sich ehrenamtlich und können damit ihre Gesundheit fördern und einer möglichen Einsamkeit entgegenwirken. So wird in diesem dritten Teilhabebericht dargestellt, dass viele Menschen mit Beeinträchtigungen im Alter von 26 Jahren und älter sich im Freiwilligendienst aktiv betätigen (Kapitel 9). Dies deutet möglicherweise auf wichtige Ressourcen für sich und andere; diese gilt es zukünftig noch genauer zu betrachten, zu ermöglichen und zu nutzen.

Aufmerksamkeit - Diskriminierungs- und Exklusionsprävention

Da bekanntlich der Anteil an Einpersonenhaushalten steigt (Wohn- und Lebenssituation; Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2020) und mehr Menschen mit Beeinträchtigungen allein leben als Menschen ohne Beeinträchtigungen, wächst auch die (kombinierte) Gefahr erhöhter Einsamkeit für die psychische und körperliche Gesundheit weiter. Entsprechend gewinnt die Sorge um diese Ein-

samkeitsrisiken zunehmend an Bedeutung – auch im Rahmen des Teilhabeberichtes und bei der Ausrichtung von Politik und konkreten Maßnahmen, denn einsame Menschen erleben weniger Lebensqualität und ihr Risiko ist höher, dass Beeinträchtigungen zunehmen. Insbesondere diejenigen, die sich einsam fühlen und darunter leiden, aber nichts ändern (können), sollten gezielt Unterstützung bekommen. Das Verständnis, dass Einsamkeit als Frühwarnsignal für nachfolgend auftretende Gesundheitsbeeinträchtigungen gesehen und genutzt werden kann, ist dabei hilfreich (Cacioppo / Hawkley 2009; Carandang et al. 2020).

Wie in diesem Bericht beschrieben wird, berichten mehr Menschen mit Beeinträchtigungen als Menschen ohne Beeinträchtigungen, dass sie sich einsam fühlen (Abschnitt 3.3.2). Auf Bevölkerungsebene stieg über die Zeit die Einsamkeit nicht, außer in Zusammenhängen mit der Corona-Pandemie. Zugleich zeigt Einsamkeit aber relativ stabile Verläufe, das heißt Menschen, die sich über längere Zeit einsam fühlen, bleiben oft in diesem Zustand (Mund et al. 2020). Es ergibt sich ein Teufelskreis, Auswege müssen sich aus anderen Lebensbereichen eröffnen, beispielsweise über die Familie, über bürgerschaftliches Engagement und Beteiligung in der Politik (Penninkilampi et al. 2018). Entsprechende Ziele, um den Anfängen zu wehren, steckt der *Nationale Aktionsplan 2.0*. Dort heißt es:

„Inklusion im Sinne der UN-BRK bedeutet für die Bundesregierung, dass Menschen mit und ohne Behinderungen von Anfang an gemeinsam in allen Lebensbereichen selbstbestimmt leben und zusammenleben.“

(http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Schwerpunkte/inklusion-nationaler-aktionsplan-2.pdf?__blob=publicationFile&v=4). (Penninkilampi et al. 2018)

Selbstbestimmung schließt auch ein, selbst wählen zu können, ob man allein leben und auch allein sein will. Wird jedoch Alleinsein nicht gewünscht oder ist das zugewiesene Zusammenleben mit anderen Menschen problembehaftet, etwa mehrheitlich durch Meinungsverschiedenheiten geprägt, dann stellt dies eine Benachteiligung dar (Cihlar et al. 2021). Wie dargelegt können daraus gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Behinderungen hervorgehen. Dagegen wirken erfolgreiche Maßnahmen der Einbeziehung. Entsprechende Möglichkeiten müssen allerdings bekannt sein, also Informationen über das, was angeboten wird und wie daran teilgenommen werden kann, müssen zugänglich sein. Die Möglichkeiten müssen auch so angeboten werden, dass sie alle Menschen und nicht nur Teilgruppen erreichen. Gleichzeitig sollte auch besser verstanden werden, welche Bestandteile von Programmen wirken und wie genau die Wirkweise ist (Abschnitt 8.1.2 und 8.1.6). Die Bundesregierung hat sich entsprechend vorgenommen,

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

„die volle Verwirklichung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten für alle Menschen mit Behinderungen, ohne jede Diskriminierung aufgrund von Behinderung gemäß der Verpflichtung aus Artikel 4 Absatz 1 UN-BRK zu gewährleisten und zu fördern“ (BMAS 2016: 13).

Verbundenheit mit Anderen und sich von anderen Menschen verstanden fühlen, zählen zu den urmenschlichen Bedürfnissen. Gemeinschaft stützt Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen. Sie kann eine wichtige Kraftquelle sein, die entsprechend beachtet, gepflegt und bei Personengruppen mit besonderen Isolations- und Einsamkeitsrisiken explizit gefördert werden sollte.

Die Prävention von Einsamkeit verdient aus den genannten Gründen (mehr/ausreichend) Aufmerksamkeit. Denn Einsamkeit eignet sich auch als Signal für Benachteiligung, die zu Behinderung führen kann, wenn entsprechende Signale nicht ernstgenommen werden. Von der besonderen Bedeutung der Aufmerksamkeit hierfür, auch in Krisenzeiten, berichtet der folgende Abschnitt 8.3.2.

8.3.2 Spezifische Teilhabehisiken unter Corona-Bedingungen

Die durch das Virus SARS-CoV-2/COVID-19 verursachte Pandemie wurde in Deutschland zu Beginn des Jahres 2020 als relevant und gefährlich erkannt und hat auch zum Zeitpunkt der Berichtslegung nicht an Bedrohung verloren.¹⁹⁴ Die Corona-Pandemie erwies sich schnell nicht allein als Problem für das Gesundheitswesen, sondern auch als eine Herausforderung, die gesamtgesellschaftliche Anstrengungen erfordert. Im Hinblick auf die Erforschung von Ursachen, Gegenmaßnahmen und (Langzeit-)Auswirkungen sind dabei neben Medizin, Epidemiologie und Naturwissenschaften (inklusive Virologie) die Sozialwissenschaften, Gesundheitswissenschaft, Ethik und Ökonomie ebenso wie Rechts- und Politikwissenschaft gefragt. Lösungen sind nicht in Einzelmaßnahmen, sondern vor allem gesamtgesellschaftlich zu suchen, und es geht nicht nur um gesundheitliche, sondern auch um soziale Bedingungen und Konsequenzen.

Dies zeigt sich in erheblichem Maße für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, deren gesundheitliche und soziale Situation im Folgenden beleuchtet werden soll. Dabei wird deutlich, dass Pandemien keineswegs einfach Gleichmacher sind, sondern dass sie vielmehr strukturelle Ungleichheiten aufdecken und vertiefen. Ganz zentral gilt dies für das Alter (Le Couteur et al. 2020; van Dyk et al. 2020), aber auch bezogen auf Geschlechterunterschiede (Frey 2020), ethnische Minderheiten (Kirby 2020) oder sozioökonomisch Benachteiligte (Mikolai et al. 2020; Welti 2020), wie die kritische Sozialepidemiologie belegt

¹⁹⁴ Der Wissenschaftliche Beirat hat die Entwicklungen bis Januar 2021 berücksichtigt.

(Füller / Dzudzek 2020). Auch wenn bisher nur wenig Informationen zu den Auswirkungen spezifisch für den Personenkreis der Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung vorliegen, so deuten die bisherigen Forschungsergebnisse ihre besondere Benachteiligung an, wie weiter unten gezeigt wird.

Historisch betrachtet sind Pandemien keine Neuheit, ihr regelmäßiges Auftreten wird von Epidemiologen vielfach vorhergesagt, und die Bundesregierung hat bereits 2012 eine ressortübergreifende Risikoanalyse erstellen lassen (Bundesregierung 2012). Dennoch mangelt es offensichtlich an angemessener Vorbereitung, wie das Auftreten der Corona-Pandemie gerade im Hinblick auf die Häufung von Gesundheitsrisiken in bestimmten Gruppen zeigt. Der Kampf gegen das Virus als Eindringling und Hygiene-Maßnahmen inklusive physical distancing („Abstand halten“) sind nicht ausreichend. Es werden vielmehr weitere passgenaue Veränderungen von Gesundheitsversorgung und -diensten sowie Unterbringungen zu bedenken sein, um zukünftig besser mit pandemischen Gesundheitsherausforderungen umgehen zu können. Man will aus Erfahrung lernen. Ein Bericht ist bereits vorgesehen: Nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) soll beispielsweise das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag nach Beteiligung des Bundesrates bis spätestens zum 31. März 2021 Erkenntnisse aus der durch das Coronavirus verursachten Pandemie vorlegen (§ 4a IfSG).

Als am 11. März 2020 die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Ausbruch des Corona Erregers zur Pandemie erklärt, ruft Bundeskanzlerin Merkel in einer Pressekonzferenz am Robert Koch Institut (RKI) dazu auf, Abstand zu halten (physical distancing) und keine Veranstaltungen mit mehr als 1.000 Teilnehmenden abzuhalten. Dem folgt ab 20. März 2020 eine erste mehrwöchige Ausgangsbeschränkung (lockdown), verbunden mit weitreichenden Schließungen von Einrichtungen, Regionen beziehungsweise des gesamten öffentlichen Lebens (shutdown). Seitdem wird in Politik und Gesellschaft über den Nutzen dieser Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie debattiert, im Vergleich zu dadurch verursachten Schäden, etwa für die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden, die Bildungschancen und das Bildungssystem sowie die Wirtschaft, die auch in den Fokus der Risikoabwägungen einbezogen sind. Ab Ende März 2020 kommt es zu Aufnahmestopps in Pflegeheimen und zu Besuchsbeschränkungen und -verboten. Diese werden nach den schrittweisen Lockerungen ab Mitte April nicht selten beibehalten, entfällt doch bis jetzt ungefähr die Hälfte aller Todesfälle durch das Virus in westlichen Ländern auf Personen in Pflegeeinrichtungen (Lau-Ng et al. 2020)¹⁹⁵. Die Gründe dafür sind mannigfaltig: Erstens ist zwischen Pflegenden und Gepflegten häufig kein Körperabstand möglich und die Ansteckungsgefahr ist

¹⁹⁵ <https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/>

erhöht; zweitens haben Personen mit Pflegebedarf oft Vorerkrankungen, die auch schwere Verläufe einer Infektion begünstigen und drittens fordert an vielen Stellen wohl auch die mangelnde Anpassung der Routinen und Ausstattung an die Gefahren durch das Virus in den Einrichtungen ihren Tribut, verstärkt durch verbesserungswürdige Arbeits- und Lebensbedingungen (z. B. AGS 2020; Kramer et al. 2020; Ouslander / Grabowski 2020). Debattiert werden unter anderem Personalknappheit, geringe Entlohnung, mangelnde Anerkennung durch Vorgesetzte und Leitungspersonal, zu wenig Fortbildung und Trainingsmaßnahmen (Schweitzer 2021). Auch das Ringen der Pflegekräfte um das rechte Maß zwischen Abschottung der Bewohnerinnen und Bewohner und Einbindung nahestehender Menschen ist eine nicht leicht zu lösende, womöglich riskante Entscheidungsaufgabe.

Es sind insbesondere in Einrichtungen lebende ältere, beeinträchtigte und behinderte Personen, die von hoher Ansteckungsgefahr und schweren Verläufen betroffen sind. Während Alter als Risikofaktor aber in der Öffentlichkeit ausführlich verhandelt wird, kommen behinderte Menschen im gesellschaftlichen Diskurs kaum vor.¹⁹⁶ Sie bleiben unsichtbar oder werden pauschal der Risikogruppe zugeschlagen. Eine systematische Forschung liegt dennoch inzwischen zu möglichen Zusammenhängen von Beeinträchtigungen und den Auswirkungen der Corona-Pandemie vor (Abdullahi et al. 2020; Gallagher et al. 2020; Zhou et al. 2020).

Vergleichsweise wenig ist jedoch zu finden zu Zusammenhängen zwischen der Corona-Infektion, Auswirkungen der behördlichen Maßnahmen und Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen im Speziellen (Patel 2020). Diese wenigen Befunde zeigen beispielsweise häufiger schwere Infektionsverläufe beim Vorliegen sogenannter nicht-übertragbarer Krankheiten wie Übergewicht, Diabetes oder Unter- beziehungsweise Fehlernährung. Auch ist bekannt, dass diese Krankheiten und Lebensstilfaktoren wiederum mit Beeinträchtigungen zusammenhängen können (de Almeida-Pititto et al. 2020; Di Minno et al. 2020; Gerlach 2020; Gerlach et al. 2020; Pranata et al. 2020; Zhang et al. 2020). Übertragbare und nicht-übertragbare Erkrankungen verstärken sich somit gegenseitig. SARS-CoV-2 ist nicht nur ein tödlicher Erreger, sondern trifft auch auf vorhandene Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken. Konkret spielt beispielsweise auch das jeweilige Ausgesetzt-Sein oder Ausgeschlossen-Sein eine Rolle, jenseits von individuellem Risikoverhalten.

Bezogen auf Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen finden sich im Hinblick auf die Auswirkungen der Pandemie widersprüchliche Annahmen und Ergebnisse.

¹⁹⁶ Hierauf macht beispielsweise die SZ aufmerksam „13 Millionen Menschen, einfach übersehen“ [30.03.2020] sowie „Behinderteneinrichtungen wollen besseren Schutz“ [02.04.2020]

Während das Deutsche Ärzteblatt für sie kein auf den ersten Blick erhöhtes Risiko nennt, schwerer als Menschen ohne Behinderung an einer Corona-Infektion zu erkranken,¹⁹⁷ warnt eine breit angelegte Studie in Großbritannien vor einem etwa vierfach erhöhten Risiko für Corona-bedingte Krankenhausaufenthalte für Personen mit Down-Syndrom und vor einem zehnfach erhöhten Risiko für einen durch Corona bedingten Tod dieser Personengruppe, auch wenn man deren erhöhte Anfälligkeit für Herz- und Atemwegserkrankungen und vermehrte Einrichtungsaufenthalte berücksichtigt (Clift et al. 2020). Jedoch können diese Faktoren nur einen Teil der wesentlich erhöhten Risiken erklären. Entsprechend wird vorgeschlagen, über weitere Schutzerfordernisse oder mögliche Risikoquellen nachzudenken. So weisen Clift et al. (2020) darauf hin, dass für die untersuchte Personengruppe beispielsweise der strategische Schutz (Abschirmung | shielding) für Gruppen mit erhöhtem Risiko weder auf der Liste des US-amerikanischen Center for Disease Control and Prevention noch auf der britischen Abschirmungsliste vorgesehen ist. Nach einer vergleichenden Analyse durch Habermann-Horstmeier (2020a) von Studien zur Situation von Menschen mit geistiger Behinderung in den USA (Turk et al. 2020), den Niederlanden (Radboud University 2020) und Schweden (Cehajic et al. 2020) zeigt sich wiederum, dass sich die Todesfälle unter den Erkrankten hinsichtlich der Verläufe kaum von der Gesamtbevölkerung unterscheiden oder - wie im schwedischen Fall - sogar darunter liegen.

Diese diffuse Gemengelage auf Basis erster wissenschaftlicher Ergebnisse lässt sich ergänzen durch vielfache dringende und besorgte Mahnungen verschiedener Stellvertretungen von und für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung (Selbstvertretungen, Vereinigungen und Verbände der Eingliederungshilfe)¹⁹⁸, unter denen auch viele ältere Personen mit Pflegebedarf sind. Es besteht einerseits die Sorge, dass ganze Personengruppen (z. B. weil sie in Einrichtungen wohnen) pauschal zu Risikogruppen erklärt werden. Hingegen wird andererseits gemahnt, aufmerksam zu sein für den notwendigen Gesundheits- und Infektionsschutz unter den Bedingungen der bestehenden Lebens- und Wohnsituationen, aber zugleich ebenso für die erforderlichen Chancen sozialer Teilhabe. Es werden deswegen unter anderem prioritäre Zugänge zu Schutzausrüstungen und Testungen gefordert, die neben den Wohnsituationen auch spezifische Förder- und Therapieeinrichtungen sowie Dienste (wie Tagespflege und Heilbehandlungen, aber auch Essensdienste) einbeziehen.

¹⁹⁷ [https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/113902/Corona-Geistige-Behinderung-bedeutet-kein-erhoehtes-Risiko](https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/113902/Corona-Geistige-Behinderung-bedeutet-kein-erhoehtes-Risiko-Corona-Geistige-Behinderung-bedeutet-kein-erhoehtes-Risiko) Corona: Geistige Behinderung bedeutet kein erhöhtes Risiko [18. Juni 2020]

¹⁹⁸ Beispielsweise Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (Newsletter 04.05.2020): Hier ist eine Publikation zu Standards der Teilhabe für das Jahr 2021 und eine Diskussion um Personenorientierung angekündigt; Stellungnahme der Fachverbände (22.04.2020) „Wahrung der Rechte und Interessen von Menschen mit geistiger, seelischer, körperlicher oder mehrfacher Behinderung in einer sich immerfort verändernden Gesellschaft“

Unter menschenrechtlichen Gesichtspunkten fordert die Monitoring-Stelle für die UN-Behindertenrechtskonvention im April 2020 für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung im Kontext der Pandemie:

- Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen,
- diskriminierungsfreien Zugang zu Diensten und Einrichtungen gesundheitlicher Versorgung,
- Recht auf Unterstützung und Assistenz und
- gleichberechtigten Zugang zu lebensrettenden Maßnahmen.

Behinderung erweist sich somit einmal mehr als Brennglas: Vor der Pandemie bestehende Ungleichheiten könnten nun besonders dramatische Auswirkungen haben, obwohl nach Art. 3 Abs. 3 Satz 2 des Grundgesetzes niemand wegen einer Behinderung benachteiligt werden darf. Ein Beispiel dafür ist die anfänglich fehlende Barrierefreiheit bei Informationen zu den Corona-Maßnahmen. Erst auf Drängen der Behindertenselbsthilfe und anderen Organisationen wird auch das Gebärdendolmetschen entsprechender Pressekonferenzen und das Veröffentlichen von Informationen in Leichter Sprache umgesetzt.

Eine systematische Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Lebenslagen des sehr breit gefächerten Personenkreises der Menschen mit Beeinträchtigungen im Lichte der Pandemiesituation steht weiter aus. So wird zum Beispiel in einem gemeinsamen Brief der Verbände des Kontaktgespräches Psychiatrie schon am 27. April 2020 zu den Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen vom April 2020 (RKI 2020b) angemahnt, „Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen“ differenziert zu betrachten. Dabei wird besonders verwiesen auf die neue

- Situation in Einrichtungen / besonderen Wohnformen, die durch die Umgestaltung mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) fachliche Leistungen und Leistungen der Unterkunft rechtlich und finanziell trennt. Es wird auf den privaten Charakter der persönlichen Lebensmittelpunkte hingewiesen, in die nicht einfach eingegriffen werden könne und dürfe (da es sich um eigene Rückzugs- und Schutzräume handele). Verlegungen werden kritisiert, da sie Selbstbestimmungsrechte überschreiten. Anordnungen müssten Infektionsschutzgesetzen entsprechen und durch berechnigte Behörden erfolgen, nicht aber über Einrichtungsleitungen oder Personal. Dies gelte ebenso für freiheitseinschränkende Maßnahmen. Man könne aber Ratschläge und Empfehlungen geben, damit Hygienepläne umsetzbar werden, die im rechten Maß zu Gefährdungsanalysen stehen. Auch präventive Maßnahmen wie Fieber zu

messen und auf das Gesundheitsverhalten des Personals im Privatleben Einfluss zu nehmen, widersprechen dem Selbstbestimmungsrecht.

- Bei der Situation der aufsuchend-ambulanten Hilfen wird darauf aufmerksam gemacht, dass in den sehr verschiedenen Wohnsituationen, in denen Menschen mit Beeinträchtigungen Unterstützungen erhalten (z. B. alleinlebend beziehungsweise in der eigenen Familie, der Herkunftsfamilie oder in verschiedenen Formen der Gemeinschaften), die erforderliche aufsuchende Leistung aufrechterhalten werden müsse, auch im Fall einer nachgewiesenen Corona-Infektion. Hierzu bestehe auch eine Leistungsverpflichtung gegenüber den Personen und ihren Angehörigen, die von der von gegenseitigem Einvernehmen und Vertrauen getragenen Versorgung und Pflege bis zur Versorgung mit erforderlichen Gütern reichen müsse. Der hierfür notwendige Gesundheitsschutz aller eingebundenen Personen sei zu regeln, auch in Form von verfügbaren Schutzausrüstungen, einschlägigen Informationen sowie psychosozialen Maßnahmen.

In seiner Antwort vom 15. Mai 2020 bestätigt das Robert-Koch-Institut, Differenzierungen vorzunehmen, weist aber wiederum auf durch räumliche Nähe bestehende Risiken hin. Es nennt den Empfehlungscharakter seiner Stellungnahme und betont zugleich, mehr und differenziertere Einschätzungen der verschiedenen Lebensumstände bedenken zu wollen. Es bleibe aber die Kontaktreduzierung (z. B. Isolation in Einzelzimmern, räumliche Trennung im Alltag, Zuweisung speziellen Personals) als wirksamste Strategie zur Verhinderung von Ansteckungen empfehlenswert. Bei einer konsequenten Anwendung würden damit Freiräume für Personen innerhalb abgeschlossener Bereiche wiederum möglich werden, da sie sich dann zum Beispiel ohne Schutzwände, -anzüge oder Mund-Nase-Masken bewegen dürften.

Ende Mai 2020 äußern sich die Fachverbände für Menschen mit Behinderungen stellvertretend für Menschen mit geistigen, seelischen, körperlichen oder mehrfachen Behinderungen in Deutschland zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur „Verordnung zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2“. Es wird ausdrücklich begrüßt, dass auch Testungen für „betreute Menschen in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe“ auf Kosten des Gesundheitsfonds ermöglicht werden. Zugleich will man aber die Häufigkeit der Testung von Personal und Menschen mit Behinderungen noch weiter klären. Das betreffe auch das Risiko durch und für besuchende Angehörige. Entsprechende Testungen sollten auch im ambulanten Be-

reich ermöglicht werden. Eine Anordnung müsse durch die zuständigen Gesundheitsämter erfolgen oder abgestimmt delegiert werden können. Allerdings könne man die Tests nicht selbst durchführen.

Eine Reihe von Hinweisen und Beschwerden – auch im Zusammenhang mit der Maskenpflicht für Menschen mit Beeinträchtigungen – erstreckt sich über die gesamte Jahresmitte 2020, beispielsweise auch durch den Deutschen Berufsverband der Pflegeberufe. Das pflegende Personal sei einem besonderen Infektionsrisiko ausgesetzt (Scherer et al. 2020), zugleich seien aber zu wenig Schutzmöglichkeiten verfügbar und würden wenig belastbare Zahlen zu Infektionsrisiken veröffentlicht. Es folgen Petitionen und Proteste, um vor der Ausgrenzung von Menschen mit Behinderungen zu warnen. Interessensverbände und einzelne Parteien fordern, Ausgangssperren in Wohneinrichtungen aufzuheben und Besuche zu ermöglichen. Schließlich setzt eine Debatte um Triage (Verfahren zur Priorisierung von zu behandelnden Patientinnen und Patienten nach Einschätzung der Erfolgswahrscheinlichkeit, wenn die klinischen Anforderungen vorhandene medizinische Kapazitäten übersteigen) ein, stets mit Hinweisen zur Heterogenität der Personengruppen (z. B. Taupitz 2020; Walter 2020; Zimmermann 2020).

Neun Menschen mit Behinderungen erheben anlässlich der Veröffentlichung der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) zur Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen bei der Corona-Pandemie (2. Fassung vom 17. April 2020) im Juli 2020 Verfassungsbeschwerde. Unterstützung gibt die Organisation Ability-Watch (ability-watch.de). Zwar lehnt das Bundesverfassungsgericht am 16. Juli 2020¹⁹⁹ in der Annahme, dass „erkennbare Infektionsgeschehen und die intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten lassen es in Deutschland nicht als wahrscheinlich erscheinen, dass hier die gefürchtete Situation der Triage eintritt“, einen Eilantrag ab, auch weil die erforderliche eingehende Prüfung nicht im vorläufigen Rechtsschutz möglich sei. Das Gericht erkennt aber zugleich an, dass die gegen die Untätigkeit des Gesetzgebers bezüglich einer Triage bei beschränkten Behandlungskapazitäten gerichtete, noch anhängige Verfassungsbeschwerde nicht von vornherein unzulässig oder unbegründet sei. Sie werfe die Frage auf, „ob und wann gesetzgeberisches Handeln in Erfüllung einer Schutzpflicht des Staates gegenüber behinderten Menschen verfassungsrechtlich geboten ist und wie weit der Einschätzungs-, Wertungs- und Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers für die Regelung konkreter medizinischer Priorisierungsentscheidungen reicht.“ Die Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) betont in einer Presseerklärung vom 30. Juli 2020, dass es keine Schlechterstellung behinderter Menschen geben werde.

¹⁹⁹ Az. des Bundesverfassungsgerichts 1 BvR 1541/20.

Die Frage einer grundsätzlichen gesetzlichen Regelung ist weiterhin offen (Bundestag 2020; Rehabilitation 2020 59: 257).

In der Jahresmitte 2020 erscheint eine deutsche qualitative Public Health-Studie zur „Situation von Menschen mit geistiger Behinderung in Zeiten der COVID-19-Pandemie aus Sicht der Betroffenen, ihrer Angehörigen und Betreuungskräfte“ (Habermann-Horstmeier 2020b). Die Befragung basiert auf insgesamt 20 Interviews mit Bewohnerinnen und Bewohnern in besonderen Wohneinrichtungen sowie mit Fachkräften und Eltern. Es wird eine Reihe von Belastungen deutlich, ohne Trennung zwischen ohnehin bestehenden gesundheitsrelevanten Versorgungsschwierigkeiten oder pandemiespezifischen Problemlagen. Die Befragten erwähnen auch positive Effekte der Pandemie, wie die Entschleunigung des Lebens, mehr Zeit für Bewohnerinnen und Bewohner sowie intensivere Kontakte in Betreuungsteams. Vor allem betont die Studie die Bedeutung medizinisch getragener Gesundheitsvorsorge, um das Ansteckungsrisiko zu verringern und beschreibt behördliche Anweisungen im Untersuchungszeitraum, speziell für Menschen mit geistigen Behinderungen. Auch die Übersetzung behördlicher Anordnungen in Leichte Sprache wird vorgeschlagen.

Am 18. November 2020 beschließt der Deutsche Bundestag das Dritte Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite. Mit dem neuen § 28a Infektionsschutzgesetz (IfSG) wird die Rechtsgrundlage für grundrechtseinschränkende Maßnahmen der Länder zur Bekämpfung der Pandemie konkretisiert. Leitlinien für die notwendige Abwägung bei Eingriffen in Grundrechte im Hinblick auf Konflikte zwischen dem Schutz der Bevölkerung vor Neuinfizierungen, der Gewährleistung des Rechtes auf Leben und körperliche Unversehrtheit und Einschränkungen in Folge länger bestehender Pandemielagen werden vorgegeben. Nach § 28a IfSG lassen sich bei gegebenen Voraussetzungen Versammlungen absagen, Ausgangsbeschränkungen anordnen, Besuche von Einrichtungen untersagen (wie z. B. Alten- oder Pflegeheime, Einrichtungen der Behindertenhilfe, Entbindungseinrichtungen oder Krankenhäuser, auch für enge Angehörige). Dabei wird zugleich auf die Notwendigkeit verwiesen, die vollständige Isolation einzelner Personen oder Gruppen auszuschließen und ein Mindestmaß an sozialer Interaktion zu gewährleisten. Die Umsetzung dieser Vorgaben wird den jeweiligen Einrichtungen übertragen.

Als Maßstäbe des Infektionsgeschehens werden Inzidenzwerte nutzbar, wobei diese wiederum beispielsweise mit der Belastbarkeit von Gesundheitsämtern in Wechselwirkung stehen. Es gelten zugleich befristete Zeiträume für notwendige Schutzmaßnahmen, die aber nicht das Ausmaß einer Freiheitsentziehung annehmen dürfen (was bedeutet, dass die tatsächlich und rechtlich an sich gegebene Bewegungsfreiheit nach jeder Richtung aufgehoben wird). Es bleibt somit beim

Einsatz von Maßnahmen immer die Aufgabe, jeweils abzuwägen im Hinblick auf entstehende Gefahren, wobei sich das „ob“ einer Maßnahme aus dem Zweck des IfSG ergibt (§ 1 Abs. 1 IfSG).

Abbildung 100: Zweck des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)

Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von
Infektionskrankheiten beim Menschen
(Infektionsschutzgesetz - IfSG)
§ 1 Zweck des Gesetzes

(1) Zweck des Gesetzes ist es, übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern.

| Quelle: Eigene Darstellung

Die Vollzugszuständigkeit liegt bei den Ländern. Es bleiben somit weiterhin zahlreiche Abstimmungs- und Aushandlungsfelder offen, die auch Fragen der Gesundheitsvorsorge im Zusammenhang mit Beeinträchtigungen und Behinderung berühren.

Lebhaft diskutiert und kommentiert, insbesondere im Hinblick auf die Frage der Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung durch das Parlament (Bundestag 2020), wird auch die Coronavirus-Impfverordnung des BMI vom 18. Dezember 2020 (Bundesanzeiger AT vom 21. Dezember 2020 V3), die die Reihenfolge der Impfungen im Rahmen der Nationalen Impfstrategie bundesweit festlegt. Beachtet werden Alters- und Risikogruppierungen (aufgrund spezifischer gesundheitlicher Risiken oder beruflicher Tätigkeit). Dies folgt den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (Stiko) am RKI zu einem stufenweisen Vorgehen (Priorisierung solange nicht ausreichend Impfstoff vorhanden ist) beim Impfprozess.²⁰⁰ Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen sowie deren Pflegekräfte, ebenso wie Personen mit Vorerkrankungen gelangen somit unabhängig vom Alter

²⁰⁰ Mitteilung der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut Beschluss der STIKO für die Empfehlung der COVID-19-Impfung und die dazugehörige wissenschaftliche Begründung Epidemiologisches Bulletin 2 | 2021 14. Januar 2021 (online vorab).

in priorisierte Verteilungsstufen als besonders sensible und verletzbare Gruppen.²⁰¹ Viele behinderte Menschen, die nicht in Einrichtungen leben, werden dabei nicht berücksichtigt.²⁰² Gerichtsentscheidungen haben die Priorisierung besonders vulnerabler Gruppen mit hohem Schutzbedürfnis in der Verordnung als legitimes Ziel anerkannt²⁰³ und zugleich darauf hingewiesen, dass die in der Verordnung vorgegebene Reihenfolge auch Abweichungen zu Gunsten jüngerer vulnerabler Personen, insbesondere schwerstbehinderter Menschen, zulässt.²⁰⁴

Die übrigen Personengruppen werden gestuft jeweils zu einem späteren Zeitpunkt einbezogen. Die Teilnahme aller Personen ist im Vorschlag der StiKo freiwillig. Anspruch auf die Impfung haben alle Menschen mit Wohnsitz oder längerfristigem oder regelmäßigem Aufenthalt in Deutschland.

Über die skizzierte Momentaufnahme hinaus stehen zu den Einschätzungen, Erfahrungen und Auswirkungen im Pandemiegeschehen in Deutschland wissenschaftliche Aussagen mit Bezug zu Gesundheit, Teilhabechancen und Diskriminierungsrisiken für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung noch weitgehend aus. Ebenso fehlt vielfach eine passgenaue Einbindung ihrer Bedarfe und Bedürfnisse in die Planungen und Umsetzung der Maßnahmen zur Bewältigung der Pandemie, idealerweise mit Sicht und Meinung der Betroffenen in Form partizipatorischer Verfahren.

Corona und Teilhabesituationen

Eine intersektionale (unterschiedliche Dimensionen berücksichtigende) Sicht auf Vielfalt kann – wie beschrieben – sensibilisieren für bestimmte Personengruppen, Lebenslagen und Umstände, die in der Pandemie jeweils eigene Aufmerksamkeit erfordern und verdienen.

Der Teilhabe-Blick lässt sich zunächst auf alltägliche Übertragungswege und deren Vermeidbarkeit richten, wobei auch mögliche Infektionsketten und deren Nachverfolgung wichtig sind, sowie die Kommunikation darüber. Zugleich zeigen

²⁰¹ Viele behinderte Menschen, die nicht in Einrichtungen leben, werden dabei anscheinend nicht berücksichtigt: https://www.change.org/p/impfschutzf%C3%BCr-calle-impfschutz-auch-f%C3%BCr-schwerbehinderte-menschen-au%C3%9F-ferhalb-von-pflegeeinrichtungen-impfung-corona-covid19?utm_content=cl_sharecopy_26647694_de-DE%3A3&recruiter=39367070&recruited_by_id=1f8be7f0-48fc-0130-11c0-3c764e044346&utm_source=share_petition&utm_medium=copylink&utm_campaign=psf_combo_share_message

²⁰² https://www.change.org/p/impfschutzf%C3%BCr-calle-impfschutz-auch-f%C3%BCr-schwerbehinderte-menschen-au%C3%9F-ferhalb-von-pflegeeinrichtungen-impfung-corona-covid19?utm_content=cl_sharecopy_26647694_de-DE%3A3&recruiter=39367070&recruited_by_id=1f8be7f0-48fc-0130-11c0-3c764e044346&utm_source=share_petition&utm_medium=copylink&utm_campaign=psf_combo_share_message

²⁰³ Vgl. z.B. Oberverwaltungsgericht Nordrhein-Westfalen vom 22. Januar 2021, Az.: 13 B 58/21; Sozialgericht Oldenburg vom 21. Januar 2021 - S 10 SV 1/21 ER.

²⁰⁴ Verwaltungsgericht Dresden vom 29. Januar 2021, Az.: 6 L 42/21; Verwaltungsgericht Frankfurt vom 29. Januar 2021, Az.: 5 L 182/21.F

sich bedenkenswerte und abzuwägende Wirkungen und Nebenwirkungen im physical distancing, also bei den Versuchen, möglichst den empfohlenen körperlichen Abstand zu halten, wenn es um die Verhinderung einer Virusübertragung geht. Im Vordergrund stehen die Aerosole (unsichtbare, eventuell virushaltige Bestandteile aus dem Atemtrakt von Menschen) (Klompas et al. 2020; Somsen et al. 2020). Die Schnelligkeit der Ansteckung und gleichzeitig die Dauerhaftigkeit der Gefährdung (Aerosole verharren bis zu einigen Stunden in der Luft und können auch weitergetragen werden) führen dazu, dass geschlossene Räume (vor allem, wenn sie beheizt und ungelüftet sind) und Menschenmengen (besonders, wenn Menschen eng, nah und lange beieinander sind) als gefährdend gelten. Dass Ansteckungen in frühen Infektionsstadien, also vor erkennbaren Symptomen der Erkrankten, möglich sind und dass manche Infizierte vollkommen symptomfrei den gesamten Krankheitsprozess durchlaufen, dabei aber ansteckend sind, erschwert die Risikoabschätzung besonders. Zudem werden aus Sicht der Risikovermeidung drei Ebenen als besonders bedeutsam unterschieden, nämlich

- die individuelle Verantwortung,
- die gemeinsame Verantwortung und
- die technischen Möglichkeiten.

Diese Ebenen sollen kombiniert werden, um eine bestmögliche Prävention zu erreichen. Hierzu sind Hochrechnungen gegebener Risiken und ihrer Kontrollierbarkeit möglich, die – beispielsweise nach dem Swiss Cheese-Modell (Schweizer Käse Modell) – die Umsetzbarkeit und Wirksamkeit einzelner Bestandteile von Vorsorgemaßnahmen abschätzen (Kartoglu et al. 2020). Da jede Schutzmaßnahme Schwachpunkte hat („Löcher im Käse“), sollen durch einen gleichzeitigen Einsatz verschiedener Maßnahmen (Schichtmodell) Durchlässigkeiten verringert werden. Grundvoraussetzung dafür ist die möglichst solide Kenntnis der Eigenschaften und Verbreitungsformen von SARS-CoV-2.

Tabelle 114: Elemente und Prozessqualitätsschritte beim Umgang mit der Verbreitung von SARS-CoV-2 (Beispiele).

	Individuelle Verantwortung	Gemeinsame Verantwortung	Technische Möglichkeiten

Verbreitung von SARS-CoV-2

Aerosole: unsichtbare virushaltige Partikel aus dem Atemtrakt, sie sind kleiner als 100 Mikrometer und können von 10 Sekunden bis zu einigen Stunden in der Luft verharren oder weitergetragen werden.

Möglichst zu Hause bleiben/Mobilitätseinschränkung; Quarantäne; Befolgen behördlicher Auflagen

Treffen in Innenräumen meiden: unbelüftet, beheizt; Quarantäne achten; Arbeitgeber ermöglichen mobiles Arbeiten; soziale Akzeptanz von behördlichen Auflagen und ihr Befolgen

Innenräume belüften; Schutzwände; Quarantäne Orte/Gruppen/Regionen; Technische Ausstattung für mobiles Arbeiten bereitstellen; Lösungen gemäß dem Datenschutz finden; Schutz vor Missbrauch/Betrug.

Menschen(mengen) meiden; nur allein oder mit einer Person auf Abstand in die Öffentlichkeit/Natur gehen; Kontakte digital gestalten (Anruf, Videokonferenz...)

Enge, Nähe, Überfüllung, längere physische Kontakte meiden

Distanz und Mengen kontrollieren; ggf. Isolieren; Technische Ausstattung für digitale Kontakte bereitstellen (ausreichende Internetverfügbarkeit; Onlinebeschulung...)

Personen sind in verschiedenen Infektionsstadien: hochansteckend 1-2 Tage vor Symptomen, nicht immer erkennbar, eventuell symptomfrei

vermeidbare Kontakte verringern, Abstand halten, konsequent Handeln, Vulnerabilitäten kennen, bereit sein zur Mitwirkung

Kontakte meiden, körperlichen Abstand halten (in allen Lebensbereichen: Arbeit, Bildung, Freizeit, Kultur,

Hygiene-/Aktionspläne aufstellen: Distanz ermöglichen (digitale Meetings, Lieferservice, Öffentliches Leben, Öffentlicher Verkehr, Gesundheitsver-

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

	Mobilität...), eine Kultur der Aufmerksamkeit entwickeln	sorgung, keine Massenunterbringung...); Informationen in Leichter Sprache und verschiedenen Sprachen bereitstellen
Verbreiten durch Ausatmen (Emission)		
Nicht (beziehungsweise möglichst wenig) sprechen, singen, schreien, schwer Atmen;	Maskennutzung auch bei anderen unterstützen durch Hinweise zu richtiger Anwendung (auf/über Nase) und Bereitstellung von geeigneten Masken, um Emissionen zu verringern	Luft verdünnen: Räume (be)lüften ... (Filtern); nutzbare Außenanlagen; keine Bars, Hallen, Flugzeugkabinen, Züge, Klassenzimmer, Büros, Einkaufsläden, Chöre etc., digitale Kulturangebote, die von zuhause genutzt werden können, auch passgenau bei bestehenden funktionalen Einschränkungen
Verbreitung durch Schmierinfektion		
Hygiene: Hände waschen, keine Körperkontakte: Händeschütteln, Umarmungen...; Schutzkleidung korrekt tragen	Hygienepläne; keine Flächenkontakte: Haltegriffe, Türklinken... Schutzkleidung auch anderen Menschen zur Verfügung stellen und beim Anlegen helfen	Kontrolle der Hygienepläne: Desinfektion von Räumen und Flächen...; Logistik für Schutzkleidung
Prävention: Impfung, Testen, Kontaktverfolgung		

Sich und andere (fortwährend) informieren; Impfbereitschaft, Corona-App (Nachverfolgung), zutreffende Angaben zur Kontaktverfolgung	Informieren; Kommunizieren; Impfbereitschaft und Mitwirkung bei Kontaktkontrollen; Nachbarschaftshilfe, damit Menschen zuhause bleiben können; ver	Sich und andere (fortwährend) informieren; Impfbereitschaft, Corona-App (Nachverfolgung), zutreffende Angaben zur Kontaktverfolgung
---	--	---

Quelle: Eigene Darstellung

Ein Risikomanagement (safety-oriented cultural mindset), das dem Swiss Cheese-Modell folgt, ist unabhängig von akuten Pandemieerfahrungen schon länger in der an Prozessqualität ausgerichteten Risikobearbeitung bekannt (etwa in riskanten Arbeitsumgebungen wie Laboren oder Öltankern) (Michigan Tech 2018)²⁰⁵.

Es geht somit insgesamt um das Reduzieren der genannten Risiken mit geeigneten Maßnahmen, einerlei ob diese zielgruppenspezifisch oder generell ausgelegt sind. Da die Verbreitung vor allem durch Ausatmen erfolgt, senkt angemessenes Abstandhalten die Übertragung der Viren. Ausatmen sollte möglichst ohne weitere „Beschleuniger“ wie Sprechen, Singen, Schreien oder schwer Atmen (etwa bei sportlicher Anstrengung) stattfinden. Durch Masken lässt sich zudem die Emission der Viren verringern. Frische Luft verdünnt die Virenintensität, also sind Lüften und Aktivitäten im Freien wirksame Hygienemaßnahmen. Eine Ansteckung ist aber vermutlich ebenso – wenn auch in geringerem Maße – durch Schmierinfektionen möglich. Daher ist bei Körper- und Flächenkontakten (etwa Händeschütteln, Umarmen oder Nutzen von Türklinken, Haltegriffen) ebenso besondere Vorsicht geboten (Verity et al. 2020: 3).

Die Aufmerksamkeit richtet sich damit im Alltag auf alle Gelegenheiten, bei denen Menschen zusammenkommen: auf die Fortbewegung in öffentlichen Verkehrsmitteln ebenso wie auf Arbeitsplatzsituationen, Bildungssysteme, Religionsausübung und Freizeitveranstaltungen, letztlich auf das tägliche Zusammenleben an sich. Soziale Kontakte haben dort verschiedene Qualität und Nähe. Manche engen Kontakte sind kaum vermeidbar ohne erhebliche Schädigungen in Kauf zu nehmen, etwa, wenn es um Pflege- oder Assistenzsituationen geht, aber auch bei

²⁰⁵ <https://www.mtu.edu/unscripted/stories/2018/february/swiss-cheese-and-safety.html>

psychischen Herausforderungen, die bei den Versuchen Abstand zu wahren entstehen können.

Eine individuelle Risikozuschreibung (etwa mit Maßeinheiten wie dem IKKA-Score: Wolfschmidt et al. 2020), könnte in der Pandemie die Gefährdungsbeurteilung beim Einsatz bestimmter Beschäftigter lenken (BMAS 2020). Dies würde aber womöglich weniger den Schutz aller beschäftigten Personen durch angemessene Vorkehrungen sichern, als vielmehr den Ausschluss definierter Risikopersonen bewirken, warnen Kaifie et al. (2020): "Eine Differenzierung des Schutzniveaus in Abhängigkeit von der individuellen Schutzbedürftigkeit könnte in dem Sinne (fehl-)verstanden werden, dass mit dem Ausschluss von Risikopersonen von bestimmten Tätigkeiten und ihrem Schutz durch Zuweisung anderer Tätigkeiten (beziehungsweise durch Freistellung) die Infektionsproblematik dieser Tätigkeiten gelöst sei. Dieser Eindruck sollte vermieden werden" (Kaifie et al. 2020).

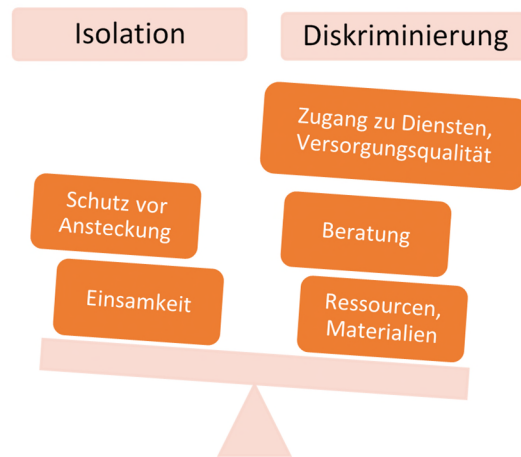
Riskante Übergänge und Schnittstellen zwischen Nähe und Distanz

Das psychische Wohlbefinden von Menschen mit Beeinträchtigungen und psychischen Erkrankungen sowie von den mit ihnen befassten Fachkräften wird in der Pandemie besonders durch Ängste und Gefährdungen beeinflusst (Shi et al. 2020). Es geht beispielsweise um belastende Quarantäneerfahrungen, Schlafstörungen, qualitativ und quantitativ reduzierte Therapieangebote, gestörte Alltagsroutinen, Zukunftsängste, finanzielle Sorgen und Engpässe, um Isolationsleiden wie Einsamkeit und hohe Reizbarkeit. Aber es finden sich ebenso Beispiele von sozialer Solidarisierung und Resilienz Einzelner. Dies zeigen erste explorative Studien weltweit und in Deutschland (El-Zraigat / Alshammari 2020; Fatke et al. 2020; Frank et al. 2020; Habermann-Horstmeier 2020b; Shao et al. 2020). Viele Befragte sprechen bezogen auf mögliche Teilhabe von belastenden Einschränkungen im alltäglichen Leben. Verordnete Kontaktbeschränkungen durch Behörden wie Lockdown und Quarantäne, die eine Ausbreitung des Virus durch Distanz von Mensch zu Mensch verringern sollen, zielen auf bestehende Gefährdungslagen, schaffen zugleich aber weitere Gefährdungen (etwa in Form häuslicher Konflikte oder struktureller Gewalt: Frank et al. 2020; Lund et al. 2020). Diese Zweischneidigkeit zeigt Habermann-Horstmeier (2020c) in einer empirischen Analyse des Infektionsgeschehens bis zum 10. Juni 2020 am Beispiel der Personengruppe von Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen auf: Menschen, die in Einrichtungen leben, scheinen ein deutlich höheres Risiko zu haben, infiziert zu werden, womöglich auch, wenn Schwierigkeiten bestehen, Verhaltensempfehlungen zu verstehen und zu befolgen. Die Forderung nach gut aus- beziehungsweise fortgebildetem Personal und kleineren Wohngruppen wird hier erhoben, um bessere assistierende Dienste bereitstellen zu können.

Bei der erforderlichen Gratwanderung zwischen gewünschter beziehungsweise erforderlicher Nähe und notwendiger Distanz sind Gefährdungen durch Exklusion (Ausschluss, z. B. von Information und Versorgung) ebenso wie durch Einschluss (Ausschluss der Öffentlichkeit, also Isolation) von Bedeutung. Entsprechende Maßnahmen können je nach Lageeinschätzung (RKI 2020b) von Besuchsbegrenzungen (z. B. nur eine Stunde am Tag eine Person, Besuche nur vor der Einrichtung oder in Schutzkleidung) bis hin zu kompletten Mobilitätseinschränkungen (z. B. ein Verlassen der Einrichtung oder des eigenen Zimmers wird nicht gestattet oder Plexiglastrennwände werden zwischen allen Bewohnerinnen und Bewohnern errichtet) reichen. Dies beschränkt soziale Bedürfnisse und Sozialkontakte erheblich, beeinflusst aber unter Umständen auch Sicherheit und Selbstbestimmung der Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, insbesondere, wenn sie bei den Aktivitäten des täglichen Lebens auf die Hilfe anderer angewiesen sind. Selbst ein Einschalten Dritter im Falle unerwünschter und unangebrachter Übergriffe ist erschwert oder nicht möglich. So entstehen aus den genannten Gratwanderungen womöglich Fallen, aus denen kaum Auswege möglich sind (Lund 2020: 200-202). Dass es diesbezüglich ein Gefahrenpotenzial gibt, wurde bereits in den vorhergehenden Teilhabeberichten nachdrücklich angesprochen (Kapitel 10) und wird auch in diesem dritten Teilhabebericht ausgeführt (Abschnitt 10.8).

Wie sensibel Fragen zu Missbrauch und Übergriffen sind, ist bekannt (Saxton et al. 2001; 2006). Bei den besonderen Rahmenbedingungen von Nähe und Distanz unter Pandemiebedingungen liegt die Dringlichkeit auf der Hand, auch an mögliche zusätzliche Barrieren bei der Meldung und Bekanntmachung von Missbrauch zu denken. Ebenso geht es um besondere Sorgen wegen möglicher Zweifel anderer an der Glaubwürdigkeit, aber auch um Furcht vor Vergeltungsmaßnahmen durch bezeichnete Täterinnen oder Täter. Solche möglichen sozialen Auswirkungen der Pandemie werden eventuell verstärkt (Lund 2020: 202). Neben den erwähnten psychischen Stressoren sprechen Lund et al. (2020) sowohl die Risiken direkter Verletzungen (z. B. Knochenbrüche als Folge körperlicher Misshandlung) an, als auch indirekte Folgen durch verweigerte Medikamente oder mangelnde Pflege (Lund et al. 2020: 315). Als Beispiele werden Druckgeschwüre, Harnwegsinfektionen oder Verschlimmerungen chronischer Krankheiten - wie Diabetes oder Herzerkrankungen - angeführt (Lund et al. 2020: 314).

Abbildung 101: Abwägung riskanter Folgen der Maßnahmen für Menschen mit Beeinträchtigungen bei Corona



Quelle: Eigene Darstellung

Einen weiteren zentralen Bereich, der insgesamt im Hinblick auf die Bevölkerung (z. B. Grates et al. 2021) und insbesondere für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen Sorge bereitet, spricht der Behindertenbeauftragte der Bundesregierung ausdrücklich an: Die Corona-Pandemie führt zu einer verringerten Inanspruchnahme der routinemäßigen und akuten Gesundheitsversorgung für Nicht-Corona-Erkrankungen (Grates et al. 2021): Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen wollen Überlastungen vermeiden und einer möglichen Verbreitung des Virus vorbeugen, daher verschieben sie nicht zwingend erforderliche Behandlungen. Gleichzeitig sorgen sich Patientinnen und Patienten womöglich auch vor der Infektionsgefahr in der klinischen Umgebung und vermeiden diesbezügliche Kontakte. Betroffen sind auch hier in besonderem Maße Menschen mit bestehenden Behinderungen oder sich aktuell entwickelnden Beeinträchtigungen.²⁰⁶ Zugleich beginnt im Zusammenhang mit den steigenden Inzidenzzahlen von Corona-Erkrankungen eine Diskussion über Triage (Priorisierung) sowie medizinische Rationierung (Andrews et al. 2020), wenn auch getragen von dem Anliegen, Menschen mit Beeinträchtigungen auf keinen Fall bei der Versorgung zu benachteiligen (z. B. Solomon et al. 2020). Die Frage ist dennoch, ob und inwiefern hypothetische Lebenserwartung und -qualität verschiedener Patientinnen

²⁰⁶ https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2020/PM10_Behindertenbeauftragter%20besorgt%20%C3%BCber%20Gesundheitsversorgung.html

und Patienten gegeneinander abgewogen werden können oder sollen, wenn aufgrund von Ressourcenknappheit nicht alle Erkrankten angemessen behandelt werden können.

Menschen mit Beeinträchtigungen, die ihr Leben mit persönlicher Assistenz organisieren, sind sehr besorgt und haben ernstzunehmende Ängste, z. B. in Gemeinschaftsunterbringung wechseln zu müssen, auch wenn dies ihren Lebensplänen widerspricht (Rödler 2020). Im April 2020 veröffentlichte - wie oben erwähnt - die Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) Entscheidungshilfen für den Fall, dass die Kapazitäten des Gesundheitssystems nicht mehr ausreichen, um alle Patientinnen und Patienten zu versorgen (DIVI 2020). Zwar wird auch hier betont, dass Alter und Behinderungen bei der Zuteilung von Gesundheitsleistungen keine Rolle spielen. Vielmehr sollen objektive Kriterien die Grundlage für die Entscheidungen bilden. Hierzu gehört aber auch die Erhebung einer bestehenden Gebrechlichkeit, z. B. mittels der neunstufigen Clinical Frailty Scale²⁰⁷. Personen, die dauerhaft und umfassend auf Unterstützung angewiesen sind, werden dort in die Stufe 7 eingruppiert. Damit hätten sie, unabhängig von Alter und allgemeinem Gesundheitszustand, deutlich schlechtere Chancen als nichtbehinderte an Corona erkrankte Personen, bei der Zuteilung knapper Gesundheitsleistungen berücksichtigt zu werden, wie von Organisationen behinderter Menschen massiv kritisiert wird.²⁰⁸

Drinnen und Draußen – zwischen Selbstbestimmung, Fürsorge und Exklusion

Viele behinderte Menschen sind im Alltag auf Hilfe angewiesen, die entweder in besonderen Wohnformen (wie Heimen oder Wohngruppen) oder in privaten Wohnungen erbracht wird. Wer im Alltag persönliche Assistenz oder pflegerische Hilfen benötigt, kann – wie beschrieben – kaum physischen Abstand halten. Aber selbst wenn die behinderte Person das Haus nicht mehr verlässt, um ihr Infektionsrisiko zu senken, hat sie keinen Einfluss darauf, wie achtsam sich die Assistenzpersonen beziehungsweise das Personal in Einrichtungen außerhalb der Arbeit oder auf den Wegen verhalten. Ob diese Fachkräfte im Privatleben und in Pausen Abstand wahren, wo nötig einen Mund-Nasenschutz tragen, sich mit wenigen Menschen treffen, ist nicht kontrollierbar. So erweitern sich die Herausforderungen bei der Organisation der benötigten Unterstützung um Sorgen ungewünschter Nähe mit unkontrollierbaren Risiken. Die Infektion einzelner Personen in stationären Einrichtungen führt - wie sich zeigt - oftmals zur Verbreitung in ganzen Wohngruppen, Stationen oder Häusern. Dies ist für alle Bewohnerinnen

²⁰⁷ <https://www.prima-eds.eu/fileadmin/img/downloads/Gebrechlichkeitsskala.pdf>

²⁰⁸ https://www.isl-ev.de/attachments/article/2453/201214_ISL-Stellungnahme%20BVerfG%20Triage.pdf

und Bewohner ein großes gesundheitliches Risiko und bewirkt auch personelle Engpässe, die wiederum eine angemessene Versorgung gefährden können.

Für Nutzerinnen und Nutzer persönlicher Assistenz stellen sich Schwierigkeiten anders, aber nicht weniger kompliziert, dar: Erkrankt eine Assistenzperson aus dem Team, müsste die Assistenznehmerin beziehungsweise der Assistenznehmer als primäre Kontaktperson in Quarantäne. Um dann die Versorgung sicherzustellen wären Maßnahmen wie auf Quarantänestationen erforderlich, das heißt die Assistenzdienste müssten entsprechende Schutzkleidung zur Verfügung stellen. Faktisch entstehen aber bereits bei der Beschaffung angemessener Masken Engpässe. Sollte die Assistenznehmerin oder der Assistenznehmer selbst erkranken und in ein Krankenhaus müssen, kann sie ihre persönliche Assistenz nicht mitnehmen. Dies erhöht die individuelle Gefährdung über die Infektion hinaus, da im Krankenhaus sehr wahrscheinlich niemand um die jeweiligen Besonderheiten in der individuellen Versorgung weiß. Zudem fehlen gerade dort die notwendigen zusätzlichen personellen Ressourcen beziehungsweise ausreichend Zeit für die angemessene Versorgung von Personen, die bei vielen Tätigkeiten unterstützt werden müssen. Diese anhaltend schwierige Versorgungslage erzeugt bei den Assistenznehmerinnen und Assistenznehmern erheblichen psychischen Stress.

Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen können durch die Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie ein plötzliches Ende der vertrauten Abläufe als irritierend erleben, z. B. weil Tagesstätten und Werkstätten geschlossen werden. Oft sind sie ausschließlich auf besondere Wohnformen oder die häusliche Situation bei den (unter Umständen alten und überforderten) Eltern verwiesen. Im Wohnbereich gibt es in der Regel keine für eine Ganztagsversorgung angemessenen personellen Kapazitäten. Therapien und Freizeitaktivitäten fallen von einem Tag auf den anderen weg. Regelungen, um diese Situation abzumildern, finden sich bislang nur, wenn Träger der jeweiligen Wohn-, Tages- oder Werkstätten aus eigenem Antrieb kreative Lösungen entwickeln (Habermann-Horstmeier 2020b, c).

Zu besonderen Gefährdungen der Selbstbestimmung gibt Lund (2020: 202) Hinweise, macht aber in ihrem Überblicksartikel auch Vorschläge, wie man solchen Risiken begegnen sollte: Sie weist neben der Einhaltung rechtlicher Vorgaben auf Melde- und Zustimmungspflichten hin, aber auch auf die erforderliche Bereitstellung von Ersatzversorgung, wenn die Regelversorgung nicht zugänglich ist. Zugleich warnt sie vor falschverstandener Fürsorge, wie auch vor ableistischen Vorurteilen, also der Abwertung von Menschen mit Behinderung aufgrund des Fehlens bestimmter Fähigkeiten, im Hinblick auf die Lebensgestaltungs- und

Selbstbestimmungsfähigkeit²⁰⁹ (Andrews et al. 2020). Es sei auch nicht auszuschließen, dass Bevölkerungsgruppen über behördliche Maßnahmen wie Sperrstunden oder Schul-/Restaurantschließungen frustriert sind und dies den zu schützenden Bürgerinnen und Bürgern anlasten, also entsprechend negative Emotionen auf diese Gruppe verlagern (Lund et al. 2020: 319). Ähnliche Bedenken tragen Ayalon et al. (2021) für ältere Personengruppen vor, die nicht allein wegen ihres Alters, sondern auch wegen der Häufung ungünstiger Vorbedingungen zu einer leicht identifizierbaren Hauptrisikogruppe zählen. Ausbrüche von Altersdiskriminierung, also generelle Zuweisungen von Hilflosigkeit, Gebrechlichkeit und eingeschränkten Fähigkeiten in Verbindung mit dem Alter, können die Folge sein (Lichtenstein 2020). Solche negativen Bilder führen eventuell auch zu Solidaritätserwartungen, die sich an die jüngere Bevölkerung richten und womöglich Generationenkonflikte nähren (Meisner 2020).

Mit dem Blick auf Vielfalt und Verschiedenheit älterer Personen könnte es aber gelingen, im Rahmen der Pandemie die Diversitätssensibilität zu fördern und so Gewinne für die Zukunft zu ermöglichen (Ehni / Wahl 2020; Miller 2020; Morrow-Howell et al. 2020). Die ältere Bevölkerung geht interessanterweise wohl gleichzeitig vergleichsweise gelassen mit der Pandemiesituation um (Röhr et al. 2020), ihre empfundene Belastung über generelle Sorgen zu Corona ist auch während der Zeit von Abriegelungen weitgehend unverändert. Sie fühlen sich sozial unterstützt und zeigen Akzeptanz und Widerstandsfähigkeit gegenüber den herausfordernden Pandemiebedingungen, wobei hier verschiedene Studien auch zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen (z. B. Grates et al. 2021). Es ist also nicht ausgeschlossen, dass Untergruppen spezifische Unterstützung benötigen für bessere psychische Gesundheit und Wohlbefinden. Hierzu werden über die Zeit Längsschnittbeobachtungen notwendig sein, wie auch dazu, dass die Pandemie wohl eher der mittleren Generation und jungen Menschen aufs Gemüt schlägt (Brooks 2020; Craven 2020).²¹⁰ Wie dem auch sei: Wichtig ist für die weitere Forschung zu sozialen Voraussetzungen und Folgen der Pandemie wie auch Bewältigungsstrategien, eine Lebenslaufperspektive einzunehmen, die die Diversität zwischen und innerhalb verschiedener Lebensphasen berücksichtigt (Settersen et al. 2020).

Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen werden von Courtenay und Perera (2020) als durch die Auswirkungen der Pandemie besonders betroffene Perso-

²⁰⁹ <https://psycnet.apa.org/fulltext/2020-59952-001.html>: „ableism = discrimination against individuals with disabilities or the tendency to be prejudiced against those with disabilities and to negatively stereotype them as, for example, less intelligent, nonproductive, or dependent on others“

²¹⁰ Stallmach, Lena NZZ 5.12.2020 www.nzz.ch/wissenschaft/psychische-belastung-durch-covid-19:Senioren-sind-resilienter.

nengruppe benannt. Ihre Teilhabechancen verbunden mit Infektionsschutz sollten zielgruppenspezifisch kommuniziert werden. Nur so lässt sich die Sinnhaftigkeit der Maßnahmen und der konkreten Handlungsanweisung besser verstehen, und sie werden entsprechend auch eingehalten. Zugleich solle man für die Lage pflegender Angehöriger und professioneller Pflegekräfte von Menschen mit Behinderung besonders aufmerksam sein. Auch diese Gruppen zeigen sich verletzlich für Überlastungen und sollten entsprechend unterstützt werden (Courtenay / Perera 2020; Willner et al. 2020). Patel ruft dazu auf, Kinder besonders zu beachten, um drohende (weitere) Entwicklungsverzögerungen oder andere Probleme zu vermeiden. Insbesondere vorbelastete Kinder seien einem höheren Risiko für klinisch bedeutsame psychische Gesundheitsprobleme ausgesetzt (Patel 2020: 2).

Überwinden der Pandemie – Lernen für Gesundheitsaufgaben

Die Nationale Akademie der Wissenschaften, Leopoldina, fordert in ihrer Vierten Ad-hoc-Stellungnahme vom 27. Mai 2020 eine differenzierte Sicht auf die bedarfsgerechte Versorgung unterschiedlicher Personengruppen, auch und gerade, wenn die Pandemie längere Zeit bestehen sollte. Genannt werden

„Kinder, alte Menschen, chronisch Erkrankte, psychisch Erkrankte, Menschen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen oder Sterbende. Auch die psychosozialen Bedürfnisse aller Betroffenen und ihre Wünsche müssen wieder stärker berücksichtigt werden.“ (Leopoldina 2020: 3)

Grundsätzlich sei dabei eine gute Kommunikation unter den Fachkräften sowie zwischen diesen und den genannten Gruppen (auch unter Einbeziehung von Selbsthilfeorganisationen) und mit der Öffentlichkeit erforderlich.

Auch die Weltgesundheitsorganisation bietet konkrete Überlegungen zum Umgang mit den Herausforderungen, insbesondere für Menschen mit Behinderungen, während der Corona-Pandemie an (WHO 2020). Ihre Empfehlungen zielen nicht nur auf Betroffene und Angehörige sowie auf Institutionen und Organisationen ab, sondern auch auf den politischen Entscheidungsbereich. Neben gemeindebezogenen Ansätzen, in die Nachbarschaften und Gemeinwesen einbezogen sind (etwa in Form bürgerschaftlichen Engagements zur Bewältigung von Quarantänearisiken), werden auch Arbeitgeber von Menschen mit Behinderungen angesprochen: Es sollen flexible Arbeitsvereinbarungen und Maßnahmen zur Infektionskontrolle im Beschäftigungszusammenhang genutzt werden, die beispielsweise auch Menschen mit Beeinträchtigungen Telearbeit ermöglichen. Dabei solle der Arbeitgeber die erforderliche Technologie sicherstellen.

Auf der Datenbasis der oben beschriebenen wissenschaftlichen Studien und Experten wird deutlich, dass Teilhabe einschränkungen, die für Personen mit komplexen Beeinträchtigungen in der Regel ohnehin bestehen, nun besonders verstärkt hervortreten. Die soziale Isolation, der Wegfall außerhäuslicher Beschäftigungs-, Bildungs-, Kultur- oder Freizeitangebote, das erzwungene Leben in der Wohngruppe derjenigen, die in Einrichtungen leben oder die Mehrbelastung von Familien und Angehörigen, werden in Berichten und Stellungnahmen als große Problembereiche benannt.²¹¹ Eine zentrale Frage ist, ob und wie bei dem Versuch eine adäquate gesundheitliche Versorgung der Gesamtbevölkerung aufrecht zu erhalten und eine plötzliche Überlastung des Gesundheitssystems abzuwehren, die berechtigten Bedarfe und Bedürfnisse der Menschen mit Beeinträchtigungen einbezogen werden. Dies gilt in gesundheitlicher und auch in psychosozialer beziehungsweise sozioökonomischer Hinsicht. Für benachteiligende Unterschiede bei der Selbstbestimmung und der sozialen Teilhabe gilt es ebenso aufmerksam zu sein, wie für mögliche Folgen im Leben Einzelner.

Erste Schritte sind erfolgt. So gelten gemäß dem RKI Menschen mit verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen als sogenannte vulnerable, besonders verletzbare Gruppen:

„ältere Personen (mit stetig steigendem Risiko für schweren Verlauf ab etwa 50–60 Jahren); Raucher; Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen: des Herzens (z. B. koronare Herzerkrankung), der Lunge (z. B. Asthma, chronische Bronchitis), Patienten mit chronischen Lebererkrankungen; Patienten mit Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit); Patienten mit einer Krebserkrankung. Patienten mit geschwächtem Immunsystem (z. B. aufgrund einer Erkrankung, die mit einer Immunschwäche einhergeht oder durch Einnahme von Medikamenten, die die Immunabwehr schwächen, wie z. B. Cortison)“ (RKI 2020a).

Für Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen belegen – wie oben dargelegt – viele internationale Studien besondere Gesundheitsrisiken über die gesamte Lebensspanne (für Heranwachsende Peacock et al. 2012; Proesmans et al. 2015; für Ältere Jessen 2020; Thimm et al. 2018). In Kombination mit einem eher hinderreichen Zugang ins Gesundheitssystem wiegt dies besonders schwer (Börsing et al. 2019). Die Gewöhnung an Abhängigkeit und Angewiesensein, die in besonderen Wohnformen Teil von Organisation und Tagesabläufen ist, erschwert zugleich auch Selbstsorge im Gesundheitsverhalten. Die dabei erzeugte gesellschaftliche Randstellung des Personenkreises im öffentlichen und kulturellen Leben lässt zudem besondere Risiken aus dem Blickfeld geraten. Die Folge sind

²¹¹ So äußert sich die Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft laufend besorgt (<http://dhg-kontakt.de/aktuelles/>) und mahnt, die Belange der Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf zu berücksichtigen (Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft 2020).

wiederum vermehrt Isolationsrisiken (Abschnitt 8.3.1), ebenso wie der Ausschluss von Kommunikation und Information, bis zu besonderen Risiken der Vernachlässigung (auch in Gesundheitsbelangen) (Seitzer et al. 2020: 52). Dies sind an sich keine neuen Wissensbestände. Über die konkreten Auswirkungen der Lebensumstände in besonderen Wohnformen für Bewohnerinnen und Bewohner in Zeiten der Pandemie startet aktuell eine Feldstudie im Auftrag des BMAS unter dem Titel *Die Corona-Pandemie in besonderen Wohnformen für Menschen mit Behinderung. Momentaufnahmen und Zukunftsplanung zu Gleichstellung und Teilhabe bei der Gesundheitssorge im Jahr 2020*.²¹² Ziel ist, Erfahrungen aufzugreifen und für zukünftige Planungen zu nutzen, die Gleichstellung und Teilhabe als zentrale Fragestellung verfolgen.

Daraus, dass Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung teilweise aufgrund ihrer Lebenslage besonders von Schutzmaßnahmen beziehungsweise behördlichen Anordnungen betroffen sind, können zugleich besondere Risiken entstehen. Daher gilt es, diese bei Planungen und Umsetzungen von Maßnahmen und auch bei der Priorisierung von Unterstützungen, auf bundesweiter bis zu kommunaler Ebene zu bedenken, Risiken beziehungsweise Notwendigkeiten abzuwägen und die konkrete Ausgestaltung zu bestimmen; insbesondere bei der

- Gestaltung von Unterstützung, Assistenz und weiteren Diensten,
- der Kontrolle und Verminderung von Infektionsrisiken, sowie dem
- Recht auf Teilhabe beziehungsweise der Kompensation von Kontaktstopp und sozialer Isolation.

Bestehende Exklusionsrisiken bei der Gesundheitsversorgung von Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen in der Krankheitsbehandlung und in Krankenhäusern treten während der Corona-Pandemie in besonderer Weise zutage.

Mit Blick auf die nach Art. 25 und Art. 9 der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) erforderliche gute, zugängliche, diskriminierungsfreie und umfassende Gesundheitsversorgung für Menschen mit Beeinträchtigungen, stellen sich zunächst Fragen der ambulanten oder stationären Behandlung von Krankheiten, wie sie sich für alle Menschen stellen können. Zugleich können Beeinträchtigungen gesundheitliche Probleme, damit auch Behandlungsnotwendigkeiten und spezifische Anforderungen an die Behandlung mit sich bringen, wie sie bereits mit Blick auf Barrierefreiheit von Praxen deutlich wurden (Abschnitt 6.2). Gerade für Personen mit ausgeprägten körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen finden sich Hinweise für besondere Exklusionsgefährdungen bei der Behandlung und Beratung ihrer gesundheitlichen Probleme, und zwar sowohl

²¹² <https://www.sg.tum.de/diversitaetssoziologie/news/news-single-view/article/wohnen-in-gesundheit-woge2020/>

in Praxen vor Ort als auch in Krankenhäusern (Steffen / Blum 2012; Stockmann 2020). Die Pandemie lässt Versorgungslücken, wie sie hier beispielhaft an der Krankenhausversorgung von Menschen mit komplexer Beeinträchtigung verdeutlicht werden, schärfer hervortreten. Das Kompetenznetz Public Health Covid 19 fordert daher, „gesundheitliche Chancengleichheit als politikübergreifendes Ziel aufzugreifen und dafür im Bundesgesundheitsministerium eine eigenständige Monitoring- und Beratungseinheit einzurichten“ (2020: 5). Diese müsse unbedingt neben Ungleichheiten aufgrund der sozioökonomischen Lage, des Geschlechts, der ethnischen Herkunft oder des Alters auch den Fokus auf Behinderung richten, damit entsprechende spezifische Bedarfslagen zur Geltung kommen.

Denn sofern ihre gesundheitlichen Probleme oder ihr Unterstützungsbedarf besondere Anforderungen mit sich bringt, stoßen Menschen mit Beeinträchtigungen an die Grenzen eines auf Krankheitsbehandlung spezialisierten Medizinsystems, das im Hinblick auf passgenaue Gesundheitsversorgung und bio-psycho-sozial komplexe Aufgabenstellungen wenig gerüstet ist. Insbesondere für Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen können Diagnostik und therapeutische Eingriffe nicht nur durch gelegentlich beeinträchtigte Kommunikationsmöglichkeiten, sondern auch durch anatomische und physiologische Besonderheiten erheblich beeinflusst werden (z. B. Ihringer et al. 2013).

- Höheres Erkrankungsrisiko, schwierige Diagnosen: Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen können auch generell ein höheres Erkrankungsrisiko haben und sind dann entsprechend häufiger auf Leistungen des Gesundheitssystems angewiesen (Bundesvereinigung Lebenshilfe 2020: 3).
- Pflegemängel und individuelle Anforderungen: Seidel (2009) weist auf „erhebliche Pflegemängel während des Krankenhausaufenthaltes, personelle Unterstützungen von dritter Seite (Angehörige, Einrichtungen) als Bedingung für Krankenhausaufnahmen, vorfristige und schlecht vorbereitete Entlassungen“ als zentrale Probleme der ärztlichen Behandlung von Menschen mit geistigen und mehrfachen Beeinträchtigungen hin. Anlass ist, dass „an die Grund- und an die Behandlungspflege sehr individuelle Anforderungen, auf die das Personal einer bestimmten Fachabteilung im Krankenhaus nicht vorbereitet ist“ gerichtet werden (Seidel 2009 o. S.), zum Beispiel aufgrund von Einschränkungen der Mobilität, des Sehens oder Hörens, der Kommunikation, der Nahrungsaufnahme usw.
- Informationsdefizite bei komplexen Beeinträchtigungen: Nach Steffen und Blum (2012) kann mit Bezug auf Stellungnahmen und Befassungen des Deutschen Ärztetags 2009 und 2010 zur medizinischen Versorgung vor Ort und in Krankenhäusern festgehalten werden, dass es „einen Mangel an gut vorberei-

teten Krankenhäusern, Ärzten, Therapeuten sowie Angehörigen anderer Gesundheitsberufe gibt“ (Steffen / Blum 2012: 860). Als zentrale Themenfelder lassen sich demzufolge neben der Barrierefreiheit die Symptomerkennung und Diagnosestellung, der Umgang mit den Menschen und die Kommunikation identifizieren (Steffen / Blum 2012: 860). Bestätigt wird dieses Bild von Schülle (2016) anhand ihrer Analyse vorliegender nationaler und internationaler empirischer Untersuchungen; sie konstatiert zusätzlich ein „Fehlen an benötigtem Fachwissen bei den allgemeinen Leistungserbringern“ (Schülle 2016: 9). Für Menschen mit geistigen beziehungsweise komplexen Beeinträchtigungen besteht ein erhöhtes Risiko zu erkranken (Bundesvereinigung Lebenshilfe 2020: 3.). Im Jahr 2012 wurde im Auftrag der Stiftung Alsterdorf eine explorative Studie zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen in Hamburg durchgeführt. Insbesondere Informationsdefizite, das Einbestellsystem (z. B. Wartezeiten auf Termin, wenig Zeit für Patientinnen und Patienten) und die Arztsuche als Problemstellen werden dabei deutlich (Steffen / Blum 2012).

- Benachteiligungsassessment: Das Projekt ‚EIBeMeB‘ der Fakultät Gesundheitswesen der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Wolfsburg unter Beteiligung zahlreicher Praxispartner geht ebenfalls von unterschiedlich ausgeprägten Nachteilen für Menschen mit geistigen und/oder mehrfachen Beeinträchtigungen aus und hat die Entwicklung eines Einschätzungsinstruments für die systematische Erfassung ihrer gesundheitlichen und pflegerischen Bedarfe zum Ziel.²¹³

Eine spezifische und drängende Problematik, die aber im vorliegenden Zusammenhang nicht vertieft behandelt werden kann, stellt die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen und psychischen Problematiken dar. Die bestehende Stigmatisierung von Menschen mit verschiedenen psychischen Erkrankungen und deren Angehörigen ist ein schwerwiegendes Hindernis bei der Gesundheitsversorgung (Rüsch et al. 2021) und für die Teilhabe an anderen Lebensbereichen: Entsprechende Diskriminierungsrisiken berichten Rüsch et al. (2021) zu verschiedenen Gesellschaftsbereichen, wie der Arbeitswelt (2021: 166f.), beim Wohnen (2021: 176ff.), im Gesundheitssystem (2021: 181ff.), ebenso in den Medien (2021: 206ff.) und im Recht (2021: 220ff.). Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung haben hierzu 2019 Problemanzeigen und Forderungen zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung vorgelegt. Demnach sei trotz eines „überdurchschnittlich hohen psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsbe-

²¹³ Ostfalia Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Fakultät Gesundheitswesen: Gesundheitliche und pflegerische Bedarfe von Menschen mit Beeinträchtigungen – Projekt EIBeMeB. Blog: <https://blogs.sonia.de/EIBeMeB>

darfs“ (Die Fachverbände 2019: 1) die Versorgung mangelhaft. Gleichzeitig ergäben sich aus den besonderen Bedarfslagen, der teilweise erschwerten Kommunikation sowie „der großen Bedeutung ihrer sozialen Unterstützungssysteme, der oft notwendigen Einbeziehung der gesetzlichen Betreuer usw. [...] besondere fachliche, konzeptionelle, organisatorische und strukturelle Anforderungen an die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in allen Sektoren“ (Die Fachverbände 2019: 1). Aktuell führt das Bundesministerium für Gesundheit hierzu einen Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch kranke Menschen durch, dessen Ziel eine Standortbestimmung, die Verständigung über Entwicklungsbedarfe und die Formulierung von Handlungsempfehlungen für eine personenzentrierte Versorgung ist. Hierzu finden – laut Fachverbänden – auch Foren zu zielgruppenspezifischen Versorgungsfragen und besondere Behandlungsanforderungen, wie z. B. die psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit geistiger oder körperlicher Behinderung statt.

Mit Blick auf die somatische Gesundheit und Gesundheitsversorgung haben sich in den letzten Jahren bereits mehrere Verbesserungen ergeben:

- Zum einen wurde eine ganze Reihe von Modellprojekten oder Initiativen in Städten, Landkreisen und Bundesländern durchgeführt (z. B. Einfach anders – Menschen mit Behinderung im Krankenhaus des Landescaritasverbandes Oldenburg oder die landesweiten Empfehlungen der Bayerischen Staatsregierung Menschen mit Behinderung im Krankenhaus, weitere Beispiele unter anderem in der Tagungsdokumentation des Landesverbandes für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung 2016)²¹⁴. Diese Projekte und Initiativen haben mittlerweile, neben einem verstärkten Bewusstsein für diese spezifischen Gesundheitsfragen, auch an vielen Stellen zu konkreten Verbesserungen der Zugänglichkeit, der Information, der Kooperation und der Behandlung geführt. Darüber hinaus gründete sich im Jahr 2015 die Bundesarbeitsgemeinschaft der Ärzte für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung, der auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte angehören.
- Zum zweiten wurden im Rahmen der Definition von Assistenzleistungen nach § 78 SGB IX / BTHG „die Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen“ aufgenommen, einschließlich der Verständigung mit relevanten Personenkreisen in der Umwelt. Die Sicherstellung der

²¹⁴ Landes-Caritasverband für Oldenburg e. V.: Projektbericht: Einfach anders Menschen mit Behinderung im Krankenhaus. - file:///C:/Users/IRISBE~1/AppData/Local/Temp/Konzept_Hanenkamp_Endfassung.docx.pdf; Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2015: Menschen mit Behinderung im Krankenhaus. [https://www.bestellen.bayern.de/application/eshop_app000008?SID=1656308666&ACTIONxSESSx-SHOWPIC\(BILDxKEY:%27stmgp_gesund_030%27,BILDxCLASS:%27Artikel%27,BILDxTYPE:%27PDF%27\);](https://www.bestellen.bayern.de/application/eshop_app000008?SID=1656308666&ACTIONxSESSx-SHOWPIC(BILDxKEY:%27stmgp_gesund_030%27,BILDxCLASS:%27Artikel%27,BILDxTYPE:%27PDF%27);) Landesverband für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung Baden-Württemberg e.V. (Hrsg.) 2016: Alles inklusive?! Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen im Krankenhaus. Tagungsdokumentation. https://www.lv-koerperbehinderte-bw.de/pdf/Dokumentation_Krankenhaus_210916.pdf

Wirksamkeit gemäß der UN-BRK ist vor dem Hintergrund eingeschränkter Selbstsorge in diesem Zusammenhang von hoher Bedeutung.

- Zum dritten haben sich bundesweit Medizinische Zentren für Menschen mit Behinderung (MZEB) gegründet; die Zielgruppe ist allerdings eingeschränkt auf Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Beeinträchtigung. MZEB stellen „eine spezialisierte Versorgungsform in Ergänzung zum Regelsystem dar und setzen dort an, wo das Regelsystem bezüglich einer adäquaten Gesundheitsversorgung für Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung an seine Grenzen stößt“ (Kostka et al. 2019: 2). Gesetzliche Voraussetzungen bilden der § 43b und der § 119c SGB V im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes. Die hier mögliche interdisziplinäre Behandlung und Beratung stellen aber keine Dauerversorgung bereit, sondern es soll immer die Eingliederung in das Regelversorgungssystem verfolgt werden, z. B. indem Diagnose- und Behandlungspläne für weitere Behandlungen erstellt werden (Kostka et al. 2019; Winterholler 2019). Die medizinischen Behandlungszentren sollen ausdrücklich mit anderen behandelnden Ärztinnen und Ärzten, den Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe sowie mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst eng zusammenarbeiten (Winterholler 2019). Sie ersetzen diese keineswegs, schon aufgrund ihrer begrenzten Zahl. Zudem knüpft sich der Zugang zu den MZEB an enge Kriterien: So sind ein Grad der Behinderung (GdB) von mehr als 70, mindestens ein Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis sowie eine Diagnose, die im Feststellungsbescheid für die Schwerbehinderung definiert wurde, Zugangsvoraussetzungen. Dies wird von den Betroffenen und ihren Angehörigen als deutlich zu eng kritisiert (Kostka et al. 2019).

Aufgrund weiterbestehender Schwierigkeiten bei der Gesundheitsversorgung hat die Bundesvereinigung Lebenshilfe 2020 erneut ein Positionspapier *Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung verbessern!* vorgelegt (Bundesvereinigung Lebenshilfe 2020), das die weiterhin bestehenden Mängel der ärztlichen Versorgung vor Ort und in Krankenhäusern thematisiert. Zu den Forderungen zählen, „die zuständigen Gremien der Selbstverwaltung systematisch in die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten und anderen Fachkräften im Gesundheitswesen zu integrieren“, den erhöhten zeitlichen Aufwand bei der Behandlung dieses Personenkreises ausreichend zu vergüten und „neue, integrierte und koordinierte Versorgungsformen gemäß § 140a Sozialgesetzbuch (SGB) V auszubauen, um einen interdisziplinäreren und ganzheitlicheren Ansatz bei der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung zu etablieren“ (Bundesvereinigung Lebenshilfe 2020: 4). Eine wichtige Funktion könnten dafür kommunale Gesundheitskonferenzen übernehmen, in deren Rahmen „Ak-

teure aus der Gesundheitsförderung und Prävention, der gesundheitlichen Versorgung, der Selbsthilfe, des Patientenschutzes und aus dem Sozialbereich gesundheitsrelevante Fragestellungen“ (Bundesvereinigung Lebenshilfe 2020: 4) beraten. Für die Krankenhausversorgung vor Ort schlägt die Bundesvereinigung vor, spezialisierte Stationen einzurichten, wie dies in Mecklenburg-Vorpommern aktuell geplant sei.

Ein weiteres Problem stellt die Begleitung im Krankenhaus dar. „Zwar haben Menschen mit Behinderung gemäß § 113 Abs. 2 Nr. 2 und § 78 SGB IX einen Anspruch auf Assistenzleistungen zur sozialen Teilhabe und man könnte aus diesen Vorschriften auch einen Anspruch auf eine Assistenz während des Krankenhausaufenthaltes herleiten. Es finden sich allerdings nur in wenigen Landesrahmenverträgen beziehungsweise in den Übergangsvereinbarungen, die die nach § 113 Abs. 2 Nr. 2 und § 78 SGB IX zu erbringende Leistung konkretisieren, diesbezügliche Hinweise (Stand 29.09.2020), so dass auch ein – nach dem Recht theoretisch herleitbarer Anspruch – in der Praxis in der Regel leerläuft. Eine ausdrückliche, bundesweite Regelung fehlt somit bislang“ (Bundesvereinigung Lebenshilfe 2020: 6). Lediglich Menschen, die ihre Assistenz im Arbeitgebermodell organisieren, also selbst Arbeitgeberin beziehungsweise Arbeitgeber der Assistenzkraft sind, haben den Anspruch auf Begleitung durch diese Kräfte im Krankenhaus. Wie eine Verbesserung der wohnortnahen gesundheitlichen Versorgung von erwachsenen Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen umgesetzt werden kann, wurde im Projekt *Gesundheit 25** (Zentrum für Inklusion, Stadtteilentwicklung, Sozialraumorientierte Arbeit und Beratung e.V. 2019) über drei Jahre erprobt und evaluiert. Dabei wurden einerseits Angebote entwickelt, um die Gesundheitskompetenz von Menschen mit Behinderung zu fördern und Prävention wirksam werden zu lassen und andererseits über eine Quartierskoordinatorin Einrichtungen und Akteure der Eingliederungshilfe, der medizinischen Versorgung sowie der Zivilgesellschaft vernetzt.

Eine weitere wichtige Möglichkeit, die Krankenhausversorgung generell für Menschen mit Beeinträchtigung über den spezifischen Auftrag und die besondere Rolle der MZEB hinaus zu verbessern, ist die Möglichkeit, sogenannte Qualitätsverträge für Krankenhäuser abzuschließen, die im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) neu geschaffen wurden. „Damit soll erprobt werden, inwieweit sich weitere Verbesserungen in der stationären Versorgung, insbesondere durch die Vereinbarung von höherwertigen Qualitätsanforderungen und Anreizen, erreichen lassen“ (GKV 2018: o. S.). Um das Themenspektrum für die Erprobung dieser neuen Möglichkeit einzugrenzen, hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Jahr 2017 vier Leistungsbereiche definiert; einer davon ist die Versorgung von Menschen mit geistigen oder schweren beziehungsweise

mehrfachen Beeinträchtigungen im Krankenhaus (GKV 2018: o. S.). Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband verwies diesbezüglich auf fünf Aspekte, die im Rahmen der Erprobung und vor allem mit Blick auf eine bessere künftige Regelversorgung in den Krankenhäusern im Mittelpunkt stehen sollten: ein strukturiertes Aufnahmemanagement, die Sicherstellung von Bezugspersonen oder einer Assistenz im Krankenhaus, die Kommunikation, ein strukturiertes Entlassungsmanagement und die Aus-, Fort- und Weiterbildung des medizinischen Personals (DEKV 2018: o. S.). Allerdings besteht kein Anspruch auf den Abschluss eines solchen Vertrags und aktuell wird von der Möglichkeit nahezu kein Gebrauch gemacht, tatsächlich wurde am 1. Oktober 2020 zum ersten Mal ein solcher Vertrag geschlossen (EU-Schwerbehinderung 2020: o. S.), was auf die weiterbestehende Problematik der Herstellung gleichberechtigter Zugänge zu Gesundheitsangeboten verweist, wie sie auch für andere von sozialer Ungleichheit betroffene Gruppen besteht.

Die Aufmerksamkeit für die Anliegen und Ansprüche der Gesundheitsvorsorge und -versorgung wächst aktuell, möglicherweise verstärkt und angereichert durch die Erfahrungen der pandemiebedingt zu lösenden Aufgaben. Es gibt gute Gründe anzunehmen, dass beim Lernen für Gesundheitsaufgaben, den Bereichen der ärztlichen und insbesondere auch der Krankenhausversorgung, eine wichtige Rolle zukommen.

Aber auch im Bereich der Teilhabechancen und Diskriminierungsrisiken im Arbeitsleben lohnt sich ein näherer Blick auf die Zukunft. Aus Datensätzen, die vor der Corona-Pandemie in den USA erhoben wurden, ist bekannt, dass Erwerbstätige mit Beeinträchtigungen häufiger als Erwerbstätige ohne Beeinträchtigungen zu Hause arbeiten. Dies gilt für Angestellte und Selbständige gleichermaßen. Jedoch waren nur 34 Prozent der Erwerbstätigen mit Beeinträchtigungen in Berufen mit hohem Potenzial für Heimarbeit tätig, verglichen mit 40 Prozent der Erwerbstätigen ohne Beeinträchtigungen (Schur et al. 2020). Inwiefern Angebote zum mobilen Arbeiten während der Corona-Pandemie in Deutschland ausgebaut werden, ist aktuell nicht differenziert für Menschen mit Beeinträchtigungen bekannt, auch weitere Entwicklungen sind kaum abschätzbar. Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) an der Bundesagentur für Arbeit gibt ebenfalls keine Auskunft: In der neuesten Studie zur Erwerbsarbeit in Zeiten von Corona (Bünning et al. 2020) wird beispielsweise die Situation von Menschen mit Beeinträchtigungen nicht erfasst. Ob schließlich die Corona-Pandemie zum Katalysator für die digitale Transformation und Teilhabe der Menschen mit Beeinträchtigung wird, ist offen.

Im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie lassen sich voraussichtlich auch Inklusionschancen erwarten und nutzen. Darauf macht auch die bereits erwähnte

qualitative Studie von Habermann-Horstmann (2020b) aufmerksam. Dort werden beispielsweise Videokonferenzen als sinnvolle Möglichkeit der Kommunikation zwischen Drinnen und Draußen, insbesondere in Zeiten von Lockdown oder sogar Shutdown, beschrieben, die nach der Pandemie weitergenutzt werden sollten. Welche Rahmenbedingungen und Voraussetzungen hierzu erforderlich sind, scheint jedoch noch weitgehend unklar. Ähnliches gilt für Annahmen, dass über die Lockdown-Erfahrungen Ideen für ein neues Gesundheitsverhalten reifen werden (wie Freiräume für Spaziergänge, Fahrradfahren, Tierbesuche sowie generelle Entschleunigung) und die Aufmerksamkeit wachsen wird für Themen rund um Gesundheit, Prävention und Gesundheitskompetenz (Health Literacy: Chiluba et al. 2020; Courtenay 2020; Turk / McDermott 2020).

Fakt ist: In einer längeren Phase niedriger Infektionszahlen in der Jahresmitte 2020 werden viele Maßnahmen in der Mehrheitsgesellschaft gelockert. Die vielfach rigiden Besuchsregelungen in Wohneinrichtungen hingegen werden beibehalten. Die Werkstätten öffnen nur zögerlich, Gruppenreisen für behinderte Menschen bleiben weiterhin untersagt. Mit den wieder steigenden Infektionszahlen (zweite Welle) ab Herbst 2020 und den dann erneut verschärften Maßnahmen bleibt also die Aufgabe weiterhin bestehen, passende Lösungen zu entwickeln, die Menschen mit Beeinträchtigungen schützen und nicht benachteiligen. Entsprechende Ideen, Maßnahmen und Lernprozesse scheinen noch kaum erkannt, ausgetauscht und genutzt zu werden.

Dies verweist auf die Bedeutung eines Disability Mainstreaming, also die kritische Betrachtung aller Maßnahmen im Hinblick darauf, ob sie sich für Menschen mit Beeinträchtigungen negativer auswirken können als für die als nichtbeeinträchtigt geltende Mehrheit. Der Deutsche Behindertenrat, ein Aktionsbündnis von Verbänden chronisch kranker und behinderter Menschen, hat am 25. September 2020 ein Papier mit zahlreichen Forderungen veröffentlicht, um einer verstärkten Benachteiligung von Menschen mit Beeinträchtigungen während der Pandemie entgegenzuwirken (DBR 2020). Es soll sichergestellt werden, dass durch die Pandemie Teilhabe, Selbstbestimmung und Inklusion behinderter Menschen nicht stärker eingeschränkt werden als unbedingt notwendig. Die Deutsche Rentenversicherung Bund fördert bis 2022 drei Forschungsprojekte zu den Auswirkungen der Pandemie. Hier werden die Herausforderungen und neuen Lösungsansätze in der medizinischen (Brzoska) und Sucht-Rehabilitation (Spyra) sowie ambulanten beruflichen Rehabilitation (Niehaus) erforscht.²¹⁵ Darüber hinaus haben sich viele kleinere Projekte finanziert aus Eigenmitteln von Einrichtungen oder Instituten

²¹⁵ <https://www.dvfr.de/rehabilitation-und-teilhabe/meldungen-aus-der-reha-landschaft/detail/artikel/drv-foerdert-drei-forschungsprojekte-im-kontext-von-covid-19/>

§ 20i SGB V (Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten) wurde im Laufe des Jahres 2020 mehrfach geändert.

ähnliche Fragestellungen vorgenommen, mit dem Ziel nachhaltige Lösungen für Akutversorgung, Reha und Prävention zu entwickeln.

Gesundheit als soziales Menschenrecht ist in Art. 12 des Internationalen Pakts für soziale, wirtschaftliche und kulturelle Rechte verbürgt. Die Bedeutung des Gutes der Gesundheit betont das Bundesverfassungsgericht auch in seinem Urteil zum Grundrecht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum vom 9. Februar 2010 (Huster 2015: 224): Es geht darum, dass „der Staat im Rahmen seines Auftrages zum Schutz der Menschenwürde und in Ausfüllung seines sozialstaatlichen Gestaltungsauftrages verpflichtet“ ist, für die angemessenen materiellen Voraussetzungen für Gesundheit Sorge zu tragen, auch wenn es kein allgemeines, von vielen Faktoren abhängiges, „Recht auf Gesundheit“ geben kann und die gesetzlichen Krankenkassen von Verfassung wegen nicht verpflichtet sind, alles zu leisten, was an Mitteln zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit verfügbar ist. Besonders verpflichtet ist der Staat jedoch im Hinblick auf den Schutz der Rechtsgüter aus Art. 2 Abs. 2 des Grundgesetzes. Gleiches gilt auch gegenüber den Bürgerinnen und Bürgern, die nicht aus eigener Kraft im Rahmen der ihnen gegebenen Voraussetzungen für ihre Lebensvollzüge (Bedarfe und Bedürfnisse) den Erhalt und die Wiederherstellung ihrer Gesundheit sichern können. Dies geht in der Regel weit über medizinische Versorgung hinaus.

Vorbedingung ist eine vorhandene und allen zugängliche Gesundheitsversorgung (Health in all policies) (Huster 2012: 24ff.). Dabei wird auch das ungleiche Risiko von älteren und jüngeren, gesundheitlich beeinträchtigten und nichtbeeinträchtigten Menschen und spiegelbildlich das erhöhte Schutzbedürfnis berücksichtigt, wie dies in der Coronavirus-Impfverordnung geschehen ist. Eine entsprechende Gesundheitspolitik ist somit Teil der staatlichen Gestaltungsaufgaben. Dazu gehört auch Prävention im Sinne von Vorsorge. Der Gesetzgeber hat diesbezüglich auf die Corona-Pandemie auch mit Erweiterungen der Präventionsleistungen im SGB V reagiert:²¹⁶ Diese Leistungen müssen nicht nur Viren bekämpfen beziehungsweise Epidemien managen, sondern auch Gesundheitsungleichheiten zwischen sozialen Gruppen abbauen. Es geht um die Chancen für alle Bevölkerungsgruppen in ihrer Verschiedenheit, ein gesundes Leben zu leben (well-being). Damit dies gelingen kann, lohnt sich die Suche nach partizipativer, menschlicher Verschiedenheit verpflichteten Bearbeitungsweisen, die sich um passende Infrastrukturen und Anerkennungsverhältnisse bemühen, eingebunden in kommunale Gegebenheiten und als gemeinschaftliche Anstrengung.

²¹⁶ § 20i SGB V (Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten) wurde im Laufe des Jahres 2020 mehrfach geändert.

Partizipativ Lernen: Lernen für Gesundheitsaufgaben kann beispielsweise bedeuten, dem Apell einer kanadischen Forschergruppe der Universität Ottawa zu folgen, die vorschlägt, bei den Planungen und Maßnahmen zum Coronavirus die sozialen Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben unbedingt in Betracht zu ziehen (Rangel et al. 2020). Dabei seien soweit irgend möglich die Sorgen und Bedarfe aller Beteiligten zu klären, sowie bei Entscheidungen, was recht und gut sein soll, die jeweiligen Nutzerinnen und Nutzer einzubeziehen. Damit gelingt es

- achtsam zu sein und nicht allein Patientinnen und Patienten zu sehen, sondern Personen, die ihr Leben selbst bestimmen (respect for autonomy). Das Gesundheitssystem sollte dabei
- den größtmöglichen Nutzen suchen (beneficence),
- den geringsten Schaden zu Kauf nehmen müssen (non-maleficence) und
- möglichst gerecht sein (justice).

All dies gilt unabhängig von der Pandemie-Lage. Die in deren Verlauf aufgedeckten Versorgungslücken können Hinweise geben für eine zukünftig bessere Gesundheitsversorgung. Dabei scheint der Blick über den fachlichen Tellerrand zu anliegenden Expertisen (beispielsweise in der Altenhilfe und in Pflegebereichen) aussichtsreich.

Resilienzen suchen und Ressourcen (Kraftquellen) heben: Auf einige der aktuell international und national laufenden Studien zur gesundheitlichen Lage und der Gesundheitsrisiken der Gruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung wird in diesem Vertiefungsthema hingewiesen. Es entsteht – getrieben durch eine bestehende Notlage, aber mit Blick auf Zukunft – ein wertvoller Wissensbestand, der weiter gehoben und bearbeitet werden soll. Dabei sind besonders die grundsätzlichen Auswirkungen der Pandemie und der Schutzmaßnahmen auf Menschen mit Beeinträchtigungen ein wichtiger Gesichtspunkt. Welche Wirkungen von Quarantänemaßnahmen erfasst werden können und ob sich Härten mindern lassen (Brooks et al. 2020), ließe sich fragen. Auch Studien zum Belastungserleben der verschiedenen Betroffenenengruppen sind vielversprechend als Erkenntnisbasis; so läuft aktuell die internationale Studie *Cross-Cultural Online Survey on the Impact of COVID-19 among persons with and without Disabilities* der Michigan State University in Kooperation mit der Universität Hamburg und der Hochschule Zittau/Görlitz, an der insgesamt 20 Länder beteiligt sind. Im Mittelpunkt steht die Frage nach dem Belastungserleben von Menschen mit und ohne Beeinträchtigung, der Fokus liegt dabei auf den Aspekten Erwerbstätigkeit, Stress und Wohlbefinden während der Einschränkungen durch die Pandemie. Diese Faktoren sind eng verknüpft mit Gesundheit, wie bereits in der Forschung zu sozialer Unterstützung gezeigt werden konnte. Daten werden im Laufe des

Jahres zur Verfügung stehen.²¹⁷ Die möglichen Unterstützungen im persönlichen Umfeld, etwa in Familien oder bei pflegenden Angehörigen, verdienen ebenso Aufmerksamkeit (Cattan et al. 2020; Eggert et al. 2020; Hämel et al. 2020; Stokes / Patterson 2020). Risiken und Chancen mit dem Blick auf erkannte Versorgungs- und Aufmerksamkeitslücken sind gleichfalls eine bedeutsame Spur zur weiteren Entwicklung (Monahan et al. 2020; Reynolds 2020). Lebensumstände in besonderen Wohnformen werden in nationaler und internationaler Sichtweise betrachtet (Barnett / Grabowski 2020; Lorenz-Dant 2020).

Schließlich bleibt eine Kernaufgabe, nämlich die Widersprüche zwischen Teilhabeansprüchen und Abstandsregeln, Gleichberechtigung und Diskriminierungsbeziehungsweise Exklusionsrisiken, bezogen auf das Gemeingut Gesundheit zu bearbeiten und aufzuheben. Gesundheit und Isolation stehen im Widerspruch, in der gesamten Lebensspanne und für alle Menschen (Berg-Weger / Morley 2020; Kessler et al. 2020; Lippke et al. 2021; Macdonald / Hülür 2020; van Tilburg et al. 2020). Langzeitfolgen von Corona-Erkrankungen werden erwartet (Post-Covid-Syndrom), auch wenn wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse noch ausstehen. Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) hat deswegen einen Konsultationsprozess angeregt, der im Mai 2020 startete (Teilhabe und Inklusion in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie – Auswirkungen und Herausforderungen) (Rehabilitation 2020 (5)59: 257). Forschungsergebnisse und Stellungnahmen zum Themenfeld sollen gesammelt und debattiert werden.

Als Zielgruppen kommen Betroffene, Angehörige, Dienste und Einrichtungen, Dachorganisationen, Sozialleistungsträger und Organisationen der Zivilgesellschaft zu Wort. Themenfelder sind medizinische Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben, Teilhabe an Bildung, soziale Teilhabe und gesellschaftliche Querschnittsthemen. Erste Ergebnisse sollen zu Beginn des Jahres 2021 vorliegen. Aus einer Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW) werden erste Erkenntnisse berichtet (Meyer / Posthumus 2020: 315-318). Die Antwortenden waren vor allem in Einrichtungen der Rehabilitation tätig, etwa jede sechste befragte Person ordnete sich der Rehabilitationsforschung zu. Gravierendere Auswirkungen werden - wie auch in anderen Studien schon gezeigt - tendenziell durch den Wegfall der täglichen Betreuung in den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) und durch die Belastung der Angehörigen erwartet, die schwerer wiegen könnten, als das Risiko, sich zu infizieren. Darüber hinaus sorgen sich Expertinnen und Experten wie Betroffene wegen zu erwartender Folgen der Verschleppung oder Verschiebung kurativer Versorgung, ebenso wie wegen der Vergrößerung gesundheitlicher Ungleichheiten. Es werden

²¹⁷ <https://www.ew.uni-hamburg.de/ueber-die-fakultaet/aktuell-2020/20-12-17-studie-covid19-beck-silte.html>

einige Maßnahmen vorgeschlagen, vor allem aber Veränderungen der gesundheitspolitischen Bedeutung der Rehabilitation erwartet. Forschung und Lehre sind zur Mitwirkung aufgerufen. Eine Rückkehr zu „den üblichen“ Verfahren nach Überwindung der Pandemie ist nicht zu erwarten und zu wünschen.

8.3.3 Teilhabechancen über digitale Gesundheitsangebote: Digitale Inklusion

Digitale Gesundheitsangebote (eHealth, TeleHealth, Tele-Medizin, Tele-Rehabilitation et cetera) können analoge Gesundheitsangebote durch beispielsweise Arztpraxen, Rehabilitationseinrichtungen, Krankenhäuser, Ergo- und Physiotherapien und Berufsförderungswerke sowie am Arbeitsplatz ergänzen oder ersetzen. Dies bietet vor allem auch dann Vorteile, wenn Hindernisse, wie z. B. Mobilitätseinschränkungen, die persönliche Teilnahme an Maßnahmen erschweren oder unmöglich machen. Diese Angebote umfassen Beratungen und Gesundheitsdienstleistungen, die aus der Ferne über elektronische Kommunikationsmedien (z. B. Websites, Telefon) erbracht werden bis hin zu Textnachrichten (SMS/Kurznachrichten oder E-Mail-Informationen) (Senanayake et al. 2019). Damit enthalten solche digitalen Angebote auch für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen viele Potenziale, da sie in vielfacher Weise soziale Teilhabe ermöglichen oder erleichtern können, wie auch dieser Teilhabebericht bestätigt:

- Beispielsweise werden die Mobilitäts- und Planungsmöglichkeiten von Rollstuhlfahrerinnen und -fahrern durch Informationstechnologien wie Wheelmap verbessert (Abschnitt 6.2.3).
- Das Internet kann dabei helfen, über die Barrierefreiheit von Arztpraxen mehr zu erfahren (Abschnitt 6.2).
- Telefonangebote, Online-Beratung, Sofort-Chat bieten Möglichkeiten, den Zugang von Menschen mit Beeinträchtigungen und Gewalterfahrung zu Hilfen bestmöglich direkt sicherzustellen (Abschnitt 10.6.1).
- Auch assistive Technologien können die Kommunikation von Menschen mit Beeinträchtigungen, z. B. des Seh- oder Hörvermögens, stützen und Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen die Teilhabe in der täglichen Lebensführung erleichtern (Abschnitt 6.4.4).

Generell liegen zahlreiche Erfahrungen und Studienergebnisse vor. Diese zeigen, dass digitale Gesundheitsangebote als Einzelintervention (Dario et al. 2017; Senanayake et al. 2019) oder Gruppentherapie (Banbury et al. 2018) zur Verbesserung psychischer und körperlicher Beeinträchtigungen nutzbar und wirksam sind. Unterstützungsangebote bis hin zu therapeutischen Maßnahmen können mittlerweile unter Nutzung von Technologien erfolgen. So zeigt sich beispielsweise auch

bei psychischen Störungen, dass Möglichkeiten der Behandlung über das Mobiltelefon bestehen. Dies wirkt insbesondere für Personen, die in abgelegenen oder ländlichen Gebieten leben sowie in Regionen mit schwieriger Arzt- und Therapieverfügbarkeit und wenig allgemeinen Unterstützungsangeboten, förderlich (Gire et al. 2017). Allerdings müssen für digitale Interventionen das Internet und die Technik sicher verfügbar sein.

Der Einsatz von Videokonferenzen kann Barrieren überwinden und bei gruppenbezogenen Interventionen für Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen auch dann eine Teilnahme ermöglichen, wenn beispielsweise aufgrund von Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung die Mobilität eingeschränkt werden soll. In ihrem systematischen Review haben Banbury et al. (2018) zusammengefasst, dass häusliche Gruppenangebote mit einer Videokonferenz auch für Personen mit begrenzten digitalen Kenntnissen machbar sind. Die allgemeine Akzeptanz in den 17 von ihnen eingeschlossenen Interventionsstudien war hoch, wobei der Zugang von zu Hause sehr geschätzt wurde und Fragen des Datenschutzes kaum eine Rolle spielten. Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Originalstudien berichteten, dass sie Gruppen mit persönlicher Begegnung bevorzugen. Eine gute informationstechnologische (IT-)Ausstattung und entsprechende Schulung der IT-Fähigkeiten sind dennoch für moderierende und teilnehmende Personen unerlässlich, wenn diese noch nicht anderweitig erworben wurden (z. B. bei der schulischen oder beruflichen Qualifikation oder Tätigkeit). Die Kommunikation kann an die Bedarfe angepasst und durch klare Kommunikationsstrategien und -protokolle verbessert werden. Als Vorteile von digitalen Angeboten heben Banbury et al. (2018) hervor:

- die Zusammenarbeit mit anderen Menschen mit ähnlichen Problemen,
- den verbesserten Zugang zu Gruppen,
- die Entwicklung von Wissen, Einsichten und Fähigkeiten im Zusammenhang mit Gesundheit,
- die Nutzung gruppendynamischer Prozesse wie Bindung und Zusammenhalt.

Digitale Formate bieten also die Möglichkeit zur sozialen Teilhabe und zur Nutzung von Angeboten, die sonst insbesondere für Menschen mit Beeinträchtigungen nicht oder nur schwer zugänglich wären. Vor allem vor dem Hintergrund der Einschränkungen durch die Corona-Pandemie stellen Digitale Angebote viele Möglichkeiten bereit, um Exklusionsrisiken abzuschwächen oder sogar zu überwinden. Unabhängig von Krisenlagen rufen Noel und Ellison (2020) eine Zeit der „Inclusive Innovation“ mit „Telehealth“ aus und bekunden die große Bereitschaft, aber auch die Forderung von Menschen mit Beeinträchtigungen, hier aktiv einbezogen zu werden: „leaders must embrace persons with disabilities and caregivers as valued partners in design and implementation, not as passive “end-users”. We

call for a new era of inclusive innovation, a term proposed in this publication to describe accessible technological design for all.”

Gleichzeitig können sich jedoch Benachteiligungen verschärfen, wenn beispielsweise die technische Ausstattung nicht verfügbar ist. Andere wichtige Aspekte, die es zu beachten gilt, sind die Bereitschaft und die Kenntnisse der potenziellen Nutzerinnen und Nutzer.

Dazu soll im Folgenden exemplarisch eine Überblicksstudie von Safari et al. 2020 über digital-basierte strukturierte Selbstmanagementprogramme für Menschen mit Knie- und Hüft-Arthrose vorgestellt werden:

- In allen in diesen Überblick einbezogenen Studien werden Erfolge verzeichnet, also Schmerzen gelindert und körperliche Funktionsfähigkeiten verbessert. Diese Erfolge bleiben auch nach zwölfmonatiger Nachbeobachtung weitgehend erhalten.
- Jedoch sind Einflüsse im Zusammenhang mit dem amtlich festgestellten Grad der Behinderung und der Lebensqualität eher weniger erkennbar.
- Die Autoren weisen darauf hin, dass in den einbezogenen Studien niedrige Abbruch- und Non-Compliance-Quoten zu beobachten waren – was sonst in vielen Forschungsprojekten ein sehr großes Problem darstellt.
- Die erfolgreichen Programme sind – nach Safari et al. 2020 – dadurch gekennzeichnet, dass sie auf die Bedürfnisse und Bedingungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zugeschnitten sind. Es werden Funktionen in webbasierten oder mobilen Anwendungen genutzt, um zu erinnern und begleitend zu beobachten. Auch bieten die Maßnahmen für die Nutzerinnen und Nutzer die Gelegenheit, viel selbst zu machen (hohe Interaktivität).
- Schließlich unterstützt Gesundheitsfachpersonal in einigen Studien die Teilnehmenden dauerhaft, entweder durch persönliche Treffen oder durch Telefonanrufe.
- Allerdings zeichnen sich in den meisten Studien die Beteiligten durch einen hohen Bildungsgrad aus und waren auch bereits mit digitaler Technik vertraut. An einigen der Studien nahmen nur interessierte Personen teil, die sich selbst auf eine Suchanzeige melden mussten. Daher kann davon ausgegangen werden, dass bereits sehr positiv voreingenommene und motivierte Personen mitwirkten, die nicht nur zur Teilnahme, sondern auch zur Änderung ihres Gesundheitsverhaltens bereit waren.

Ob die gleichen guten Wirkungen bei eher bildungsfernen und wenig techniknahe, weniger begeisterten und gut unterstützten Menschen zu finden sind, werden weitere wissenschaftliche Begleitforschungen in der Zukunft zeigen müssen. Aber dennoch deuten die Befunde darauf hin, dass im Grundsatz digital-basierte

strukturierte Selbstmanagementprogramme für Menschen mit Knie- und Hüft-Arthrose eine große Hilfe sein können.

Insbesondere in Zeiten wie der Corona-Pandemie können sich damit auch besondere Chancen, informiert und in Kontakt zu sein, ergeben. Dass dies auch für andere gesundheitliche Beeinträchtigungen gilt, zeigen weitere Forschungsbefunde. Beispielsweise berichten auch Slater et al. (2017) in ihrer Übersichtsarbeit über Studien mit Endnutzenden und den Erfahrungen beim Verankern von mHealth-Technologien im Alltag für die Behandlung chronisch-degenerativer Erkrankungen bei jungen Erwachsenen ähnliche Ergebnisse. Aus Sicht der Endnutzerinnen und Endnutzer von mHealth-Angeboten sind vier Elemente besonders bedeutend:

- Funktionalität, die das Selbstmanagement unterstützt (das Programm soll auch wirklich beim Selbstmanagement helfen),
- Akzeptanz (technische Nutzbarkeit und Machbarkeit, es muss funktionieren und auch ohne Hilfe anwendbar sein),
- Codesigns (Faktoren wie Attraktivität/Akzeptanz, Interaktivität, Benutzerfreundlichkeit, einfache Navigation, leichte Verständlichkeit, Zufriedenheit, Zuverlässigkeit, Funktionalität, Ästhetik, Informationsqualität und wahrgenommene Qualität werden genannt),
- erkennbarer Nutzen (bezüglich Selbstwirksamkeit und Empowerment; es soll nicht nur die Einschränkung/Beeinträchtigung selbst behandelt werden, sondern auch die Fähigkeit verbessert, damit besser umzugehen).

All dies kann im Rahmen digitaler Gesundheitsangebote entsprechend bei Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung beachtet und auch auf ihre jeweiligen Beeinträchtigungen und Lebenssituationen passgenau abgestimmt werden (Rogers et al. 2017).

Die Gruppe, die immer noch weitgehend vom Zugang zu digitalen Medien ausgeschlossen ist, sind Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die in Wohneinrichtungen leben. In ihrer Studie aus dem Jahr 2018 fanden Bosse et al. (2019), dass nur ungefähr die Hälfte der Einrichtungen mit WLAN ausgestattet ist. Und selbst dann ist in diesen den Bewohnerinnen und Bewohnern kaum oder nur unter Kontrolle des Personals eine Nutzung möglich. Nur wenige Bewohnerinnen und Bewohner verfügen über eigene Endgeräte oder gar einen eigenen Internetzugang. Darum müssen sie sich selbst kümmern, was gerade für diesen Personenkreis mit großen Barrieren verbunden ist. Die Studie weist auch darauf hin, dass die Mediennutzung – und zwar sowohl im Hinblick auf das „ob“ sowie das „wie“ – in starkem Maße von der Haltung des Personals abhängt: Es wurden „sowohl bevormundende und verbietende Haltungen als auch solche des Begleitens“

(Bosse et al. 2019: 27) gefunden. Entsprechend unterschiedlich ist auch die Kompetenz der Befragten im Umgang mit digitalen Medien. Zwar ist die genannte Studie nicht repräsentativ, es ist jedoch davon auszugehen, dass die Situation in vielen Einrichtungen der Behindertenhilfe ähnlich ist.

Aus der Perspektive des Zugangs zur Gesundheitsförderung (durch Kommunikation, Information und Unterhaltung) leitet sich Handlungsbedarf auf mehreren Ebenen ab: Zum einen muss die materielle Ausstattung deutlich verbessert werden, um allen Menschen, die dies möchten, die Nutzung des Internets zu ermöglichen. Parallel dazu müssen jedoch auch Bildungsangebote vorgehalten werden, die in den Gebrauch der digitalen Medien einführen sowie Medienkompetenz vermitteln. Um diese Digitalisierungslücke zu schließen hat, z. B. die Aktion Mensch das Förderprogramm *Internet für alle*²¹⁸ aufgelegt, das „insbesondere Menschen mit Behinderung eine selbstbestimmte und chancengleiche Teilhabe durch Internetnutzung ermöglichen (soll)“ (Aktion Mensch o.J.: 1). Im Rahmen dieses Programms können Einrichtungen der Behindertenhilfe Zuschüsse sowohl für die Anschaffung von Endgeräten und Internetzugängen wie auch für entsprechende Bildungsangebote erhalten. Weitere Akteure, die sich für die selbstbestimmte und barrierefreie Nutzung digitaler Medien für alle einsetzen, sind unter anderem der Technische Jugendfreizeit- und Bildungsverein (tjfbg) sowie das Aktionsbündnis für barrierefreie Informationstechnik (AbI).²¹⁹

Wie im vorliegenden Text ausführlich beschrieben, war und ist gerade die Gruppe der Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen durch die Maßnahmen zur Bekämpfung der Corona-Pandemie in besonderem Maße isolierenden Maßnahmen ausgesetzt. Vor dem Hintergrund des fehlenden Zugangs zu digitalen Medien ist festzustellen, dass sich hier in mehrfacher Hinsicht Teilhabebehindernisse verstärken und Benachteiligung stattfindet: weder können sie in der Situation des Lockdowns auf digitale Medien zurückgreifen noch von dieser Form der Teilhabe und den damit verbundenen Möglichkeiten der Kommunikation, Information wie auch gesundheitlichen Dienstleistungen oder Notrufe Gebrauch machen.

Dies unterstreicht nochmals am konkreten Beispiel, wie wichtig die Überbrückung der dargestellten Digitalisierungslücken für alle Interessierten sowie das Erreichen aller Leistungsberechtigten mit Beeinträchtigungen und Behinderung ist, um die Gefahr einer digitalen Spaltung abzuwenden. „Always on“ durchdringt den Alltag und Technologien sind „schon da“ und vermitteln Dabeisein, zugleich bahnen sie Wahrnehmungen, Werte und Verhalten. Dass die Welt da draußen

²¹⁸ <https://www.aktion-mensch.de/foerderung/foerderprogramme/weitere-foerderangebote/internet-fuer-alle.html>.

²¹⁹ Weitere Akteure werden hier vorgestellt: https://www.einfach-teilhabe.de/DE/AS/Themen/MedienInternet/Internet/internet_node.html#doc11178896bodyText4.

nach Hause kommt ist Teil sozialer Teilhabe (Wacker 2019: 14f.). Allerdings ist digital@home in Sozialleistungskatalogen (noch) nicht klar verankert. Auch die Mensch-Technik-Beziehung, wie auch die Mensch-soziales-Netzwerk-Technik-Strategie, sollte vermehrt in den Blick kommen („digitale Teilhabe“). Partizipation durch Medien und Technik ist möglich. Personengruppen, die aus materiellen oder auch Fähigkeitsgründen noch nicht auf einem digitalen Weg sind, dürfen dabei nicht ausgeschlossen werden. Personen die auf Finanzierung, Wartung und Weiterentwicklung der genutzten Technologien angewiesen sind, dürfen auch in Krisensituationen nicht aus dem Blick geraten. Computertechnologien sind Hilfsmittel, die flächendeckend und auch situationsangepasst verfügbar sein müssen. Hierfür technische, finanzielle und auch Vertrauensbarrieren zu überwinden wird sich lohnen. Teilhabe lässt sich zwar nicht technisch fertigen, aber sie kann mit Beteiligung wachsen, auch über Technologien.

8.4 Inklusive Gesundheitssorge: Zehn Merkposten zu Aufgaben und Wegen

Die besondere Aufmerksamkeit, die in diesem Teilhabebericht dem Feld der Gesundheit gewidmet ist, nämlich als Vertiefungsthema des wissenschaftlichen Beirats, ist nicht allein der akuten Krisensituation einer Corona-Pandemie geschuldet. Ohne Zweifel verdienen die Lebensumstände in Zeiten von Corona auch große Aufmerksamkeit: Denn sie bestimmen Alltag, Wirtschaft und Soziales, und sie berühren und beeinflussen die Menschen in ihrem Nahraum sowie zugleich die Beziehung der Länder und Nationen untereinander tief. Aber dieser Versuch, in einem eigenen Vertiefungsthema das Verständnis für Gesundheitsfragen zu fördern und aus wissenschaftlicher Perspektive zu vertiefen, ist auch und vor allem Folge einer Entwicklung, die sich von der Fürsorge für besonders verletzbare Bevölkerungsgruppen zur Klärung und Umsetzung ihrer Rechte in der Gesellschaft, ihrer Lebenslage und ihrer Teilhabechancen spannt. Auch hierbei ist Gesundheit ein zentrales Feld und ein Handlungsraum, der in der Eingliederungshilfe als solcher und in seinen Herausforderungen und Potenzialen bislang weniger im Zentrum stand. In einer Situation des Übergangs, in der große Anstrengungen unternommen werden für mehr Teilhabe, für die Suche nach Wegen in die inklusive Gesellschaft und für Anliegen, neue Steuerungen, zukunftsweisende Ziele und ein neues Miteinander zu erreichen, können vertiefte Kenntnisse und Analysen des weiten Gesundheitsfeldes für Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen und Behinderung aber Ideen geben, Risiken aufzeigen und wesentliche Wege weisen. Dies ist ein gesamtgesellschaftlicher Auftrag, den man nicht allein dem bestehenden Gesundheitssystem zuordnen und anlasten kann und darf.

1. Worum es geht

Seinen Beschäftigungen nachgehen können und sich gut fühlen, sind Kernziele individueller Lebensführung, die in Gemeinschaft gelingen können. So schlicht lässt sich die tiefergehende Auseinandersetzung mit Gesundheit und anlagebedingten oder erworbenen Beeinträchtigungen, mit Einschränkungen der Teilhabe und mit drohenden Benachteiligungen und Behinderung auf den Punkt bringen. Mit dem Zusammenspiel von Gesundheit, Teilhabechancen und Diskriminierungsrisiken bietet sich ein Beobachtungs- und Analyserahmen, der ein gesundes Leben für alle Menschen jedes Alters darstellbar macht, Wohlbefinden als Prüfstand nutzt und bestehende Benachteiligungen aufdeckt.

Genau dies will die UN-BRK im Artikel 25 festhalten und garantieren: Es geht um den Genuss und Erhalt des erreichbaren Höchstmaßes an Gesundheit, ohne aufgrund von Behinderung diskriminiert zu werden. Dabei steht auch die Bedeutung

der Gemeinschaft mit anderen für Gesundheit zur Debatte, verbunden mit Fragen von Anerkennung und diskriminierungsfreier Unterstützung. Belastbares Verständnis und Wissen sind dabei wichtig, denn:

- Um Benachteiligungen abzubauen, müssen sie sichtbar sein.
- Um Bewährtes zu bewahren, muss man die Erfolge definieren und erfassen.
- Um die Anliegen der Zielgruppen zu treffen, muss man sich mit ihnen beraten und sie gut kennen (lernen).

Für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung bedeutet das die Vision einer gleichberechtigten gesundheitlichen Teilhabe mit Zugang zu allen individuellen und bedarfsdeckenden Leistungen der Gesundheitsversorgung, der Rehabilitation und Pflege sowie der Prävention und Gesundheitsförderung.

2. Gesundheit als Gemeingut und als multidimensionaler Prozess

Gesundheit ist das gute Recht aller, sie ist sehr wichtig und zugleich schwer zu definieren. Das liegt an ihrem prozesshaften und multidimensionalen Charakter. Das bedeutet, es ist immer notwendig, sie

- zu entwickeln,
- auszuhandeln und
- zu nutzen,

um sie im Sinne eines guten Lebens (weiter) voranzubringen.

Für mögliche Lebensqualität, förderliche Lebenssituationen und selbstbestimmte beziehungsweise selbstständige Lebensführung von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung sind dazu die Stellschrauben zu finden und Wege zu bahnen, ausgehend von einem gewachsenen System der Eingliederungshilfe und eingebunden in die Idee und das Ziel einer inklusiven Gesellschaft.

Für Wohlergehen und Wohlbefinden sind entsprechend bezogen auf Menschen mit Beeinträchtigungen oder andere verletzbare Bevölkerungsgruppen wie die älternde und gesundheitlich beeinträchtigte Bevölkerung beispielsweise

- im Versorgungssystem Vorkehrungen für besondere Bedarfe zu treffen,
- Isolation und Einsamkeit zu bekämpfen bei steigender Zahl der Einpersonenhaushalte,
- in Planungen und Programme einzubeziehen, wie ausgeprägt Vereinzelung und Einsamkeit psychische und körperliche Gesundheit negativ beeinflussen sowie
- Ungleichheiten in der allgemeinen Gesundheitsversorgung zu beseitigen.

Denn es ist mit vielen Beispielen belegbar, dass Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung viele unerfüllte Gesundheits-, Präventions-, Pflege- und Rehabilitationsbedürfnisse haben. Entgegen der aktuellen Rechtslage sind sie mit Benachteiligungen sowie unzureichender Bedarfs- und Leistungsgerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung konfrontiert und müssen damit umgehen.

3. Gesundheit mehrfach denken: Wie geht das?

Nach der Ottawa-Charta der WHO sollen in allen gesellschaftlichen Handlungsfeldern

- Interessen vertreten werden zugunsten der Gesundheit (advocacy),
- Kompetenzen für ein gesundes Leben wachsen (enable) und
- relevante Akteure vernetzt werden (mediation).

Dieses Programm gilt seit Jahrzehnten als zielführend und bietet in einem sich dynamisch entwickelnden gesellschaftlichen Gestaltungsraum Orientierung. Wie auch Fragen der Umwelt lassen sich Gesundheitsfragen nur mehrfach denken: weltweit, in Organisationen und Institutionen und gleichzeitig in direkten örtlichen und persönlichen Nahräumen. Es kann keine Ausnahmen von Gesundheitsrechten geben, sondern der Wille muss bestehen, die umfassende Aufgabe der Teilhabe aller an der Gesundheit zum Programm zu erheben. Dazu dienen passende Leistungen, Maßnahmen, Versorgungssysteme und die größtmögliche Selbstbestimmung der Personen, die ihre Gesundheit dann verstehen, für sie eintreten und sie verwirklichen können (empowerment). Der gegebene körperliche und psychische Zustand ist ein wesentliches Element, ebenso wie vorhandene Fähigkeiten, aber auch eine Umwelt, die sich mit Hilfe individueller, sozialer und materieller Ressourcen und ohne vermeidbare Barrieren meistern lässt. Dieser ganzheitliche Zugang nimmt auch alle Politikbereiche in die Pflicht, nicht nur jeweils spezifische Gesundheitsdienste oder -ressorts.

Die aktuell weltweit genutzte Ausarbeitung hierzu ist die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (DIMDI 2005). Sie liefert wichtige Leitplanken.

4. Verhalten und Verhältnisse in der Lebensspanne

Die ICF leitet die Gesundheitssorge und zwar als Sorge bzgl. des Verhaltens der Einzelnen als auch als Versorgung durch das Versorgungssystem. Es geht also um Selbstsorge, z. B. auf die eigene Gesundheit zu achten und diese zu erhalten

sowie Ernährung und Fitness sicherzustellen. Diese ist verbunden mit der Gesundheitssorge im Alltag und mit erforderlicher wachsender Gesundheitskompetenz.

Rüstzeug ist ebenso ein Gesundheitssystem, das alle Menschen erreicht, mitnimmt und nicht außer Acht lässt. Es muss eine enge Verbindung gelingen zwischen der kommunalen Gesundheitssorge und den erforderlichen Therapien und medizinischen Leistungen im Gesundheitswesen, der Pflege und der Rehabilitation. Lotsendienste, die dafür Hilfe in engen strukturellen und konzeptionellen Vernetzungen bieten und sichern, sind unbedingt zu wünschen. Dazu zählt auch die vermehrte Aufmerksamkeit und Anstrengung im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung, die vorsorgend ausgerichtet sind. Die Zusammenarbeit von Sozialversicherungsträgern, Ländern und Kommunen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung soll zur Selbstverständlichkeit werden und auch Personengruppen einbeziehen, die noch nicht, nicht oder nicht mehr im Berufsleben stehen. Alle Altersgruppen und Lebensbereiche der Bürgerinnen und Bürger sind relevant. Die sich so entwickelnde und notwendige dauerhafte Aufmerksamkeit für Chancen auf ein gesundes Leben ist eine zentrale Aufgabe der Zukunft. Sie umfasst alle Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger und reicht von Impffragen über die betriebliche Gesundheitsförderung bis zur (Wieder-)Herstellung von Funktionalität bei bestehenden Beeinträchtigungen sowie der Minderung von Behinderungsrisiken.

Aber aufmerksam zu sein für Fragen von gesellschaftlichen Erwartungen (Gesundheitszwängen) und Risiken der Selbst-Überforderung dient ebenso den gesteckten Gesundheitszielen. Gesundheit sollte nicht idealisiert werden. Sie bedeutet nicht, Verhalten und Aussehen zu perfektionieren, sondern vielmehr, so in Einklang mit eigenen Kräften, Möglichkeiten und Rechten zu kommen, dass Wohlbefinden und ein gutes Leben gelingen. Für Menschen mit vielfachen und tiefgreifenden Beeinträchtigungen bedeutet es, wie alle anderen den Anspruch auf ein bedarfs- und leistungsgerechtes gesundheitliches Versorgungssystem zu haben. Genügt das Regelversorgungssystem ihren Bedarfen im Einzelfall nicht, müssen Benachteiligungen bei der spezifischen medizinischen Versorgung, der Zugänglichkeit und Verständlichkeit bis zur Überwindung baulicher, finanzieller und struktureller Barrieren ausgeglichen werden. Hierzu sind gegebenenfalls auch persönliche Assistenzdienste notwendig. Beispiele, wie bestehende Lücken gefüllt werden können, sind die Sozialpädiatrischen Zentren und auch die im Aufbau befindlichen Medizinischen Zentren für Erwachsene Menschen mit Behinderung.

5. Spielräume im Gesundheitsfeld

Barrieren in der Gesundheitsversorgung für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung sind hinlänglich bekannt. Die subjektive Einschätzung der Expertinnen und Experten in eigener Sache zur Erreichbarkeit, Verfügbarkeit, Nutzbarkeit und Bezahlbarkeit der allgemeinen Gesundheitsversorgung macht seit Beginn der Teilhabeberichterstattung auf solche Schwierigkeiten aufmerksam. Dies betrifft vor allem die Zugänglichkeit zu allgemeinen Gesundheitsleistungen, aber auch die Verständlichkeit des Rechts und der medizinisch geprägten beziehungsweise gesundheitsrelevanten Kommunikationen.

Dass Teilhabechancen aber nicht nur mit mehr Zugang zu Gesundheit einhergehen, sondern auch durch den Gesundheitsschutz begrenzt werden können, lehrt die Corona-Pandemie. Hier müssen also „neue Gleichungen“ aufgemacht werden. Es geht darum, Chancengerechtigkeit und Menschenwürde in der Lebenssituation aller Menschen ebenso zu gewährleisten wie die Rechte auf Freiheit und Selbstbestimmung, Gleichbehandlung und Teilhabe. Das seit langem andauernde Ringen um passende, allgemeine Maßstäbe für Gesundheit wird damit intensiver und gemeinschaftlicher; allgemeine Lebensqualität (Quality of Life) beziehungsweise gesundheitsbezogene Lebensqualität (Health related Quality of Life) werden schon länger als Prüfgrößen in der wissenschaftlichen Diskussion genutzt und halten nun auch in der Praxis Einzug in die Gestaltungen der Leistungssysteme.

Damit ist eindeutig klargestellt, dass beispielsweise der Weg der Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung nicht zur besseren Gesundheitsversorgung in die Isolation führen darf. Stattdessen geht es um die Aufgabe, bei bestehenden Gesundheitsanliegen höhere Aufmerksamkeit für Lösungen zu finden, die Gesundheitschancen ebenso wie Teilhabe und Wohlbefinden verbessern. Zu denken ist beispielsweise an

- Programme zur Stärkung der körperlichen und psychischen Widerstandskräfte,
- Kontakte im medialen Bereich (etwa über Hotlines),
- Teilhabestärkung (über partizipative Verfahren) sowie
- Aufmerksamkeit für Benachteiligungen.

Diese Aufgaben sind unbedingt für Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen gleichermaßen zu lösen. Ziel ist es nämlich, für alle Bürgerinnen und Bürger Ressourcen bereit zu halten und Resilienzen (Widerstandskräfte) aufzubauen. Dazu wird es auch helfen, mehr Verständnis über gesundheitswirksame Zusammenhänge und Entscheidungen zu gewinnen und allen Menschen zugänglich zu machen. Zugleich gilt es, auf politischer Ebene das Bewusstsein für die Lage der Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung zu schärfen, aber auch bei

den Fachdiensten des medizinischen Feldes und der sozialen Dienste. Heimleitung, Ämter, Gerichte sollen mit besseren Informationen und mit Hilfe der Diskurse um Gesundheit, Teilhabechancen und Diskriminierungsrisiken in ihrer beruflichen und gestalterischen Aufgabe informiert und gestärkt werden.

6. Gesundheit als Querschnittsaufgabe

Gesundheit wird also zu einer Dauer- und Querschnittsaufgabe (health in all policies), das heißt bei allen Entscheidungen und Planungen ist mit zu denken, welche Gesundheitswirkungen eintreten sollen und können, auf persönlicher Ebene, in Städten und Gemeinden, für die Bundesländer und national, aber ebenso in Freizeit, Beruf, Bildung und bezogen auf alle Handlungsfelder und Organisationen, in denen Alltag gestaltet und gelebt wird. Wie das Anliegen einer inklusiven Gesellschaft (inclusion in all policies) wird sich auch diese Anstrengung zugunsten gerechterer Chancen auf Gesundheit lohnen. Benachteiligungen von Personen und Personengruppen werden dann abgebaut werden und Diskriminierungen nicht zugelassen. Wohlbefinden (well-being) für alle zu erreichen ist damit eine gesellschaftliche Aufgabe für alle (Gesundheit als Gemeingut) und bleibt nicht nur der Selbstsorge Einzelner überlassen. Entsprechende Leistungsgestaltungen behandeln demnach nicht mehr nur Gesundheitsmängel und Abweichungen (Differenzen), sondern beseitigen oder mindern benachteiligende Lebensumstände.

Die Bundesregierung hat im Jahr 2016 über ihren Behindertenbeauftragten in einer Tagungsreihe unter dem Motto *Teilhabe braucht Gesundheit* darauf aufmerksam gemacht, dass, um umfassende Teilhabe zu erreichen Umweltbarrieren und strukturelle Barrieren im Gesundheitssystem ebenso wie Gleichberechtigungshürden zu überwinden sind. Beispiele sind der Zugang zu Kranken- und Lebensversicherungen, zu Hilfsmitteln des täglichen Gebrauchs, die die Selbstständigkeit und Sicherheit im Alltag erhöhen oder zu Gesundheitsleistungen, die nicht durch (hohe) Eigenleistungen und Zuzahlungen verstellt werden dürfen. Vor allem aber geht es auch um die erforderliche Aufmerksamkeit und Offenheit für Bedarfe und Bedürfnisse, die von der Wertschätzung für die Menschen getragen wird.

7. Menschen im Blick – vorsorglich und aufmerksam

Eine Lehre der Corona-Pandemie ist, dass der Schutz der Schwächeren hohe Bedeutung hat – aber aufgrund vielfältiger Wechselwirkungen mit Bedacht ausgestaltet werden muss. Der Mensch und seine Würde sowie der Mensch als Gefährder oder als Gefährdeter durch Viren stehen in bestimmten Versorgungslagen im Spannungsverhältnis. Damit Hand in Hand gilt einerseits die Sorge

- der möglichen Überforderung der Gesundheitssysteme (von Intensivstationen bis zu Gesundheitsämtern),
 - den sogenannten Risikogruppen wie Menschen im höheren Lebensalter und mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die besonderen Schutz benötigen
- und andererseits

- der Aufmerksamkeit für angemessene Gesundheitschancen als Daueraufgabe.

Es geht nicht nur um die Systeme der Versorgung, sondern es geht auch um die Angst um die Menschen und die Angst der Menschen, mit den gesundheitlichen Risiken leben und umgehen zu müssen, die zukünftigen Planungen und Entscheidungen einbeziehen und beherzigen müssen. Aktuell besteht in den Bevölkerungsgruppen mit höherer Verletzlichkeit auch Sorge

- übersehen und vergessen zu werden,
- einer beschädigten Existenz (mit Langzeitschäden der Gesundheit und des Vermögens),
- aus der Gemeinschaft zu fallen und einsam zu bleiben,
- Lebenszeit zu verlieren und Lebensqualität einzubüßen sowie
- nicht geschützt zu sein, vor existenziellen Nöten wie Verlust von Einkommen, Unterkunft oder auch Gewalt und Diskriminierung.

Mit diesen Ängsten gehen Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung unterschiedlich um. Im Rahmen der Corona-Pandemie kommen einige langsam in die Öffentlichkeit, flankiert von Einschätzungen zwischen unfreiwilliger Isolation (Exklusion) und Unverständnis oder mit dem Ruf nach Schutz von Minderheiten. In der Mehrheitsbevölkerung fehlt zugleich oft das Wissen um die Umstände von Verletzlichkeiten und deren Verbreitung (beispielsweise im hohen Lebensalter). So können unangemessene oder mangelnde Kommunikation, unsensible Umweltgestaltung (z. B. Barrieren der Zugänglichkeit, der Orientierung und Verständlichkeit), rigide Untersuchungsabläufe (wie lange Wartezeiten, kurze Information in komplizierter Sprache oder unangebrachte Umgangsformen) Emotionen wie Mutlosigkeit oder Empörung hervorrufen oder verstärken. Dies alles erhöht soziale Barrieren. Zwischen Sorgen um Mitmenschlichkeit und auch um eigene Freiheitsrechte fällt es oft schwer, den Weg der Solidarität und Subsidiarität zu finden.

Das gilt auch für den Personenkreis der Menschen mit Unterstützungsbedarf (beispielsweise im Bereich der Pflege), der auf fachliche und bürgerschaftliche Unterstützung angewiesen ist, seine Privatheit nur schwer abgrenzen kann und auf das solidarische Verhalten in seiner Umwelt vertrauen muss.

Personengruppen die dabei als Risikogruppe beziehungsweise besonders vulnerabel gelten, können sehr unterschiedliche Bedarfe haben und Bedürfnisse verfolgen wollen. Sei es, weil sie psychische oder physische Beeinträchtigungen haben; sei es, weil sie verschieden sind nach Aspekten wie Alter, Geschlecht, sexueller oder religiöser Orientierung, Herkunft und kultureller Einbindung. Aber unabhängig davon haben alle Menschen die gleichen Rechte, nicht als Einzelperson oder Gruppe ausgeschlossen beziehungsweise eingeschlossen zu werden, ohne dass gleichzeitig ein Mindestmaß an sozialer Interaktion gewährleistet wird. Mit der Umsetzung dieser Vorgaben ringen derzeit vielfach Behörden auf dem Verfahrensweg sowie Einrichtungen, die soziale Dienste erbringen.

In diesen vielfach unterschiedlichen Ausgangslagen und Zielsetzungen kann es ein erstes Ziel sein, die Vielfalt der Anliegen und Anforderungen im Blick zu halten, beispielsweise über Kommunikation, Einbindung, gemeinsame Planungen und Umsetzungen, Verständnis füreinander, Solidarität und Aufmerksamkeit für Risiken.

Es ist wichtig, Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung einzubeziehen, sich zu Plänen zu beraten, Maßnahmen zu erklären und so nachvollziehbar zu machen. Aber ebenso verdienen pflegende Angehörige, professionelle Pflegekräfte und viele weitere Gruppen Aufmerksamkeit, denen beispielsweise Überlastungen oder Entwicklungsverzögerungen (etwa bei Kindern, die nicht am Bildungssystem teilnehmen können) drohen oder Erwerbstätige, die Einkünfte und soziale Teilhabe verlieren. Viele verschiedene passende Gestaltungswege müssen noch weiter diskutiert, abgewogen und realisiert werden.

8. Risse in der Gesellschaft? Verschieden und gleich sein

Aus gesellschaftlicher Perspektive ist (wachsende) Einsamkeit ein Indikator dafür, dass nicht nur einzelne Menschen ausgeschlossen und diskriminiert werden, sondern dass zugleich soziale Gruppenverbindungen und damit der gesellschaftliche Zusammenhalt nicht (ausreichend) gegeben sind oder schwinden. Zugleich lässt sich das Ausgeschlossen-Sein nicht den Personengruppen anlasten, denen Gemeinschaft verschlossen oder weniger zugänglich ist. Über Nachteilsausgleiche lässt sich zwar unerwünschtes Alleinsein mindern, aber nicht einfach die Frage lösen, ob Menschen sich auch zugehörig fühlen und willkommen sind.

Einsamkeit geht auch Hand in Hand mit Beeinträchtigungen oder Behinderung. Ebenso zeigen sich aus wissenschaftlicher Sicht Zusammenhänge mit weiteren Merkmalen wie beispielsweise Geschlecht, Verfügbarkeit von Einkommen oder anderen materiellen Ressourcen, Kompetenz und Bildungsstand, aber auch

Wohnsituation (etwa Heim oder Einpersonenhaushalt) und sozialen Netzen und Partnerschaften.

Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung erleben aktuell, dass gesamtgesellschaftliche Risikolagen, wie sie die Corona-Pandemie darstellt, keineswegs einfach gleichmachen, sondern dass sie vielmehr strukturelle Ungleichheiten aufdecken und auch verstärken. Dies trifft auch ältere Menschen, Frauen, ethnische Minderheiten oder Menschen in Armut, in der Wohnungslosigkeit oder mit unsicherem Aufenthaltsstatus in besonderer Weise. Hierzu werden im Vertiefungsthema wissenschaftliche Belege aufgeführt. Dafür, dass auch der Personenkreis der Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung besondere Benachteiligungen erfährt, finden sich ebenfalls Indizien.

Krisen decken bestehende Gesundheitschancen und –risiken auf, jenseits von individuellem Risikoverhalten. Wird dies verstanden, dann erhalten Debatten um prioritäre Zugänge zu Schutzausrüstungen und Testungen, um Impfungen oder andere Wohnsituationen, um den Zugang auch zu spezifischen Förder- und Therapieeinrichtungen sowie Diensten (wie Tagespflege, Heilbehandlungen, aber auch Essensdiensten) eine höhere und weiterreichende Bedeutung.

Entsprechende Forderungen nach diskriminierungsfreiem Zugang

- zu gesundheitsrelevanten Informationen,
- zu Diensten und Einrichtungen gesundheitlicher Versorgung,
- zum Recht auf Unterstützung und Assistenz und
- zu lebensrettenden Maßnahmen

dürfen nach der Pandemie keineswegs einfach „Geschichte werden“, denn sie sind Indikatoren, die auf bestehende Ungleichheiten hinweisen und Finger in Wunden legen. Zugleich zeigen sie, dass Privilegierung angemessen sein kann, weil nach Artikel 3 Absatz 3 Satz 2 des Grundgesetzes niemand wegen einer Behinderung benachteiligt werden darf.

9. Gesundheit in und durch Teilhabe - Geteilte Verantwortung in Vielfalt

Gesundheit als soziales Menschenrecht ist in Art. 12 des Internationalen Pakts für soziale, wirtschaftliche und kulturelle Rechte verbürgt. Und der deutsche Staat ist mit dem grundrechtlichen Auftrag die Menschenwürde zu schützen auch zu gesundheitssichernden sozialrechtlichen Ausgestaltungen verpflichtet. Dies schließt materielle Ausstattungen und strukturelle Ausgestaltungen ein, auch wenn es – wegen ihrer Prozesshaftigkeit und Vieldimensionalität – kein Recht auf Gesundheit geben kann. Sehr wohl aber gibt es besondere Schutzbedürftigkeit, die zum

Ausgleich ungleicher Risikolagen verpflichtet. Im Bereich des Gesundheitswesens ist dies inzwischen auch für Leistungen der Prävention und Gesundheitsvorsorge erkannt worden. Damit dies auch in der Praxis gelingen kann, lohnt sich die Suche nach partizipativen, menschlicher Verschiedenheit verpflichteten Bearbeitungsweisen, die sich um passende Infrastrukturen und Anerkennungsverhältnisse bemühen, eingebunden in kommunale Gegebenheiten und als gemeinschaftliche Anstrengung.

Aus Sicht der Risikovermeidung sind in diesem Vertiefungsthema drei Ebenen als besonders bedeutsam herausgearbeitet, nämlich

- die individuelle Verantwortung,
- die gemeinsame Verantwortung und
- die technischen Möglichkeiten.

Auf all diesen Wegen sind unter Wertschätzung der Selbstbestimmungs- und Lebensgestaltungsfähigkeit der Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung Erfahrungen auszutauschen und Entwicklungen voranzutreiben. Getragen von gegenseitigem Verständnis und mit angemessener Kommunikation wird dies die Einbindung, Mitwirkung und geteilte Verantwortung für Gesundheit weiterentwickeln. Mit dem mehr und mehr trainierten Blick auf Vielfalt und Verschiedenheit aller Menschen (beispielsweise nach Geschlecht, Alter, Beeinträchtigung, Herkunft, Lebenserfahrung und anderen Merkmalen) kann es gelingen, dass die Bereitschaft dafür wächst, vorhandene Potenziale ins Spiel und zur Entfaltung zu bringen.

Damit wächst auch die Bedeutung der Gesundheitskompetenz (Health Literacy), mit der langfristig auch im gesamten Feld der Sozialen Leistungen und Dienste die Gesundheit und Lebensqualität unterstützt und gefördert werden kann. Bei der Aufbauarbeit und Umsetzung dazu förderlicher Programme sind Expertinnen und Experten in eigener Sache, Selbsthilfe und weitere relevante Interessensvertretungen einzubeziehen.

Langfristig soll so ein inklusives Versorgungssystem verwirklicht werden, in dem auch der Stand der gesundheitlichen Teilhabe überprüft werden kann und sichergestellt ist. Ob Leistungen Teilhabechancen verbessern und die Diskriminierung von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung überwunden werden, wird zu einem entscheidenden Qualitätskriterium (outcome: Wirkungsmaßstab). Als Versorgungssystem gesundheitskompetent und gesundheitsförderlich aufgestellt zu sein, soll ein Qualitätskriterium werden und auch Imagegewinne bringen. Im Zusammenspiel mit allen Gesundheitsverantwortlichen wird dies zugleich

die Inklusionsbewegungen in Quartieren und Kommunen unterstützen und gemeinschaftliches Planen und Handeln fördern.

10. Gunst der Stunde: Voneinander lernen – beschleunigt durch die Krise

Das Corona-Virus kann also als Stichwortgeber wirken (Cue to action) und als Treiber taugen, für die anstehenden Entwicklungen, zugunsten der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung im Gesundheitsfeld. Der erforderliche Abbau von Diskriminierungen und Exklusionsrisiken ist mit zahllosen Beispielen unterlegt, wie im Vertiefungsthema aus wissenschaftlicher Perspektive dargelegt wurde. Die Aufgaben sind auch in der und für die Forschung ersichtlich, aber auch, dass sie über Fächergrenzen hinweg angegangen werden müssen. Entsprechende Programme sind dringend aufzulegen.

Auch Gesetzgeber und Politik sind aber zur Gestaltung aufgerufen, die im Schulterschluss mit der Praxis und den Expertinnen und Experten in eigener Sache zu erfolgen hat. Zugunsten einer gemeinsamen Gesundheitsförderungs politik sind eingefahrene und vermeintlich bewährte Leistungsgestaltungen in neuer Weise kritisch-analytisch zu prüfen sowie Abwägungsauseinandersetzungen und Aushandlungsprozesse erforderlich, damit verbesserte Gesundheitsprozesse, verbesserte Teilhabechancen und wachsende Erkenntnis von Diskriminierungsrisiken gelingen.

Auf der Ebene der Organisationen und Institutionen zeigt sich mehr und mehr, dass man sich zielgerichtet mit den Möglichkeiten gesunder Lebens- und Arbeitsverhältnisse der Bewohnerinnen, Bewohner wie auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter befassen muss. Dies ist nicht nur Pflicht, sondern auch Ausdruck der Wertschätzung und liefert einen wesentlichen Beitrag zur Steigerung der Lebensqualität.

Auf der Ebene der strukturellen Gestaltungen und Einordnungen bricht die strikte Trennung zwischen den Aufgaben der Eingliederungshilfe und der Sozialhilfeträger auf. Im Feld der Gesundheit erweist sich die Behandlung von Krankheiten nicht mehr nur als private Aufgabe, die getrennt von Umgebungsbedingungen mit Ärztinnen und Ärzten zu lösen ist und Gesundheit als Ergebnis von individuellem Verhalten. Zukunftsfähig wird ein Modell sein, in dem alle bisherigen Rehabilitationsträger (samt Integrationsämtern) mit den Systemen der Daseinsvorsorge eine enge Zusammenarbeit pflegen, mit dem gemeinsam getragenen Anliegen einer Verhältnisprävention.

Auch die betriebliche Gesundheitsförderung und die Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen ist von hoher Relevanz und Aufgabe der sozialen

Dienstleister und Betriebe. Dies fördert auch die dringend erforderliche Zufriedenheit, Leistungsfähigkeit und Gesundheit, und damit die Gewinnung und den Erhalt der Arbeitskräfte, im Feld der Sozialen Dienste.

Auf der Ebene der Personen sind Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung nicht alleine „Gegenstand“ der Gesundheitssorge, sondern aktiv Beteiligte. Weder wohlmeinende „Gatekeeper“ (seien es Anbieter von Leistungen, Personal, Angehörige oder andere Stellvertretungen) können deren Urteile und Belastungsempfindungen abschließend einschätzen, noch ist ihr systematisches Einbeziehen in Findungs- und Entscheidungsprozesse zugunsten der Gesundheit im Praxisalltag angekommen. Dabei sind die Beteiligungen in partizipativen Verfahren eine wesentliche Quelle von Gesundheitswissen und der Bewertung von Einflussfaktoren. Es gilt also

- achtsam zu sein und nicht alleine Patientinnen, Patienten, Leistungsnehmerinnen und Leistungsnehmer zu sehen, sondern Menschen, die ihr Leben selbst bestimmen (respect for autonomy). Das Gesundheitssystem sollte dabei bereichert um diese Expertise
- den größtmöglichen Nutzen suchen, um den eigenen Auftrag erfüllen zu können (beneficence),
- den geringsten Schaden in Kauf nehmen müssen beziehungsweise keinen Schaden in dem multidimensionalen Gesundheitsgeschehen anrichten (non-maleficence) und
- möglichst gerecht sein, indem nach Wunsch und Wahl das jeweils angemessene ausgestaltet und zugestanden wird (justice).

Gewohnheiten kritisch zu hinterfragen erweist sich auch im Bereich der technischen Unterstützungen als wichtige Aufgabe. Von digitalen Gesundheitsangeboten bis zur Vernetzung der Anbieter, von der Planung, Steuerung und dem Abruf der Hilfen bis zur Einbindung in Freundeskreisen über Mediennutzung reichen brachliegende Potenziale, die der Gesundheit dienen können. Technik kann insofern auf vielfache Weise Teilnahme, soziale Teilhabe und ein gutes Leben ermöglichen und erleichtern. Eine angemessene und selbstverständlich als Leistung anerkannte IT-Ausstattung und –Schulung bilden dafür noch zu wenig ausgebaute Voraussetzungen. Gesundheitswirksame Nebeneffekte bei gemeinsamen Mediennutzungen sind gleichermaßen willkommen, beispielsweise

- die Zusammenarbeit mit anderen Menschen mit ähnlichen Problemen,
- den verbesserten Zugang zu Gruppen,
- die Entwicklung von Wissen, Einsichten und Fähigkeiten im Zusammenhang mit Gesundheit,
- die Nutzung gruppenspezifischer Prozesse wie Bindung und Zusammenhalt.

Fehlen entsprechende mediale Ausstattungen oder sind nicht angemessen zugänglich können sich jedoch Benachteiligungen verschärfen.

Die Gunst der Stunde zu nutzen bedeutet folglich, Aufmerksamkeit und Aufbau der Ausgestaltungen von Teilhabe an Gesundheit für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung zu intensivieren und zu konkretisieren. Unbedingt erforderlich sind dabei die partizipative Einbindung aller relevanten Akteure, Hand in Hand mit den neuen Chancen des Teilhaberechts, das Selbstbestimmung durch Partizipation in den Mittelpunkt rückt. Entsprechende Maßnahmen und Qualitätsinstrumente sind zu entwickeln, die sich an den neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen durch beispielsweise das BTHG, Präventionsgesetz unter anderem ausrichten. Damit wächst auch die Transparenz, bezogen auf eingesetzte Mittel, verfolgte Ziele und erwartete Wirkungen und ihre Nachhaltigkeit.

Eine neue Kombination von Verhaltens- und Verhältnisprävention und Gesundheitsförderung wird die Traditionen der Eingliederungshilfe aufgreifen, aber zugleich erfolgreich dynamisch weiterentwickeln, im Dienst von Gesundheit und Wohlbefinden aller.

8.5 Literatur zu diesem Vertiefungsthema

Abdullahi, Auwal / Candan, Sevim. A. / Abba, Muhammad. A. / Bello, Auwal. H. / Alshehri, Mansour. A. / Afamefuna Victor, Ekwuonwu / Kundakci, Burak (2020): Neurological and Musculoskeletal Features of COVID-19. A Systematic Review and Meta-Analysis. In: Frontiers in Neurology, Jg. 11, S. 687.

Adam, Alfons / Niehaus, Mathilde (2017): Gesund und qualifiziert älter werden in der Automobilindustrie. In: Richter, Götz / Hecker, Christoph / Hinz, Andreas (Hrsg.): Produktionsarbeit in Deutschland. Mit alternden Belegschaften. Erich Schmidt Verlag, Berlin, S. 199 – 207.

AGS (American Geriatrics Society) (2020): American Geriatrics Society Policy Brief. COVID-19 and Nursing Homes. In: Journal of the American Geriatrics Society, Jg. 68, S. 908 – 911.

Aktion Mensch (o. J.): Internet für Alle! Ein Wegweiser für Mitarbeiter.
<https://www.aktion-mensch.de/foerderung/foerderprogramme/weitere-foerderangebote/internet-fuer-alle.html> (online, abgerufen am 04.02.2021).

Andrews, Erin E. / Ayers, Kara B. / Brown, Kathleen S. / Dunn, Dana S. / Pillarski, Carrie R. (2020): No Body is Expendable. Medical Rationing and

- Disability Justice During the COVID-19 Pandemic. In: American Psychologist, Advance online publication.
- Antonovsky, Aaron (1979): Health, Stress, and Coping. Jossey-Bass Inc. US, San Francisco.
- Antonovsky, Aaron (1993): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, Alexa / Broda, Michael (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit. dgvt-Verlag, Tübingen, S. 3 – 14.
- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt-Verlag, Tübingen.
- Ayalon, Liat / Chasteen, Alison / Diehl, Manfred / Levy, Becca R. / Neupert, Shev-aun D. / Rothermund, Klaus / Tesch-Römer, Clemens / Wahl, Hans-Werner (2021): Aging in the Times of the COVID-19 Pandemic. Avoiding Ageism and Fostering Intergenerational Solidarity. In: The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences, Jg. 76, Nr. 2, S. 49 – 52.
- Badura, Bernhard / Ducki, Antje / Schröder, Helmut / Klose, Joachim / Meyer, Markus (2020): Fehlzeiten-Report 2020. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Baltes, Paul B. / Baltes, Margret M. (1990): Successful Aging. Perspectives from the Behavioral Sciences. Cambridge University Press, Cambridge.
- Banbury, Annie / Nancarrow, Susan / Dart, Jared / Gray, Leonard / Parkinson, Lynne (2018): Telehealth Interventions Delivering Home-Based Support Group Videoconferencing: Systematic Review. In: Journal of Medical Internet Research, Jg. 20, Nr. 2, e25.
- Barnett, Michael L. / Grabowski, David C. (2020): Nursing Homes are Ground Zero for COVID-19 Pandemic. <https://jamanetwork.com/channels/health-forum/fullarticle/2763666> (online, abgerufen am 10.02.2021).
- Bartholomeyczik, Sabine (2006): Prävention und Gesundheitsförderung als Konzepte der Pflege. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 11, Nr. 3, S. 210 – 223.
- Bauer, Jana Felicitas / Chakraverty, Veronika / Niehaus, Mathilde (2017a): Betriebliche Inklusion. Arbeitnehmer mit dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Etikettierungs-Ressourcen-Dilemma. In: Public Health Forum, Jg. 25, Nr. 4, S. 315 – 317.
- Bauer, Jana Felicitas / Niehaus, Mathilde / Jakob, Laura / Stump, Raija (2017b). To Tell or Not to Tell? Factors Associated with the (Non-)Disclosure of a Chronic Disease at Work. In: Glasgow Caledonian University (Hrsg.): 14th

Congress of the European Forum for Research in Rehabilitation (EFRR).
Glasgow Caledonian University, Glasgow, S. 85.

Berg-Weger, Marla / Morley, John E. (2020): Loneliness and Social Isolation in Older Adults during the COVID-19 Pandemic. Implications for Gerontological Social Work. In: The Journal of Nutrition, Health & Aging, Jg. 24, Nr. 5, S. 456 – 458.

Bertmann, Isabelle (2018): Taking Well-Being and Quality of Life for Granted? An Empirical Study on Social Protection and Disability in South Africa. Springer VS, Wiesbaden.

BiB (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung) (2020). Einpersonenhaushalte. <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Lebensformen/Einpersonenhaushalte.html> (online, abgerufen am 09.02.2021).

Bieritz-Harder, Renate (2009): Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. In: Deinert, Olaf / Neumann, Volker: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Handbuch SGB IX. Nomos Verlag, Baden-Baden, S. 207 – 254.

Blümel, Stephan (2011): Akteure, Angebote und Strukturen. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/akteure-angebote-und-strukturen/> (online, abgerufen am 09.02.2021).

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2013): Erster Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. BMAS, Bonn.

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2016): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. BMAS, Bonn.

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2020): Umgang mit aufgrund der SARS-CoV-2-Epidemie besonders schutzbedürftigen Beschäftigten (Arbeitsmedizinische Empfehlung). BMAS, Bonn.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. BMFSFJ, Berlin.

Bössing, Carina / Schrooten, Katrin / Tiesmeyer, Karin (2019): Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Lernschwierigkeiten. In: Walther, Kerstin / Römisch, Kathrin (Hrsg.): Gesundheit inklusive. Gesundheitsförderung in der Behindertenarbeit. Springer VS, Wiesbaden, S. 51 – 87.

- Bolte, Gabriele / Bunge, Christian / Hornberg, Claudia / Köckler, Heike / Mielk, Andreas (2012): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit. Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. Huber, Bern.
- Bootz, Philip / Wacker, Elisabeth (2019): Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege. Eine lebenslagenorientierte explorative Studie zu Gesundheit und Gemeinschaft für Menschen mit Beeinträchtigungen und ihr Betreuungspersonal (Abschlussbericht). Technische Universität München, München.
- Bosse, Ingo / Zaynel, Nadja / Lampert, Claudia (2019): Mediennutzung und Vermittlung von Medienkompetenz in der Behindertenhilfe in Bremen. Ergebnisse der MeKoBe-Studie. In: Merz. Zeitschrift für Medienpädagogik, Jg. 5, Nr. 19; S. 24-31.
- Brandt, Martina / Kaschowitz, Judith / Lazarevic, Patrick (2016): Gesundheit im Alter. Ein Überblick über den Stand der sozialwissenschaftlichen Forschung. In: Kriwy, Peter / Jungbauer-Gans, Monika (Hrsg.): Handbuch Gesundheitssoziologie. Springer VS, Wiesbaden, S. 419 – 436.
- Brandt, Martina / Deindl, Christian / Hank, Karsten (2012): Tracing the Origins of Successful Aging. The Role of Childhood Conditions and Social Inequality in Explaining Later Life Health. In: Social Science and Medicine, Jg. 74, Nr. 9, S. 1418 – 1425.
- Brooks, Megan (2020): Older Adults More Resilient to COVID's Mental Health Impact. <https://www.medscape.com/viewarticle/941668> (online, abgerufen am 10.02.2021).
- Brooks, Samantha K. / Webster, Rebecca K. / Smith, Louise E. / Woodland, Lisa / Wessely, Simon / Greenberg, Neil / Rubin, Gideon J. (2020): The Psychological Impact of Quarantine and how to Reduce it. Rapid Review of the Evidence. In: The Lancet, Jg. 395, Nr. 10227, S. 912 – 920.
- Bünning, Mareike / Hipp, Lena / Munnes, Stefan (2020): Erwerbsarbeit in Zeiten von Corona (Pressemitteilung des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung vom 15. April 2020) <https://wzb.eu/de/pressemitteilung/erwerbsarbeit-in-zeiten-von-corona> (online, abgerufen am 10.02.2021).
- Bullinger, Monika (1996): Lebensqualität. Ein Ziel- und Bewertungskriterium medizinischen Handelns? In: Möller, Hans-Jürgen / Engel, Rolf R. / Hoff, Paul (Hrsg.): Befunderhebung in der Psychiatrie. Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen. Springer, Wiesbaden, S. 13 – 29.

- Bundesgesetzblatt (2015): Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 17. Juli 2015 (Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31, S. 1368 - 1379). Bundesanzeiger Verlag, Bonn.
- Bundesregierung (2018): SDG (Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung | BMZ): https://www.bmz.de/de/themen/menschenrecht_gesundheit/deutsches_engagement/index.html (online, abgerufen am 11.02.2021).
- Bundesregierung (2020): Ziele für nachhaltige Entwicklung. Gesundheit und Wohlergehen. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/nachhaltigkeitspolitik/gesundheit-und-wohlergehen-1509824> (online, abgerufen am 09.02.2021).
- Bundesvereinigung Lebenshilfe (2020): Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung verbessern! (Positionspapier). https://www.lebenshilfe.de/fileadmin/Redaktion/PDF/Wissen/public/Positionspapiere/Positionspapier_BVLH_2020-09_Gesundheitliche_Versorgung_von_Menschen_mit_Behinderung_verbessern.pdf (online, abgerufen am 10.02.2021).
- Cacioppo, John T. / Cacioppo, Stephanie (2018): Loneliness in the Modern Age. An Evolutionary Theory of Loneliness (ETL). In: Advances in Experimental Social Psychology, Jg. 58, S. 127 – 197.
- Cacioppo, John T. / Hawkley, Louise C. (2009): Perceived Social Isolation and Cognition. In: Trends in Cognitive Sciences, Jg. 13, Nr. 10, S. 447 – 454.
- Carandang, Rogie Royce / Shibamura, Akira / Kiriya, Junko / Vardeleon, Karen Rose / Asis, Edward / Murayama, Hiroshi / Jimba, Masamine (2020): Effectiveness of Peer Counseling, Social Engagement, and Combination Interventions in Improving Depressive Symptoms of Community-Dwelling Filipino Senior Citizens. In: PloS One, Jg. 15, Nr. 4.
- Cattan, Sarah / Farquharson, Christine / Krutikova, Sonya / Phimister, Angus / Sevilla, Almudena (2020): Trying Times. How might the Lockdown Change Time Use in Families? The Institute for Fiscal Studies, London.
- Cehajic, Almir / Lyseel, Henrik / Flyckt, Karin (2020): Statistik om bekräftat smittade och avlidna med dödsorsak COVID-19 bland personer med boendeinsats enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2019. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistik-om-covid-19/statistik-om-covid-19-bland-personer-med-funktionsnedsattning/> (online, abgerufen am 10.02.2021).

- Ceravolo, Maria G. / Arienti, Chiara / de Sire, Alessandro / Andrenelli, Elisa / Negrini, Francesco / Lazzarini, Stefano / Patrini, Michele / Negrini, Stefano, International Multiprofessional Steering Committee of Cochrane Rehabilitation REH-COVER action (2020): Rehabilitation and COVID-19. The Cochrane Rehabilitation 2020 Rapid Living Systematic Review. In: European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine, Jg. 56, Nr. 5, S. 642 – 651.
- Chiluba, Brian C. / Shula, Hastings / Simpamba, Micah. M. / Kapenda, Charity / Moyo, Geoffrey / Phiri, Peter D. / Chalwe, Martha B. (2020): Insights on COVID-19 and Disability. A Review of the Consideration of People with Disability in Communicating the Disease Profile and Interventions. In: Journal of Preventive and Rehabilitative Medicine, Jg. 2, Nr. 1, S. 76 – 83.
- Cihlar, Volker / Reinwarth, A. / Lippke, Sonia (2021): Einsamkeit im Alter: die geografische und psychosoziale Perspektive. In Teti, A.; Nowossadeck, E.; Fuchs, J. & Künemund, H. (Hrsg.). Wohnen und Gesundheit im Alter. Wiesbaden: Springer VS.
- Clift, Ashley K. / Coupland, Carol A.C. / Keogh, Ruth H. (2020): COVID-19 Mortality Risk in Down Syndrome: Results From a Cohort Study Of 8 Million Adults. In: Annals of Internal Medicine, Advance online publication.
- Courtenay, Ken (2020): COVID-19. Challenges for People with Intellectual Disability. In: BMJ, Nr. 369.
- Courtenay, Ken / Perera, Bhathika (2020): COVID-19 and People with Intellectual Disability. Impacts of a Pandemic. In: Irish Journal of Psychological Medicine, Jg. 37, Nr. 3, S. 231 - 236.
- Craven, Jeff (2020): Stress, COVID-19 Affecting College Students' Mental Health. <https://www.medscape.com/viewarticle/934452> (online, aufgerufen am 10.02.2021).
- Crepaz, Katharina (2021): Chancen und Grenzen politischer Partizipation. In: Wacker, Elisabeth; Becker, Ulrich; Nachtschatt, Eva (Hrsg.): Wem 'gehört' die Teilhabe? Nutzen, Bereitstellung und Verfügbarkeit von Teilhabe als Allgemeingut. Baden-Baden, S.1-15.
- CRPD (Committee on the Rights of Persons with Disabilities) (2010): Views of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities under article 5 of the Optional Protocol to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (eleventh session).
- Damsgaard, Janne B. / Overgaard, Camilla L. / Birkelund, Regner (2020): Personal Recovery and Depression, Taking Existential and Social Aspects into

Account: A Struggle with Institutional Structures, Loneliness and Identity.
In: International Journal of Social Psychiatry, S. 1 – 8.

Dario, Amabile Borges / Cabral, Anelise Moreti / Almeida, Lisandra / Ferreira, Manuela Loureiro / Refshauge, Kathryn / Simic, Milena / Pappas, Evangelos / Ferreira, Paulo Henrique (2017): Effectiveness of Telehealth-Based Interventions in the Management of Non-Specific Low Back Pain: A Systematic Review with Meta-Analysis. In: Spine Journal, Jg. 17, Nr. 9, S. 1342-1351.

DBR (Deutscher Behindertenrat) (2020): Gleiche Teilhabe sicherstellen! Die Corona-Krise aus Sicht von Menschen mit Behinderung. Analysen und Forderungen. <https://www.deutscher-behindertenrat.de/ID255655> (online, aufgerufen am 10.02.2021).

de Almeida-Pititto, Bianca / Dualib, Patrícia M. / Zajdenverg, Lenita / Dantas, Joana R. / de Souza, Filipe. D. / Rodacki, Melanie / Bertoluci, Marcello C. (2020): Severity and Mortality of COVID 19 in Patients with Diabetes, Hypertension and Cardiovascular Disease. A Meta-analysis. In: Diabetology & Metabolic Syndrome, Jg. 12, S. 1 - 12.

Deindl, Christian / Brandt, Martina / Hank, Karsten (2016): Social Networks, Social Cohesion, and Laterlife Health. In: Social Indicators Research, Jg. 126, Nr. 3, S. 1175 – 1187.

Deutscher Bundestag (2001): Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Drucksache 14/5660). <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/14/056/1405660.pdf> (online, abgerufen am 11.02.2021).

Deutscher Bundestag (2012): Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2012 (Drucksache 17/12051). <https://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/120/1712051.pdf> (online, abgerufen am 10.02.2021).

Deutscher Bundestag (2013): Wachstum, Wohlstand, Lebensqualität – Wege zu nachhaltigem Wirtschaften und gesellschaftlichem Fortschritt in der Sozialen Marktwirtschaft. Schlussbericht der Enquête-Kommission (Drucksache 17/13300). <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/133/1713300.pdf> (online, angerufen am 11.02.2021).

Deutscher Bundestag (2016): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Drucksache 18/9522). <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/095/1809522.pdf> (online, abgerufen am 11.02.2021).

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Deutscher Bundestag (2020): Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung für die Priorisierung bestimmter Bevölkerungsgruppen bei der Verteilung eines Impfstoffs gegen COVID-19 (Ausarbeitung der Wissenschaftlichen Dienste WD 3-3000-271/20). <https://www.bundestag.de/resource/blob/812018/5db8f2231b010893c0d6cce9b33c8d8e/WD-3-271-20-pdf-data.pdf> (online, abgerufen am 10.02.2021).

DEKV (Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V.) (2018): Krankenhausversorgung von Menschen mit Behinderung. Das müssen die neuen Qualitätsverträge leisten. <https://www.krankenkassen-direkt.de/news/pr/mitteilung.pl?id=1987720> (online, aufgerufen am 10.02.2021).

Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (2020): Belange von Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf berücksichtigen. <https://dhg-kontakt.de/aktuelles/> (online, abgerufen am 18.02.2021).

Di Minno, Alessandro / Ambrosino, Pasquale / Calcaterra, Ilenia / Di Minno, Matteo N. D. (2020): COVID-19 and Venous Thromboembolism. A Meta-analysis of Literature Studies. In: Seminars in Thrombosis and Hemostasis. Jg. 46, Nr. 7, S. 763 – 771.

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung (2019): Problemanzeigen und Forderungen zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und zusätzlichen psychischen Störungen. Stellungnahme im Dialog des Bundesministeriums für Gesundheit zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen. <https://www.diefachverbaende.de/stellungnahmen/> (online, aufgerufen am 10.02.2021).

Diener, Ed / Emmons, Robert A. / Larsen, Randy J. / Griffin, Sharon (1985): The Satisfaction with Life Scale. In: Journal of Personality Assessment, Jg. 49, Nr. 1, S. 71 – 75.

Diener, Ed / Suh, Eunkook M. / Lucas, Richard E. / Smith, Heidi L. (1999): Subjective Well-being. Three Decades of Progress. In: Psychological Bulletin, Jg. 125, Nr. 2, S. 276 – 302.

DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. DIMDI, Köln.

DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) (2020): Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie. Version 2. Klinisch-ethische

Empfehlungen. <https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/covid-19-dokumente/200417-divi-covid-19-ethik-empfehlung-version-2.pdf> (online, aufgerufen am 10.02.2021).

Diviani, Nicola / Camerini, Anne-Linda (2014): Gesundheitskompetenz. In: Hurrelmann, Klaus / Baumann, Eva (Hrsg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Huber, Bern, S. 440 – 450.

Donabedian, Avedis (1980): Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Volume 1). The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Health Administration Press, Ann Arbor.

Dragano, Nico / Lampert, Thomas / Siegrist, Johannes (2010): Wie baut sich soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf auf? In: Sachverständigenkommission 13. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.): Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Verlag DJI, München, S. 11 – 50.

Eggert, Simon / Teubner, Christian / Budnick, Andrea / Gellert, Paul / Kuhlmei, Adelheid (2020): Pflegende Angehörige in der COVID-19 Krise. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Zentrum für Qualität in der Pflege, Berlin.

Ehni, Hans-Joerg / Wahl, Hans-Werner (2020): Six Propositions Against Ageism in the COVID-19 Pandemic. In: Journal of Aging & Social Policy, Jg. 32, Nr. 4–5, S. 515 – 525.

Ehrenreich, Barbara (2018): Wollen wir ewig leben? Die Wellness-Epidemie, die Gewissheit des Todes und unsere Illusion von Kontrolle. Btb-Verlag, München.

El-Zraigat, Ibrahim / Alshammari, Mubarak (2020): The Psychological and Social Effects of COVID-19 Outbreak on Persons With Disabilities. In: Canadian Social Science, Jg. 16, Nr. 6, S. 6 – 13.

EU-Schwerbehinderung (2020): Erster Vertrag verbessert die klinische Versorgung von Menschen mit Behinderung. <https://www.eu-schwerbehinderung.eu/index.php/richtlinien/33-aktuelles/4402-erster-vertrag-verbessert-die-klinische-versorgung-von-menschen-mit-behinderung> (online, aufgerufen am 10.02.2021).

Ewert, Thomas (2012): Stellungnahme der DGRW zu „Personenbezogene Faktoren der ICF – Entwurf der AG ‚ICF‘ des Fachbereichs II der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)“. In: Die Rehabilitation, Jg. 51, Nr. 2, S. 129 – 130.

Fatke, Bastian / Hölzle, Patricia / Frank, Andreas / Förstl, Hans (2020): Psychische Probleme in der Pandemie. Beobachtungen während der COVID-19-

- Krise. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, Jg. 145, Nr. 10, S. 675 – 681.
- Frank, Andreas / Hörmann, Sophia / Krombach, Julia / Fatke, Bastian / Holzhüter, Fabian / Frank, Wolfgang / Sondergeld, Rebecca / Förstl, Hans / Hölzle, Patricia (2020): Psychisch krank in Krisenzeiten. Subjektive Belastungen durch COVID-19. In: Psychiatrische Praxis, Jg. 47, Nr. 5, S. 267 – 272.
- Frey, Regina (2020): Corona und Gender – ein geschlechtsbezogener Blick auf die Pandemie und ihre (möglichen) Folgen. https://www.gender.de/cms-gender/wp-content/uploads/gender_corona.pdf (online, aufgerufen am 10.02.2021).
- Fuchs Judith / Scheidt-Nave, Christa / Gaertner, Beate / Dapp, Ulrike / von Renteln-Kruse, Wolfgang / Saum, Kai-Uwe / Thorand, Barbara / Strobl, Ralf / Grill, Eva (2016): Frailty in Deutschland. Stand und Perspektiven. Ergebnisse eines Workshops der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 49, Nr. 8, S. 734 – 742.
- Füller, Henning / Dzudzek, Iris (2020): Die Logik des Ausbruchs. Formierung von Covid-19 durch Krisenbearbeitungsweisen. In: sub\urban. Zeitschrift für kritische Stadtforschung, Jg. 8, Nr. 3, S. 165 – 182.
- Gallagher, Matthew W. / Zvolensky, Michael J. / Long, Laura J / Rogers, Andrew H. / Garey, Lorra (2020): The Impact of Covid-19 Experiences and Associated Stress on Anxiety, Depression, and Functional Impairment in American Adults. In: Cognitive Therapy and Research, Advance online publication.
- George, Linda K. (2010): Still Happy After all These Years. Research Frontiers on Subjective Well-being in Later Life. In: The Journals of Gerontology. Series B, Jg. 65B, Nr. 3, S. 331 – 339.
- Gerlach, Stefanie (2020): Adipositas ist Risikofaktor für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf. In: Adipositas, Jg. 14, Nr. 3, S.179 – 180.
- Gerlach, Stefanie / Blüher, Matthias / Engeli, Stefan / de Zwaan, Martina (2020): Bedeutung der SARS-CoV-2-Pandemie für Menschen mit Adipositas. In: Adipositas, Jg. 14, Nr. 3, S. 126 – 132.
- Gerolimatos, Lindsay A. / Gregg, Jeffrey J. / Edelstein, Barry A. (2014): Interviewing Older Adults. In: Pachana, Nancy A. / Laidlaw, Kenneth (Hrsg.): The Oxford Handbook of Clinical Geropsychology. Oxford University Press, Oxford, S. 163 – 183.

- Gire, Nadeem / Farooq, Saeed / Naeem, Farooq / Duxbury, Joy / McKeown, Mick / Kundi, Pardeep Singh / Chaudhry, Imran Bashir / Husain, Nusrat (2017): mHealth Based Interventions for the Assessment and Treatment of Psychotic Disorders. A Systematic Review. In: mHealth, Jg. 3, Nr. 33.
- GKV-Spitzenverband (2018): Qualitätsverträge. https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/qualitaet_1/qualitaetsvertraege/qualitaetsvertraege.jsp (online, aufgerufen am 10.02.2021).
- Glatzer, Wolfgang / Zapf, Wolfgang (1984): Lebensqualität in der Bundesrepublik Deutschland. Campus Verlag, Frankfurt am Main.
- Grates, Miriam / Brandt, Martina / Garten, Claudius / Jessee, Lisa / Kaschowitz, Judith / Klingel, Markus / Quashie, Nekehia T. / Schmitz, Alina (2021): Pilotstudie. Gesundheit und Unterstützung in Zeiten von Corona. Ergebnisbericht. Technische Universität Dortmund, Dortmund.
- Greb, Ulrike (2012): Gesundheit und Krankheit. In: Beck, Iris / Greving, Heinrich (Hrsg.): Lebenslage und Lebensbewältigung. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, S. 272 – 276.
- Gyasi, Razak M. / Abass, Kabila / Adu-Gyamfi, Samuel (2020): How do Lifestyle Choices Affect the Link Between Living Alone and Psychological Distress in Older Age? Results from the AgeHeaPsyWelHeaSeeB Study. In: BMC Public Health, Jg. 20, Nr. 1, S. 1 – 9.
- Habermann-Horstmeier, Lotte (2020a): COVID-19-Fallzahlen und Sterberaten in Behinderteneinrichtungen in Baden-Württemberg. Ein Vergleich mit Daten aus Schweden, den Niederlanden und den USA. In: Villingen Institute of Public Health (VIPH) (Hrsg.), Villingen-Schwenningen.
- Habermann-Horstmeier, Lotte (2020b): Die Situation von Menschen mit geistiger Behinderung in Zeiten der COVID-19-Pandemie aus Sicht der Betroffenen, ihrer Angehörigen und Betreuungskräfte. Ergebnisse einer qualitativen Public-Health-Studie. Villingen Institute of Public Health (VIPH), Villingen-Schwenningen.
- Habermann-Horstmeier, Lotte (2020c): Menschen mit geistiger Behinderung in Zeiten der Covid-19-Pandemie. Eine Betrachtung aus PublicHealth-Perspektive. In: Villingen Institute of Public Health (VIPH) (Hrsg.), Villingen-Schwenningen.
- Hüb, Teresa / Niehaus, Mathilde / Baumann, Ricardo (2016): Gesundheitskompetenz von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in Berufsförderungswerken. In: Das Gesundheitswesen, Jg. 78, Nr. 8/9.

- Hämel, Kerstin / Kümpers, Susanne / Olbermann, Elke / Heusinger, Josefine (2020): Teilhabe und Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf in Zeiten von Corona und darüber hinaus. Gemeinsames Statement der Sektionen Sozial- und Verhaltenswissenschaftliche Gerontologie (III) und Soziale Gerontologie und Altenarbeit (IV) der DGGG. https://www.dggg-online.de/fileadmin/aktuelles/covid_19/20200510_DGGG_Statement_Sektionen_III_IV_Menschen_mit_Pflegebedarf.pdf (online, abgerufen am 10.02.2021).
- Hajek, André / König, Hans-Helmut (2020): Which Factors Contribute to Loneliness Among Older Europeans? Findings From the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. In: Archives of Gerontology and Geriatrics, Nr. 89.
- Hawkey, Louise C. / Thristed, Ronald A. / Cacioppo, John T. (2009): Loneliness Predicts Reduced Physical Activity. Cross-Sectional & Longitudinal Analyses. In: Health Psychology, Jg. 28, Nr. 3, S. 354 – 363.
- Hodgson, Sam / Watts, Isabella / Fraser, Simon / Roderick, Paul / Dambha-Miller, Hajira (2020): Loneliness, Social Isolation, Cardiovascular Disease and Mortality. A Synthesis of the Literature and Conceptual Framework. In: Journal of the Royal Society of Medicine, Jg. 113, Nr. 5, S. 185 – 192.
- Hornberg, Claudia (2016): Gesundheit und Wohlbefinden. In: Gebhardt, Ulrich / Kistemann, Thomas (Hrsg.): Landschaft, Identität und Gesundheit. Zum Konzept der therapeutischen Landschaften. Springer VS, Wiesbaden, S. 63 – 69.
- Hurrelmann, Klaus / Horn, Annett (2011): Das komplementäre Verhältnis von Gesundheitsförderung und Pflege. In: Schaeffer, Doris / Wingenfeld, Klaus (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa, Weinheim, München, S. 727 – 744.
- Huster, Stefan (2012): Gesundheits- als Gesellschaftspolitik. In: GGW, Jg. 12, Nr. 2, S. 24 – 30.
- Huster, Stefan (2015): Gesundheit aus rechtswissenschaftlicher Sicht. Mittelknappheit als Herausforderung von Gesundheitspolitik und Rechtswissenschaft. In: Masuch, Peter / Spellbrink, Wolfgang / Becker, Ulrich / Leibfried, Stephan (Hrsg.): Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats. Bundessozialgericht und Sozialstaatsforschung. Erich Schmidt Verlag, Berlin, S. 223 – 245.
- Ihringer K. / Russ, N. / Walther, Andreas / Schiff, Jan-H. (2013): Anästhesiologische Besonderheiten der Trisomie 21 (Down-Syndrom). In: Forst, H. /

Fuchs-Buder, T. / Heller, A. R. / Weigand, M. (Hrsg.): Weiterbildung Anästhesiologie. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 177 – 187.

IMPAK (2020): Stellungnahme des IMPAK-Forschungsprojektes zur Corona-Pandemie und der Situation von Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen. <https://www.ew.uni-hamburg.de/ueber-die-fakultaet/personen/beck/files/stellungnahme-impak-corona-und-komplexe-beeintraechtigung.pdf> (online, abgerufen am 10.02.2021).

International Health Conference (2002): Constitution of the World Health Organization. 1946. In: Bulletin of the World Health Organization, Jg. 80, Nr. 12, S. 983 – 984.

Jessen, Andrea (2020): Erhöhtes Risiko bei COVID-19. Alter, Vorerkrankung, Demenz. In: Heilberufe, Jg. 72, Nr. 5, S. 18 – 19.

Kaifie, A. / Romero Starke, K. / Kämpf, D. / Tautz, A. / Petereit-Haack, G. / Angerer, P. / Seidler, A. (2020): IKKA-Score zur Vereinheitlichung der Beurteilung des individuellen Risikos durch SARS-CoV-2. In: ASU. Zeitschrift für medizinische Prävention, Jg. 55, S. 763 – 769.

Karagiannidis, Christian / Mostert, Carina / Hentschker, Corinna / Voshaar, Thomas / Malzahn, Jürgen / Schillinger, Gerhard / Klauber, Jürgen / Janssens, Uwe / Marx, Gernot / Weber-Carstens, Steffen / Kluge, Stefan / Pfeiffer, Michael / Grabenhenrich, Linus / Welte, Tobias / Busse, Reinhard (2020): Case Characteristics, Resource Use, and Outcomes of 10.021 Patients with COVID-19 Admitted to 920 German Hospitals. An Observational Study. In: The Lancet Respiratory Medicine, Jg. 8, Nr. 9, S. 853-862.

Kartoglu, Umit / O'Donnell, Kevin / Vesper, James (2020): COVID-19 and the Need for Robust Risk Control Strategies. Can ICH-Q9 Help? In: GXP, Jg. 24, Nr. 4, S. 1 – 16.

Kessler, Eva-Marie / Strumpfen, Sarina / Kricheldorf, Cornelia / Franke, Annette / Pantel, Johannes / Gellert, Paul (2020): Partizipation und soziale Teilhabe älterer Menschen trotz Corona-Pandemie ermöglichen. Gemeinsames Statement der Sektionen für Geriatrische Medizin (II), Sozial- und Verhaltenswissenschaftliche Gerontologie (III), Soziale Gerontologie und Altenhilfe (IV) der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG e.V.). https://www.dggg-online.de/fileadmin/aktuelles/covid-19/20200424_DGGG_Statement_Sektionen_II_III_IV_Soziale_Teilhabe_und_Partizipation.pdf (online, abgerufen am 10.02.2021).

Kim, Dongwan / Lee, Joo-Yeon / Yang, Jeong-Sun / Kim, Jun Won / Kim, V. Narry / Chang, Hyesik (2020): The Architecture of SARS-CoV-2 Transcriptome. In: Cell, Jg. 181, Nr. 4, S. 914 – 921.

- Kirby, Tony (2020): Evidence Mounts on the Disproportionate Effect of COVID-19 on Ethnic Minorities. In: The Lancet Respiratory Medicine, Jg. 8, S. 547 – 548.
- Klenk, Christoffer / Albrecht, Julia / Nagel, Siegfried (2019): Social Participation of People with Disabilities in Organized Community Sport. A Systematic Review. In: German Journal of Exercise and Sport Research, Jg. 49, Nr. 4, S. 365 – 380.
- Klompas, Michael / Baker, Meghan A. / Rhee, Chanu (2020): Airborne Transmission of SARS-CoV-2. Theoretical Considerations and Available Evidence. In: JAMA, Jg. 324, Nr. 5, S. 441 – 442.
- Köbsell, Swantje (2015): Ableism. In: Attia, Iman / Köbsell, Swantje / Prasad, Nivedita (Hrsg.): Dominanzkultur reloaded. Neue Texte zu gesellschaftlichen Machtverhältnissen und ihren Wechselwirkungen. transcript, Bielefeld, S. 21 – 34.
- Kompetenznetz Public Health COVID 19 (2020): Verschärfen COVID-19 Pandemie und Infektionsschutzmaßnahmen die gesundheitlichen Ungleichheiten? https://www.publichealthcovid19.de/images/2020/Ergebnisse/Hintergrundpapier_SozUngl_COVID19_final.pdf (online, abgerufen am 10.02.2021).
- Kostanjsek, Nenad (2011): Use of The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a Conceptual Framework and Common Language for Disability Statistics and Health Information System. In: BMC Public Health, Jg. 11, Suppl. 4, S. 3.
- Kostka, Jacqueline / Olukcu, Sema / Rathmann, Katharina (2019): Medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung. Aktuelle Herausforderungen. https://www.armutundgesundheit.de/fileadmin/user_upload/Kongress/Kongress_2019/Online-Doku_2019/67_Kostka_Olukcu_Rathmann.pdf (online, abgerufen am 10.02.2021).
- Kramer, Victoria / Papazova, Irina / Thoma, Andreas / Kunz, Miriam / Falkai, Peter / Schneider-Axmann, Thomas / Hierundar, Anke / Wagner, Elias / Hasan, Alkomiet (2020): Subjective Burden and Perspectives of German Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic. In: European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, Advance online publication.
- Kühn, Hagen (1993): Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA. Edition Sigma, Berlin.

- Kugler, Michaela / Baumann, Grete / Bruder, Ralph / Hodek, Lene / Niehaus, Mathilde / Sinn-Behrendt, Andrea (2015): Bausteine für ein vernetztes Alternsmanagement. Ergebnisse des Projekts „Gesund und qualifiziert älter werden in der Automobilindustrie – Partizipation und Inklusion von Anfang an (PINA)“. Technische Universität Darmstadt / Universität zu Köln, Darmstadt / Köln.
- Kugler, Michaela / Sinn-Behrendt, Andrea / Bruder, Ralph / Baumann, Grete / Hodek, Lene / Niehaus, Mathilde (2016): Empowering Corporate Ageing Management by Interconnecting Existing Data. A Case Study from the German Automotive Industry. In: Deml, Barbara / Stock, Patricia / Bruder, Ralph / Schlick, Christopher Marc (Hrsg.): Advances in Ergonomic Design of Systems, Products and Processes. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 431 – 450.
- Kuhlmey, Adelheid / Schaeffer, Iris (Hrsg.) (2008): Alter, Gesundheit und Krankheit. Huber, Bern.
- Lange, Janine / Linckh, Caroline / Rock, Joachim / Schabram, Greta / Ziegler, Lea (2020): Der Paritätische Teilhabebericht 2020. Teilhabe und Geschlecht im frühen und mittleren Erwachsenenalter (im Rahmen des Projekts „Teilhabeforschung: Inklusion wirksam gestalten“). Der Paritätische Gesamtverband, Berlin.
- Lara, Elvira / Martín-María, Natalia / De la Torre-Luque, Alejandro / Koyanagi, Ai / Vancampfort, Davy / Izquierdo, Ana / Miret, Marta (2019): Does Loneliness Contribute to Mild Cognitive Impairment and Dementia? A Systematic Review and Metaanalysis of Longitudinal Studies. Ageing Research Reviews, Jg. 52, S. 7 – 16.
- Lau-Ng, Rossana / Caruso, Lisa B. / Perls, Thomas. T. (2020): COVID-19 Deaths in Longterm Care Facilities. A Critical Piece of the Pandemic Puzzle. Journal of the American Geriatrics Society, Jg. 68, Nr. 9, S. 1895 – 1898.
- Le Couteur, David G. / Anderson, Rozalyn M. / Newman, Anne. B. (2020): COVID-19 Through the Lens of Gerontology. Journals of Gerontology, Jg. 75, Nr. 9, S. 119 – 120.
- Leopoldina (2020): Coronavirus-Pandemie. Medizinische Versorgung und patientennahe Forschung in einem adaptiven Gesundheitssystem.
https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2020_05_27_Stellungnahme_Corona_Gesundheitssystem.pdf (online, abgerufen am 10.02.2021).

- Lichtenstein, Bronwen (2020): From "Coffin Dodger" to "Boomer Remover". Outbreaks of Ageism in Three Countries with Divergent Approaches to Coronavirus Control. In: The Journals of Gerontology, Advance online publication.
- Lippke, Sonia / Renneberg, Babette (2006): Konzepte von Gesundheit und Krankheit. In: Renneberg, Babette / Hammelstein, Philipp (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Springer, Berlin, S. 7 – 12.
- Lippke, Sonia / Ricken, Lea / Zschucke, Elisabeth / Hessel, Aike / Schüz, Natalie (2020a): Gesundheit und Lebenszufriedenheit bei Erwerbsminderungsrentnern und -rentnerinnen. Die Bedeutung von finanziellen Ressourcen und Einsamkeit. In: Die Rehabilitation, Jg. 59, Nr. 6, S. 341 - 347.
- Lippke, Sonia / Schüz, Natalie / Zschucke, Elisabeth (2020b): Temporary Disability Pension, RTW-Intentions, and RTW-Behavior. Expectations and Experiences of Disability Pensioners over 17 Months. In: International Journal of Environmental Research and Public Health, Jg.17, Nr. 1, S. 238.
- Lippke, Sonia / Fischer, Marie A. / Ratz, Tiara (2021a): Physical Activity, Loneliness, and Meaning of Friendship in Young Individuals. A Mixed-Methods Investigation Prior to and During the COVID-19 Pandemic with Three Cross-sectional Studies. In: Frontiers in Psychology, Advance online publication.
- Lippke, Sonia / Dahmen, A. / Gao, L. / Guza, E. / Nigg, C. R. (2021b). To what extent is internet activity predictive of psychological well-being? Psychology Research and Behavior Management (unveröffentlicht).
- Lorenz-Dant, Klara (2020): International Examples of Measures to Support Unpaid Carers During the COVID-19 Pandemic. <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/06/International-measures-to-support-unpaid-carers-in-manage-the-COVID19-situation-17-June.pdf> (online, abgerufen am 10.02.2021).
- Luhmann, Maike / Hawkley, Louise C. (2016): Age Differences in Loneliness From Late Adolescence to Oldest Old Age. In: Developmental Psychology, Jg. 52, Nr. 6, S. 943 – 959.
- Lund, Emily M. (2020): Interpersonal Violence Against People with Disabilities. Additional Concerns and Considerations in the COVID-19 Pandemic. In: Rehabilitation Psychology, Jg. 65, Nr. 3, S. 199 – 205.
- Lund, Emily M. / Forber-Pratt, Anjali. J. / Wilson, Catherine / Mona, Linda R. (2020). The COVID-19 Pandemic, Stress, and Trauma in the Disability Community. A Call to Action. In: Rehabilitation Psychology, Jg. 65, Nr. 4, S. 313 – 322.

- Luthe, Ernst-Wilhelm (2007): Begriff und Gegenstand des Rehabilitationsrechts. In: SGB, Nr. 8/2007, S. 454 – 467.
- Macdonald, Birthe / Hülür, Gizem (2020): Well-Being and Loneliness in Swiss Older Adults during the COVID-19 Pandemic. The Role of Social Relationships. In: Gerontologist, Jg. XX, Nr. XX, S. 1 – 11.
- Mayring, Philipp (1991): Die Erfassung subjektiven Wohlbefindens. In: Abele, Andrea / Becker, Peter (Hrsg.): Wohlbefinden. Theorie, Empirie, Diagnostik. Juventa, Weinheim, S. 51 – 71.
- Meisner, Brad A. (2020): Are You OK, Boomer? Intensification of Ageism and Inter-generational Tensions on Social Media Amid COVID-19. In: Leisure Sciences, Special Issue.
- Meyer, Thorsten / Posthumus, Elain (2020): Ergebnisse der COVID-19 Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. (DGRW). In: Rehabilitation, Jg. 59, Nr. 5, S. 315 – 317.
- Michna, Horst / Peters, Christiane / Schönfelder, Frauke / Wacker, Elisabeth / Zalfen, Birgit (2007): KompAs – Kompetentes Altern sichern. Gesundheitliche Prävention für Menschen mit Behinderung im späten Erwachsenenalter. Lebenshilfe-Verlag, Marburg.
- Mikolai, Júlia / Keenan, Katherine / Kulu, Hill (2020): Intersecting Household Level Health and Socio-Economic Vulnerabilities and the COVID-19 Crisis. An Analysis from the UK. In: SSM Population Health, Jg. 12.
- Miller, Edward A. (2020): Protecting and Improving the Lives of Older Adults in the COVID-19 Era. In: Journal of Aging & Social Policy, Jg. 32, Nr. 4–5, S. 297 – 309.
- Monahan, Caitlin / Macdonald, Jamie / Lytle, Ashley / Apriceno, MaryBeth / Levy, Sheri R. (2020): COVID-19 and Ageism. How Positive and Negative Responses Impact Older Adults and Society. In: American Psychologist, Jg. 75, Nr. 7, S. 887 – 896.
- Morrow-Howell, Nancy / Galucia, Natalie / Swinford, Emma (2020): Recovering from the COVID-19 Pandemic: A Focus on Older Adults. In: Journal of Aging & Social Policy, Jg. 32, Nr. 4–5, S. 526 – 535.
- Mund, Marcus / Freuding, Maren M. / Möbius, Kathrin / Horn, Nicole / Neyer, Franz J. (2020): The Stability and Change of Loneliness Across the Life Span. A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. In: Personality and Social Psychology Review, Jg. 24, Nr. 1, S. 24 – 52.

- Naegele, Gerhard / Olbermann, Eelke / Kuhlmann, Andrea (2016): Teilhabe im Alter gestalten. Springer VS, Wiesbaden.
- Niehaus, Mathilde / Bauer, Jana Felicitas (2015): Sag ich's oder sag ich's nicht? Konstruktion einer Entscheidungshilfe (Decision Aid) für Arbeitnehmer mit einer chronischen Erkrankung zum „Coming Out“ am Arbeitsplatz. In: Das Gesundheitswesen, Jg. 77, Nr. 8/9.
- Niehaus, Mathilde / Vater, Gudrun (2014a): Herausforderungen durch psychische Belastungen und Beanspruchungen am Arbeitsplatz wirksam begegnen. In: Windmuth, Dirk / Jung, Detlev / Petermann, Olaf (Hrsg.): Psychische Erkrankungen im Betrieb. Eine Orientierungshilfe für die Praxis. Universum Verlag, Wiesbaden, S. 185 – 206.
- Niehaus, Mathilde / Vater, Gudrun (2014b): Psychische Erkrankungen und betriebliche Wiedereingliederung. In: Angerer, Peter / Glaser, Jürgen / Gündel, Harald / Henningsen, Peter / Lahmann, Claas / Letzel, Stephan / Nowak, Dennis (Hrsg.): Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit. Wissenschaft, Erfahrungen, Lösungen aus Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und psychosomatischer Medizin. Ecomed Medizin, Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg, S. 220 – 230.
- Noel, Kimberly / Ellison, Brooke (2020): Inclusive Innovation in Telehealth. In: npj Digital Medicine, Jg. 3, Nr. 89.
- OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) (2019): Health at a Glance 2019. OECD Indicators. OECD Publishing, Paris.
- Oppermann, Dagmar (2018): Kommentierung zu § 42 SGB IX. In: Hauck, Karl / Noftz, Wolfgang (Hrsg.): Kommentar SGB IX, Stand 12/2018. Erich Schmidt Verlag, Berlin.
- Ouslander, Joseph G. / Grabowski, David C. (2020): COVID-19 in Nursing Homes: Calming the Perfect Storm. In: Journal of the American Geriatrics Society. Jg. 68, S. 2153 – 2162.
- Patel, Khushboo (2020): Mental Health Implications of COVID-19 on Children with Disabilities. In: Asian Journal of Psychiatry, Jg. 54.
- Peacock, Georgina / Moore, Cynthia / Uyeki, Timothy (2012): Children With Special Health Care Needs and Preparedness. Experiences from Seasonal Influenza and the 2009 H1N1 Influenza Pandemic. In: Disaster Medicine and Public Health Reparedness, Jg. 6,; Nr. 2, S. 91 – 93.

- Pels, Fabian / Kleinert, Jens (2016): Loneliness and Physical Activity. A Systematic Review. In: International Review of Sport and Exercise Psychology, Jg. 9, Nr. 1, S. 231 – 260.
- Penninkilampi, Ross / Casey, Anne-Nicole / Singh, Maria Fiatarone / Brodaty, Henry (2018): The Association between Social Engagement, Loneliness, and Risk of Dementia. A Systematic Review and Meta-Analysis. In: Journal of Alzheimer's Disease, Jg. 66, Nr. 4, S. 1619 – 1633.
- Pinquart, Martin / Sorensen, Silvia (2001): Influences on Loneliness in Older Adults. A Meta-Analysis. Basic and Applied Social Psychology, Jg. 23, Nr. 4, S. 245 – 266.
- Pranata, Raymond / Lim, Michael A. / Yonas, Emir / Vania, Rachel / Lukito, Antonia A. / Budi Siswanto, Bambang / Meyer, Markus (2020): Body Mass Index and Outcome in Patients with COVID-19. A Dose-Response Meta-Analysis. In: Diabetes & Metabolism, Advance online publication.
- Proesmans, Marijke / Vreys, M. / Huenaerts, E. / Haest, Elke / Coremans, Sanne / Vermeulen, F. / Feys, Hilde (2015): Respiratory Morbidity in Children with Profound Intellectual and Multiple Disability. In: Pediatric Pulmonology, Jg. 50, Nr. 10, S. 1033 – 1038.
- Quenzel, Gudrun / Schaeffer, Doris (2016): Health Literacy. Gesundheitskompetenz vulnerabler Personengruppen. Universität Bielefeld, Bielefeld.
- Radboud University Medical Center (2020): Sterker op eigen benen (Factsheet Nr.4: COVID-19 in intellectual disabilities). Radboud University Medical Center, Nijmegen.
- Radoschewski, Michael (2000): Gesundheitsbezogene Lebensqualität. Konzepte und Maße. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 43, Nr. 3, S. 165 – 189.
- Rangel, J. Cristian / Ranade, Sudit / Sutcliffe, Penny / Mykhalovskiy, Eric / Gastaldo, Denise / Eakin, Joan (2020): COVID-19 Policy Measures. Advocating for the Inclusion of the Social Determinants of Health in Modelling and Decision Making. In: Journal of Evaluation in Clinical Practice, Jg. 26, Nr. 4, S. 1078 – 1080.
- Reynolds, Laurinda (2020): The COVID-19 Pandemic Exposes Limited Understanding of Ageism. In: Journal of Aging & Social Policy, Jg. 32, Nr. 4-5, S. 499 – 505.

- RKI (Robert Koch-Institut) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.
- RKI (Robert Koch Institut) (2020a): Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.%20html?nn=13490888 (online, abgerufen am 19.03.2020).
- RKI (Robert Koch Institut) (2020b): Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen und für den öffentlichen Gesundheitsdienst (V.16). https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Alten_Pflegeeinrichtung_Empfehlung.html (online, abgerufen am 17.01.2021).
- Rödler, Peter (2020): Totale Institution. Die Renaissance der geschlossenen Unterbringung im Zuge der Corona Pandemie? In: Behindertenpädagogik, Jg. 59, Nr. 4, S. 345 – 358.
- Röhr, Susanne / Müller, Felix / Jung, Franziska / Apfelbacher, Christian / Seidler, Andreas / Riedel-Heller, Steffi G. (2020): Psychosoziale Folgen von Quarantänemaßnahmen bei schwerwiegenden Coronavirus-Ausbrüchen. Ein Rapid Review. In: Psychiatrische Praxis, Jg. 47, Nr. 4, S. 179 – 189.
- Rogers, Mary Am / Lemmen, Kelsey / Kramer, Rachel / Mann, Jason / Chopra, Vineet (2017): Internet-Delivered Health Interventions that Work. Systematic Review of Meta-Analyses and Evaluation of Website Availability. In: Journal of medical Internet research, Jg. 19, Nr. 3, e90.
- Roling, Gudrun / Sesselmann, Yves / Fleischer, Steffen / Beutner, Katrin / Behrens, Johann / Luck, Tobias / Lupp, Melanie / Riedel-Heller, Steffi G. (2012): Handlungsanleitung für die Durchführung präventiver Hausbesuche. Problembereiche, praxisorientierte Untersuchungsinstrumente und Vorschläge für Interventionen. In: Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften Jg. 11, Nr. 2, S. 1 – 73.
- Rowe, John W. / Kahn, Robert L. (1997): Successful Aging. In: The Gerontologist, Jg. 37, Nr. 4, S. 433 – 440.
- Rüsch, Nicolas / Herland-Graf, Martina / Berg-Peer, Janine (2021): Das Stigma psychischer Erkrankung. Strategien gegen Ausgrenzung und Diskriminierung. Elsevier, München.

- Safari, Reza / Jackson, Jessica / Sheffield, David (2020): Digital Self-Management Interventions for People with Osteoarthritis. Systematic Review with Meta-Analysis. In: Journal of Medical Internet Research, Jg. 22, Nr. 7, e15365.
- Saxton, Marsha / Curry, Mary Ann / Powers, Laurie E. / Maley, Susan / Eckels, Karyl / Gross, Jacqueline (2001): "Bring My Scooter so I Can Leave You". A Study of Disabled Women Handling Abuse by Personal Assistance Providers. In: Violence Against Women, Jg. 7, Nr. 4, S. 393 – 417.
- Saxton, Marsha / McNeff, Elisabeth / Powers, Laurie E. / Curry, Mary Ann / Limont, Mark / Benson, Jack (2006): We're All Little John Waynes. A Study of Disabled Men's Experience of Abuse by Personal Assistants. In: Journal of Rehabilitation, Jg. 72, Nr. 4, S. 3 – 13.
- Schaeffer, Doris / Büscher, Andreas (2009): Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung. Empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 42, Nr. 6, S. 441 – 451.
- Schaeffer, Doris / Vogt, Dominique / Berens, Eva-Maria / Hurrelmann, Klaus (2016): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht. www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf; Stand: 15.11.2017 (online, abgerufen am 10.02.2021).
- Scherer, Michael / von Freyburg, Alexander / Brücher, Björn / Jamall, Ijaz S. / Schmidt, Annette (2020): COVID-19. SARS-CoV-2 Susceptibility in Healthcare Workers. Cluster Study at a German Teaching Hospital. In: 4open, Jg. 3, Nr. 6, S. 1 – 9.
- Schülle, Miriam (2016): Barrieren der Barrierefreiheit. Gesundheitsversorgung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. Teil 1 - Empirische Erkenntnisse. https://www.reha.recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_D/2016/D33_2016_Gesundheitsversorgung_fuer_Menschen_mit_geistiger_und_mehrfacher_Behinderung_Teil_1.pdf (online, abgerufen am 10.02.2021).
- Schulz-Nieswandt, Frank (2006): Alternsformen, Lebenserwartung und Altersstrukturen behinderter Menschen – unter besonderer Berücksichtigung angeborener Formen geistiger Behinderung. In: Krueger, Fritz / Degen, Johannes (Hrsg.): Das Alter behinderter Menschen. Lambertus, Freiburg, S. 147 – 191.
- Schuntermann, Michael F. (2009): Einführung in die ICF. Grundkurs – Übungen – offene Fragen. ecomed, Beck, Landsberg.

- Schur, Lisa A. / Ameri, Mason / Kruse, Douglas (2020): Telework After COVID. A "Silver Lining" for Workers with Disabilities? In: Journal of Occupational Rehabilitation, Jg. 30, Nr. 4, S. 521 – 536.
- Schwarzer, Ralf / Lippke, Sonia / Luszczynska, Aleksandra (2011): Mechanisms of Health Behavior Change in Persons With Chronic Illness or Disability. The Health Action Process Approach (HAPA). In: Rehabilitation Psychology, Jg. 56, Nr. 3, S. 161 – 170.
- Schweitzer, Jan (2021): Coronavirus im Pflegeheim. Pfleglicher Umgang. In: Die Zeit, Nr. 5/2021. <https://www.zeit.de/2021/05/coronavirus-pflegeheim-altenheim-pflegekraft-infektion> (online, abgerufen am 18.02.2021).
- Seidel, Michael (2009): Behinderte Menschen überfordern das Krankenhaus. In: Neue Caritas, Nr. 13/2009.
- Seitzer, Philipp / Dins, Timo / Busch, Maria / Grüter, Lena / Stommel, Theresa / Fischer-Suhr, Julia / Sungen, Ingeborg / Naumann, Michaela / Keeley, Caren (2020): COVID-19 und Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung (Stellungnahme des Lehrstuhls Pädagogik und Rehabilitation für Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung der Universität zu Köln im April 2020 zur Vulnerabilität des Personenkreises). In: Teilhabe, Jg. 59, Nr. 2, S. 50 – 54.
- Sen, Amartya (1993): Capability and Well-Being. In: Nussbaum, Martha / Sen, Amartya (Hrsg.): The Quality of Life. Clarendon Press, Oxford, S. 30 – 53.
- Senanayake, Buddhika / Wickramasinghe, Sumudu I. / Chatfield, Mark D. / Hansen, Julie / Edirippulige, Sisira / Smith, Anthony C. Smith (2019): Effectiveness of Text Messaging Interventions for the Management of Depression. A Systematic Review and Meta-Analysis. In: Journal of Telemedicine and Telecare, Jg. 25, Nr. 9, S. 513-523.
- Settersen, Richard A. Jr. / Bernardi, Laura / Härkönen, Juho / Antonucci, Toni C. / Dykstra Pearl A. / Heckhausen, Jutta / Kuh, Diana / Mayer, Karl Ulrich / Moen, Phyllis / Mortimer, Jeylan T. / Mulder, Clara H. / Smeeding, Timothy M. / van der Lippe, Tanja / Hagestad, Gunhild, O. / Kohli, Martin / Levy, René / Schoon, Ingrid / Thomson, Elizabeth (2020): Understanding the Effects of Covid-19 Through a Life Course Lens. In: Advances in Life Course Research, Jg. 45.
- Shao, Yang / Shao, Ying / Fei, Jian-Ming (2020): Psychiatry Hospital Facing COVID-19. From Medical Staff to Patients. Brain, Behavior, and Immunity, Jg. 88, S. 947.

- Shi, Yudong / Wang, Juan / Yang, Yating / Wang, Zhiqiang / Wang, Guoqing / Hashimoto, Kenji / Zhang, Kai / Liu, Huanzhong (2020): Knowledge and Attitudes of Medical Staff in Chinese Psychiatric Hospitals Regarding COVID-19. In: Brain, Behavior, and Immunity, Jg. 4. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666354620300296?via%3Dihub> (online, abgerufen am 19.02.2021).
- Shovestul, Bridget / Han, Jiayin / Germine, Laura / Dodell-Feder, David (2020): Risk Factors for Loneliness. The High Relative Importance of Age Versus Other Factors. In: PloS One, Jg.15, Nr. 2. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0229087> (online, abgerufen am 19.02.2021).
- Shvedko, Anastasia V. / Thompson, Janice L. / Greig, Carolyn A. / Whittaker, Anna C. (2018): Physical Activity Intervention for Loneliness (PAIL) in Community-Dwelling Older Adults. Protocol for a Feasibility Study. Pilot and Feasibility Studies, Jg. 4, Nr. 1. <https://pilotfeasibilitystudies.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40814-020-00587-0> (online, abgerufen am 19.02.2021).
- Slater, Helen / Campbell, Jared M. / Stinson, Jennifer N. / Burley, Megan M. / Briggs, Andrew M. (2017): End User and Implementer Experiences of mHealth Technologies for Noncommunicable Chronic Disease Management in Young Adults. Systematic Review. In: Journal of Medical Internet Research, Jg. 19, Nr. 12, e406.
- Smith, Kimberley / Gavey, Shannon / Riddell, Natalie E. / Kontari, Panagiota / Victor, Christina (2020): The Association Between Loneliness, Social Isolation and Inflammation. A Systematic Review and Meta-analysis. In: Neuroscience & Biobehavioral Reviews, Nr. 112, S. 519 – 541.
- Solomon, Mildred Z. / Wynia, Matthew K. / Gostin, Lawrence O. (2020): Covid-19 Crisis Triage. Optimizing Health Outcomes and Disability Rights. In: New England Journal of Medicine, Jg. 383, Nr. 5.
- Somsen, G. Aernout / van Rijn, Cees / Kooij, Stefan / Bern, Reinout A. / Bonn, Daniel (2020): Small Droplet Aerosols in Poorly Ventilated Spaces and SARS-CoV-2 Transmission. In: The Lancet Respiratory Medicine, Jg. 8, Nr. 7, S. 658 – 659.
- Stancliffe, Roger J. / Bigby, Christine / Balandin, Susan / Wilson, Nathan J. / Craig, Diane (2015): Transition to Retirement and Participation in Mainstream Community Groups Using Active Mentoring. A Feasibility and Outcomes Evaluation with a Matched Comparison Group. In: Journal of Intellectual Disability Research, Jg. 59, Nr. 8, S. 703 – 718.

- Steffen, Petra / Blum, Karl (2012): Defizite in der Versorgung. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 109, Nr. 17, S. 860 – 862.
- Steinhart, Ingmar (2018): Gesundheit, Komorbidität und medizinische Versorgung aus Sicht von Klientinnen und Klienten der Eingliederungshilfe. In: Sozialpsychiatrische Informationen, Jg. 48, Nr. 4, S. 20 – 24.
- Stockmann, Jörg (2020): Eine Klinik für ALLE. In: Orientierung, Nr. 4/2020, S. 27 – 28.
- Stokes, Jeffrey E. / Patterson, Sarah E. (2020): Intergenerational Relationships, Family Caregiving Policy, and COVID-19 in the United States. In: Journal of Aging & Social Policy, Jg. 32, Nr. 4–5, S. 416 – 424.
- Taupitz, Jochen (2020): Verteilung medizinischer Ressourcen in der Corona-Krise. Wer darf überleben? In: Medizinrecht, Jg. 38, S. 440 – 450.
- Tempelmann, Anke / Kolpatzik, Kai / Ehrenreich, Heidi / Ströing, Miriam / Hans, Christian (2019): Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Pflege. Das Projekt QualiPEP. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 62, S. 296 – 303.
- Tempelmann, Anke / Ströing, Miriam / Ehrenreich, Heidi / Kolpatzik, Kai / Hans, Christian (2020): QualiPEP – Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege. In: Jacobs, Klaus / Kuhlmeier, Adelheid / Greß, Stefan / Klauber, Jürgen / Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Springer, Berlin, Heidelberg, S. 103 – 112.
- The WHOQoL Group (1994): The Development of the WHO Quality of Life Assessment Instrument. In: Orley, John / Kuyken, Willem (Hrsg.): Quality of Life Assessment. International Perspectives (Proceedings of the Joint-Meeting Organized by the World Health Organization and the Foundation IPSEN in Paris, July 2–3). Springer, Berlin, Heidelberg, S. 41 – 57.
- Thimm, Antonia / Rodekohl, Bianca / Dieckmann, Prof. Dr. Friedrich / Haßler, Thereisa (2018): Wohnsituation Erwachsener mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe und Umzüge im Alter. www.lwl.org/spur-down-load/pdf/mutig.pdf (online, abgerufen am 19.03.2020).
- Turk, Margaret A. / Landes, Scott D. / Formica, Margaret K. / Gross, Katherine D. (2020): Intellectual and Developmental Disability and COVID-19-Case-Fatality Trends. TriNetX analysis. In: Disability and Health Journal, Jg. 13, Nr. 3.

- Turk, Margaret A. / McDermott, Suzanne (2020): The Covid-19 Pandemic and People with Disability. In: Disability and Health Journal, Jg. 13, Nr. 3.
- van den Broek, Thijs / Tosi, Marco (2020): The More the Merrier? The Causal Effect of High Fertility on Later-Life Loneliness in Eastern Europe. In: Social Indicators Research, Jg. 149, Nr. 1, S. 1 – 16.
- van Dyk, Silk / Graefe, Stefanie / Haubner, Tine (2020): Das Überleben der „Anderen“. Alter in der Pandemie. In: Blätter für deutsche und internationale Politik, Nr. 5/2020, S. 33 – 36.
- Van Tilburg, Theo G. / Steinmetz, Stephanie / Stolte, Elske / Van der Roest, Henriëtte / de Vries, Daniel H. (2020): Loneliness and Mental Health during the COVID-19 Pandemic: A Study among Dutch Older Adults. In: J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 2020 Aug 5.
- Vancampfort, Davy / Hallgren, Mats / Schuch, Felipe B. / Stubbs, Brendon / Smith, Lee / Rosenbaum, Simon / Firth, Joseph / van Damme, Tine / Koyanagi, Ai (2020): Sedentary Behavior and Depression Among Community-Dwelling Adults Aged ≥ 50 Years. Results from the Irish Longitudinal Study on Ageing. In: Journal of Affective Disorders, Nr. 262, S. 389 – 396.
- Verity, Robert / Okell, Lucy C. / Dorigatti, Ilaria / Winskill, Peter / Whittaker, Charles / Imai, Natsuko / Cuomo-Dannenburg, Gina / Thompson, Hayley / Walker, Patrick G. T. / Fu, Han / Dighe, Amy / Griffin, Jamie T. / Baguelin, Marc / Bhatia, Sangeeta / Boonyasiri, Adhiratha / Cori, Anne / Cucunubá, Zulma / FitzJohn, Rich / Gaythorpe, Katy / Green, Will / Hamlet, Arran / Hinsley, Wes / Laydon, Daniel / Nedjati-Gilani, Gemma / Riley, Steven / Van Elsland, Sabine / Volz, Erik / Wang, Haowei / Wang, Yuanrong / Xi, Xiaoyue / Donnelly, Prof. Christl A. / Ghani, Prof. Azra C. / Fergusn, Prof. Neil M. (2020): Estimates of the Severity of Coronavirus Disease 2019: A Model-Based Analysis. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30243-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30243-7) (online, abgerufen am 10.02.2021).
- von Kondratowitz, Hans-Joachim (2008): Alter, Gesundheit und Krankheit aus historischer Perspektive. In: Kuhlmei, Adelheid, Schaeffer, Iris (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Huber, Bern, S. 64 - 81.
- Wacker, Elisabeth (2005): Alter und Teilhabe. Grundsatzfragen und Aufgaben der Rehabilitation. In: Wacker, Elisabeth / Bosse, Ingo / Dittrich, Torsten / Niehoff, Ulrich / Schäfers, Markus / Wansing, Gudrun / Zalfen, Birgit (Hrsg.): Teilhabe. Wir wollen mehr als nur dabei sein. Lebenshilfe-Verlag, Marburg, S. 337 – 366.

- Wacker, Elisabeth (2013): Versorgung und Inklusion behinderter Menschen in lokalen Strukturen. In: Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.): Kommunale Gesundheitslandschaften. Springer VS, Wiesbaden, S. 243 – 261.
- Wacker, Elisabeth (2016): Beeinträchtigung – Behinderung – Teilhabe für alle. Neue Berichterstattung der Bundesregierung zur Teilhabe im Licht der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 59, Nr. 9, S. 1093 – 1102.
- Wacker, Elisabeth (2018): Von Normalitätsidealen zur inklusiven Gesellschaft. In: Quenzel, Gudrun / Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Handbuch Bildungsarmut. Springer VS, Wiesbaden, S. 717 – 742.
- Wacker, Elisabeth (2019a): Leben in Zusammenhängen. Behinderung erfassen und Teilhabe messen. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Jg. 69, Nr. 6-7, S. 12 – 18.
- Wacker, Elisabeth (2019b): Mehr Teilhabe bei Beeinträchtigungen!? Zehn Jahre Diskurse zu Inklusion, Partizipation, Exklusion. In: merz medien + erziehung. Zeitschrift für Medienpädagogik, München, Jg. 63, Nr. 5, S. 9-16.
- Wacker, Elisabeth (2020): Teilhabefokus und Soziologie Sozialer Probleme. Eine Erkundung zu Forschungspotenzialen am Beispiel der Behinderungsfrage. In: Soziale Probleme, Jg. 31, Nr. 1-2, S. 103 – 122.
- Wacker, Elisabeth / Wetzler, Rainer / Frings, Stefanie (2010): Delphi-Studie zu Gesundheitsförderung und Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen. In: Sachverständigenkommission 13. Kinder und Jugendbericht (Hrsg.): Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Verlag DJI, München, S. 311 – 370.
- Wahl, Hans-Werner (2017): Die neue Psychologie des Alterns. Überraschende Erkenntnisse über unsere längste Lebensphase. Kösel, München.
- Waldschmidt, Anne (1998): Flexible Normalisierung oder stabile Ausgrenzung. Veränderungen im Verhältnis Behinderung und Normalität. In: Soziale Probleme, Jg. 9, Nr. 1, S. 3 – 25.
- Walter, Tonio (2020): Menschlichkeit oder Darwinismus? Zu Triage-Regeln und ihren Gründen. In: Goltdammers Archiv 2020, Jg. 167, Nr. 11, S. 656-677.
- Warren, Narelle / Manderson, Lenore (2013): Reframing Disability and Quality of Life. Contextual Nuances. In: Warren, Narelle / Manderson, Lenore (Hrsg.): Reframing Disability and Quality of Life. A Global Perspective. Springer, Dordrecht, New York, S. 1 – 16.

- Waßer, Ursula (2020): Die Zuständigkeitsklärung in §§ 14, 15 SGB IX nach dem neuen Bundesteilhabegesetz (BTHG). In: Sozialrecht aktuell, Sonderheft 2020, S. 182 – 198.
- Weisser, Jan (2005): Behinderung, Ungleichheit und Bildung. Eine Theorie der Behinderung. transcript, Bielefeld.
- Welti, Felix (2020): Sozial- und Gesundheitspolitik: Lernen aus Erfahrungen. Das deutsche Gesundheitswesen im Lichte der Corona-Krise. In: Soziale Sicherheit, Jg. 69, Nr. 4, S. 124-128.
- WHO World Health Organization (1946): Constitution of the World Health Organization. 1946. International Health Conference. In: Bull World Health Organ. 2002; 80(12): 983–984.
- WHO (World Health Organization) (1980): International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41003/9241541261_eng.pdf;jsessionid=F691935E78DAD94ECE9D88251BB4BC92?sequence=1 (online, abgerufen am 10.02.2021).
- WHO (World Health Organization) (1981): Global Strategy for Health for All by the Year 2000. <https://www.who.int/publications/i/item/9241800038> (online, abgerufen am 09.02.2021).
- WHO (World Health Organization) (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf (online, abgerufen am 09.02.2021).
- WHO (World Health Organization) (1997): Jakarta-Erklärung.
https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_german.pdf (online, abgerufen am 09.02.2021).
- WHO (1998): Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946. Geneva, Switzerland 1948.
- WHO (2020): Disability Considerations During the COVID-19 Outbreak.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332015/WHO-2019-nCov-Disability-2020.1-eng.pdf> (online, abgerufen am 10.02.2021)
- Williams, Gemma A. / Cyclus Jonathan / Roubal, Tomáš / Ong, Paul / Barber, Sarah (2019): Sustainable Health Financing with an Ageing Population. Will

Population Ageing Lead to Uncontrolled Health Expenditure Growth? WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen.

Willner, Paul / Rose, John / Stenfort Kroese, Biza / Murphy, Glynis H. / Langdon, Peter E. / Clifford, Claire / Hutchings, Hayley / Watkins, Alan / Hiles, Steve / Cooper, Vivien (2020): Effect of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Carers of People with Intellectual Disabilities. In: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, Jg. 33, Nr. 6, S. 1523-1533.

Winterholler, Martin (2019): Medizinische Zentren für Menschen mit Behinderung (MZEB) Verbesserung in der Versorgungslandschaft für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung durch den §119c SGB V?. <https://bag-mzeb.de/wp-content/uploads/2019/04/Verbesserung-in-der-Versorgungs%C2%ADland%C2%ADschaft-f%C3%BCr-Menschen-mit-geistiger-und-mehr%C2%ADfacher-Behinderung-durch-den-%C2%A7119c-SGB-V.pdf> (online, abgerufen am 10.02.2021).

Wolfschmidt, Anna / Ochmann, Uta / Nowak, Dennis / Drexler, Hans (2020): IKKA-Score zur Vereinheitlichung der Beurteilung des individuellen Risikos durch SARS-CoV-2. In: ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed, Jg. 55, Nr. 12, S. 760-765.

Zentrum für Inklusion, Stadtteilentwicklung, Sozialraumorientierte Arbeit und Beratung e.V. (2019): Evaluation des Modellprojektes „Gesundheit 25*“ der ev. Stiftung Alsterdorf – Abschlussbericht. https://www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de/wp-content/uploads/2020/06/Evaluationsbericht_Gesundheit-25.pdf (online, angerufen am 10.02.2021).

Zhang, Jiaoyue / Kong, Wen / Xia, Pengfei / Xu, Ying / Li, Li / Li, Qin / Yang, Li / Wei, Qi / Wang, Hanyu / Li, Huiqing / Zheng, Juan / Sun, Hui / Xia, Wenfang / Liu, Geng / Zhong, Xueyu / Qiu, Kangli / Li, Yan / Wang, Han / Wang, Yuxiu / Song, Xiaoli / Liu, Hua / Xiong, Si / Liu, Yumei / Cui, Zhenhai / Hu, Yu / Chen, Lulu / Pan, An / Zeng, Tianshu (2020). Impaired Fasting Glucose and Diabetes are related to Higher Risks of Complications and Mortality among Patients with Coronavirus Disease 2019. In: Frontiers in endocrinology, Jg. 11, Nr. 525, S. 1 – 11.

Zhou, Shuang-Jiang / Zhang, Li-Gang / Wang, Lei-Lei / Guo, Zhao-Chang / Wang, Jing-Qi / Chen, Jin-Cheng / Liu, Mei / Chen, Xi / Chen, Jing-Xu (2020): Prevalence and Socio-Demographic Correlates of Psychological Health Problems in Chinese Adolescents during the Outbreak of COVID-19. In: European Child & Adolescent Psychiatry, Jg. 29, Nr. 6, S. 749 – 758.

- Ziegelmann, Jochen P. / Lippke, Sonia (2007): Use of Selection, Optimization, and Compensation Strategies in Health Self-Regulation. Interplay With Resources and Successful Development. Journal of Aging and Health, Jg. 19, Nr.3, S. 500 – 518.
- Zimmermann, Till (2020): Ärzte in Zeiten von Corona: Wer stirbt zuerst? in: Legal Tribune Online, https://www.lto.de/persistent/a_id/40967 (online, abgerufen am 17.01.2021).
- Zirten, Heike / Lutz, Petra / Staupe, Gisela / Macho, Thomas (2003): Der (im-) perfekte Mensch. Metamorphosen von Normalität und Abweichung. Böhlau, Köln.

9 Freizeit, Kultur und Sport

i

Faktenblatt „Freizeit, Kultur und Sport“

Menschen mit Beeinträchtigungen sollen genauso gut wie Menschen ohne Beeinträchtigungen an allgemeinen Angeboten der Freizeit, der Kultur und des Sports teilnehmen können und ihren Bedürfnissen entsprechende Angebote vorfinden. Die in den Statistiken erkennbaren, zum Teil deutlichen Unterschiede zeigen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen vielfältig benachteiligt sind:

- Insgesamt zeigt sich in allen betrachteten Bereichen, dass unter den Menschen mit Beeinträchtigungen ein größerer Anteil die vorhandenen Angebote zur Freizeitgestaltung nicht nutzt beziehungsweise nutzen kann – seien es Reisen, eigene Aktivitäten oder der Besuch von Veranstaltungen.
- Der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen (27 %), der nie einen Ausflug oder eine kurze Reise unternimmt, ist mehr als doppelt so groß als der von Menschen ohne Beeinträchtigungen (12 %).
- Während 72 % der Menschen ohne Beeinträchtigungen jährlich eine mindestens einwöchige Urlaubsreise unternehmen, sind es bei den Menschen mit Beeinträchtigungen mit 52 % erheblich weniger.
- 63 % der Menschen mit Beeinträchtigungen sind nie musisch oder künstlerisch aktiv. Unter Menschen ohne Beeinträchtigungen sind dies 52 %.
- Monatlich besuchen 13 % der Menschen mit Beeinträchtigungen populärkulturelle Veranstaltungen, verglichen mit 29 % der Menschen ohne Beeinträchtigungen.
- Klassisch-kulturelle Veranstaltungen werden von 16 % der Menschen mit Beeinträchtigungen monatlich besucht. Dies ist bei 21 % der Menschen ohne Beeinträchtigungen der Fall.
- 55 % der Menschen mit Beeinträchtigungen treiben nie Sport, während dies bei Menschen ohne Beeinträchtigungen 33 % sind.
- Die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen betätigt sich unabhängig von vorliegenden Beeinträchtigungen neben dem Schulsport aktiv. 39 % der Kinder und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen sind nie

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

sportlich aktiv, bei Kindern und Jugendlichen ohne Beeinträchtigungen beträgt der Anteil 27 %.

- Der Großteil der Menschen mit Beeinträchtigungen (66 %) und der Menschen ohne Beeinträchtigungen (69 %) ist (sehr) zufrieden mit ihrer Freizeit.
- Von den 18 bis 49-jährigen Menschen mit Beeinträchtigungen sind 15 % mit ihrer Freizeitgestaltung unzufrieden, unter den Gleichaltrigen ohne Beeinträchtigungen beträgt der Anteil 7 %. Bei den 80-jährigen und älteren Menschen beträgt der Anteil der mit ihrer Freizeitgestaltung Unzufriedenen 9 %, wenn sie Beeinträchtigungen haben und 3 %, wenn sie keine haben.
- Im Jahr 2018 wurden circa 75.700 Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben sowie circa 16.200 andere Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gezählt.

Freizeit ist die Zeit, über die frei verfügt und die selbstbestimmt gestaltet werden kann, da sie nicht durch fremdbestimmte Verpflichtungen oder zweckgebundene Tätigkeiten geprägt ist (Opaschowski 1997). In welchem Umfang Zeit für selbstbestimmte Aktivitäten besteht, hängt davon ab, wie viel individuell gestaltbare Zeit nach Erwerbsarbeit, Familien- beziehungsweise Hausarbeit oder auf das Lernen oder die Ausbildung verwendeter Zeit verbleibt.

In dieser freien Zeit können Menschen sozialen, sportlichen, kulturellen, kreativen, bildenden und rekreativen Aktivitäten individuell oder gemeinschaftlich nachgehen (Lamprecht / Stamm 1994). Dem Lebensbereich Freizeit wird dabei ein hoher Stellenwert für die Persönlichkeitsentwicklung beigemessen, gleichwertig mit den Lebensbereichen Arbeit, Wohnen und Bildung. Zudem hat die Freizeitgestaltung ein großes Potenzial für Inklusionsprozesse, da „gerade in der Freizeit aufgrund der relativen Freiheit von Zwängen und Leistungsdruck Begegnungen“ (Niehoff 2006: 408) zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen möglich sind. Indem Freizeitaktivitäten in vielfältigen sozialen Zusammenhängen stattfinden, erweitern sie den möglichen Spielraum sozialer Teilhabe (Mörth 2005).

Zwar haben Menschen mit Beeinträchtigungen grundsätzlich die gleichen Bedürfnisse, ihre Freizeit wie Menschen ohne Beeinträchtigungen selbstbestimmt zu gestalten, gleichzeitig müssen sie aber mit besonderen Hindernissen kämpfen. So kann es sein, dass weniger Zeit zur Freizeitgestaltung zur Verfügung steht, weil

mehr Zeit für gesundheitliche Belange oder für die Verrichtung alltäglicher Dinge benötigt wird. Zudem kann gewünschten Freizeitaktivitäten gegebenenfalls nicht oder nur mit Schwierigkeiten nachgegangen werden, wenn Veranstaltungsorte nicht barrierefrei erreichbar, zugänglich oder nutzbar sind. Weitere Hindernisse können darin liegen, dass benötigte Informationen über Freizeitangebote nicht barrierefrei gestaltet sind oder dass durch ihre Nutzung Kosten entstehen, die das individuell verfügbare Einkommen nicht abdeckt. Schließlich kann eine selbstbestimmte Freizeitgestaltung auch dadurch erschwert werden, dass sie nicht allein organisiert werden kann, eine Begleitung beziehungsweise Assistenz aber nicht vorhanden ist (Markowetz 2006).

Nach Artikel 30 UN-BRK sollen Menschen mit Beeinträchtigungen die gleichen Chancen zur wunschgemäßen Freizeitgestaltung haben wie Menschen ohne Beeinträchtigungen. Möglichkeiten zur Entfaltung des kreativen, künstlerischen und intellektuellen Potenzials müssen ebenso gegeben sein wie die gleichberechtigte Teilnahme an Erholungs-, Freizeit- und Sportaktivitäten. Hierfür muss der Staat geeignete Maßnahmen ergreifen. Die UN-BRK bezieht in die zu ergreifenden Maßnahmen für eine gleichberechtigte Teilnahme an Erholungs-, Freizeit- und Sportaktivitäten Kinder mit Behinderungen ausdrücklich mit ein (Artikel 30 Absatz 5d UN-BRK). Enge Bezugspunkte ergeben sich zwischen Artikel 30 und Artikel 8 UN-BRK. Artikel 8 UN-BRK fordert, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um in der gesamten Gesellschaft das Bewusstsein für Menschen mit Behinderungen zu schärfen sowie die Achtung ihrer Rechte zu fördern, Klischees und Vorurteile gegenüber Menschen mit Behinderungen zu bekämpfen und das Bewusstsein für ihre Fähigkeiten zu fördern.

i**Artikel 8 UN-BRK: Bewusstseinsbildung**

(1) Die Vertragsstaaten verpflichten sich, sofortige, wirksame und geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um a) in der gesamten Gesellschaft, einschließlich auf der Ebene der Familien, das Bewusstsein für Menschen mit Behinderungen zu schärfen und die Achtung ihrer Rechte und ihrer Würde zu fördern; b) Klischees, Vorurteile und schädliche Praktiken gegenüber Menschen mit Behinderungen, einschließlich aufgrund des Geschlechts oder des Alters, in allen Lebensbereichen zu bekämpfen; c) das Bewusstsein für die Fähigkeiten und den Beitrag von Menschen mit Behinderungen zu fördern.

(2) Zu den diesbezüglichen Maßnahmen gehören a) die Einleitung und dauerhafte Durchführung wirksamer Kampagnen zur Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit mit dem Ziel, i) die Aufgeschlossenheit gegenüber den Rechten von Menschen mit Behinderungen zu erhöhen, ii) eine positive Wahrnehmung von Menschen mit Behinderungen und ein größeres gesellschaftliches Bewusstsein ihnen gegenüber zu fördern, iii) die Anerkennung der Fertigkeiten, Verdienste und Fähigkeiten von Menschen mit Behinderungen und ihres Beitrags zur Arbeitswelt und zum Arbeitsmarkt zu fördern; b) die Förderung einer respektvollen Einstellung gegenüber den Rechten von Menschen mit Behinderungen auf allen Ebenen des Bildungssystems, auch bei allen Kindern von früher Kindheit an; c) die Aufforderung an alle Medienorgane, Menschen mit Behinderungen in einer dem Zweck dieses Übereinkommens entsprechenden Weise darzustellen; d) die Förderung von Schulungsprogrammen zur Schärfung des Bewusstseins für Menschen mit Behinderungen und für deren Rechte.

Artikel 30 UN-BRK: Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport

(1) Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen, gleichberechtigt mit anderen am kulturellen Leben teilzunehmen, und treffen alle geeigneten Maßnahmen, um sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen a) Zugang zu kulturellem Material in zugänglichen Formaten haben; b) Zugang zu Fernsehprogrammen, Filmen, Theatervorstellungen und anderen kulturellen Aktivitäten in zugänglichen Formaten haben; c) Zugang zu Orten kultureller Darbietungen oder Dienstleistungen, wie Theatern, Museen, Kinos, Bibliotheken und Tourismusdiensten, sowie, so weit wie möglich, zu Denkmälern und Stätten von nationaler kultureller Bedeutung haben.

(2) Die Vertragsstaaten treffen geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit zu geben, ihr kreatives, künstlerisches und intellektuelles Potenzial zu entfalten und zu nutzen, nicht nur für sich selbst, sondern auch zur Bereicherung der Gesellschaft.

(3) Die Vertragsstaaten unternehmen alle geeigneten Schritte im Einklang mit dem Völkerrecht, um sicherzustellen, dass Gesetze zum Schutz

von Rechten des geistigen Eigentums keine ungerechtfertigte oder diskriminierende Barriere für den Zugang von Menschen mit Behinderungen zu kulturellem Material darstellen.

(4) Menschen mit Behinderungen haben gleichberechtigt mit anderen Anspruch auf Anerkennung und Unterstützung ihrer spezifischen kulturellen und sprachlichen Identität, einschließlich der Gebärdensprachen und der Gehörlosenkultur.

(5) Mit dem Ziel, Menschen mit Behinderungen die gleichberechtigte Teilnahme an Erholungs-, Freizeit- und Sportaktivitäten zu ermöglichen, treffen die Vertragsstaaten geeignete Maßnahmen, a) um Menschen mit Behinderungen zu ermutigen, so umfassend wie möglich an breitensportlichen Aktivitäten auf allen Ebenen teilzunehmen, und ihre Teilnahme zu fördern; b) um sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit haben, behinderungsspezifische Sport- und Erholungsaktivitäten zu organisieren, zu entwickeln und an solchen teilzunehmen, und zu diesem Zweck die Bereitstellung eines geeigneten Angebots an Anleitung, Training und Ressourcen auf der Grundlage der Gleichberechtigung mit anderen zu fördern; c) um sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu Sport-, Erholungs- und Tourismusstätten haben; d) um sicherzustellen, dass Kinder mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen Kindern an Spiel-, Erholungs-, Freizeit- und Sportaktivitäten teilnehmen können, einschließlich im schulischen Bereich; e) um sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu Dienstleistungen der Organisatoren von Erholungs-, Tourismus-, Freizeit- und Sportaktivitäten haben.

Im Zuge der ersten Staatenprüfung empfiehlt der Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen, dass blinde und sehbehinderte Menschen in ihrer kulturellen Freizeitgestaltung bessere Zugänge zu veröffentlichten Werken zu ermöglichen sind (DRPD 2015). Der *Bericht der Zivilgesellschaft zur Umsetzung der UN-BRK* (BRK-Allianz 2013: 71) weist auf bestehende Barrieren in Museen, bei Ausstellungen und anderen kulturellen Veranstaltungen sowie auf weiterhin meist getrennt stattfindende sportliche Aktivitäten hin. Der barrierefreie Tourismus stellt eine weitere Herausforderung dar. Hier müssen verschiedene Angebote zu

einer barrierefreien Kette miteinander verknüpft werden, um die An- und Abreise und die gewünschten Aktivitäten vor Ort barrierefrei erreichbar und nutzbar zu machen. Bei der Planung einer Reise müssen die Informationen hierüber vollständig und verlässlich sein.

Im folgenden Kapitel wird die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen unter den folgenden Aspekten behandelt:

- Freizeitgestaltung: Für die Bereiche Erholung und Reisen, kulturelle Aktivitäten und Sport ist getrennt voneinander zu beleuchten, wie sich die Freizeitgestaltung von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen darstellt.
- Barrierefreiheit: Eine wesentliche Voraussetzung für eine selbstbestimmte Freizeitgestaltung ist ein barrierefreier Zugang zu entsprechenden Aktivitäten und Angeboten. Inwiefern Menschen mit Beeinträchtigungen mit besonderen Barrieren im Hinblick auf die Gestaltung ihrer Freizeitaktivitäten konfrontiert sind, ist daher von zentralem Interesse.
- Unterstützung der Freizeitgestaltung: Darüber hinaus wird dargestellt, welche Unterstützungsmöglichkeiten zur Gestaltung von Freizeitaktivitäten für Menschen mit Beeinträchtigungen zur Verfügung stehen und in welchem Umfang diese in Anspruch genommen werden.

In der abschließenden Zusammenfassung werden folgende Leitfragen beantwortet:

1. Menschen mit Beeinträchtigungen sollen genauso wie Menschen ohne Beeinträchtigungen an allgemeinen Angeboten der Freizeit, der Kultur und des Sports teilnehmen können und ihren Bedürfnissen entsprechende Angebote vorfinden. Sind in den Statistiken in dieser Hinsicht Einschränkungen erkennbar?
2. Allgemeine Angebote der Freizeitgestaltung, der Kultur und des Sports sollen möglichst inklusiv ausgestaltet sein. Welche Hinweise gibt es darauf, wie gut dies umgesetzt wird?
3. Besondere Aufmerksamkeit ist Personen mit mehrfachen Benachteiligungen im Sinne von sich überschneidenden Diskriminierungsformen (Intersektionalität) zu widmen. Welche Personengruppen sind im Hinblick auf die Freizeitgestaltung, das kulturelle Leben und den Sport besonders von Einschränkungen betroffen?

9.1 Erholung und Reisen

Die Forderungen aus Artikel 30 Absatz 5 UN-BRK an die Vertragsstaaten, die gleichberechtigte Teilnahme von Menschen mit Behinderungen an Erholungs-, Freizeit- und Sportaktivitäten durch geeignete Maßnahmen zu ermöglichen, beziehen sich auch auf die Erholung und den Tourismus beziehungsweise das Reisen. Wie in anderen Zusammenhängen bedarf es der UN-BRK zufolge auch hier sowohl einer möglichst barrierefreien Zugänglichkeit und Nutzbarkeit allgemeiner Angebote als auch behinderungsspezifischer Angebote, die speziell auf die Bedürfnisse von Menschen mit bestimmten Beeinträchtigungen zugeschnitten sind.

Im April 2019 hat die Bundesregierung Eckpunkte einer nationalen Tourismusstrategie beschlossen. Zu den darin formulierten sechs strategischen Zielen der Bundesregierung in der Tourismuspolitik gehört auch die Gestaltung einer modernen, barrierefreien, verlässlichen sowie nachhaltigen Mobilität und digitalen Infrastruktur, die die Bedürfnisse der Reisenden und die Herausforderungen durch eine Zunahme des Verkehrs berücksichtigen. In einem umfassenden Dialogprozess zwischen Politik, Tourismuswirtschaft, Verbänden und NGOs wurden Handlungsempfehlungen im Bereich „Barrierefreiheit“ diskutiert (BMWi 2021).

In diesem Abschnitt werden alltagsnahe Ausflüge und kurze Reisen sowie längere Urlaubsreisen auf Basis des SOEP voneinander unterschieden und die jeweiligen Teilhabesituationen von Menschen mit Beeinträchtigungen betrachtet.²²⁰

9.1.1 Ausflüge oder kurze Reisen

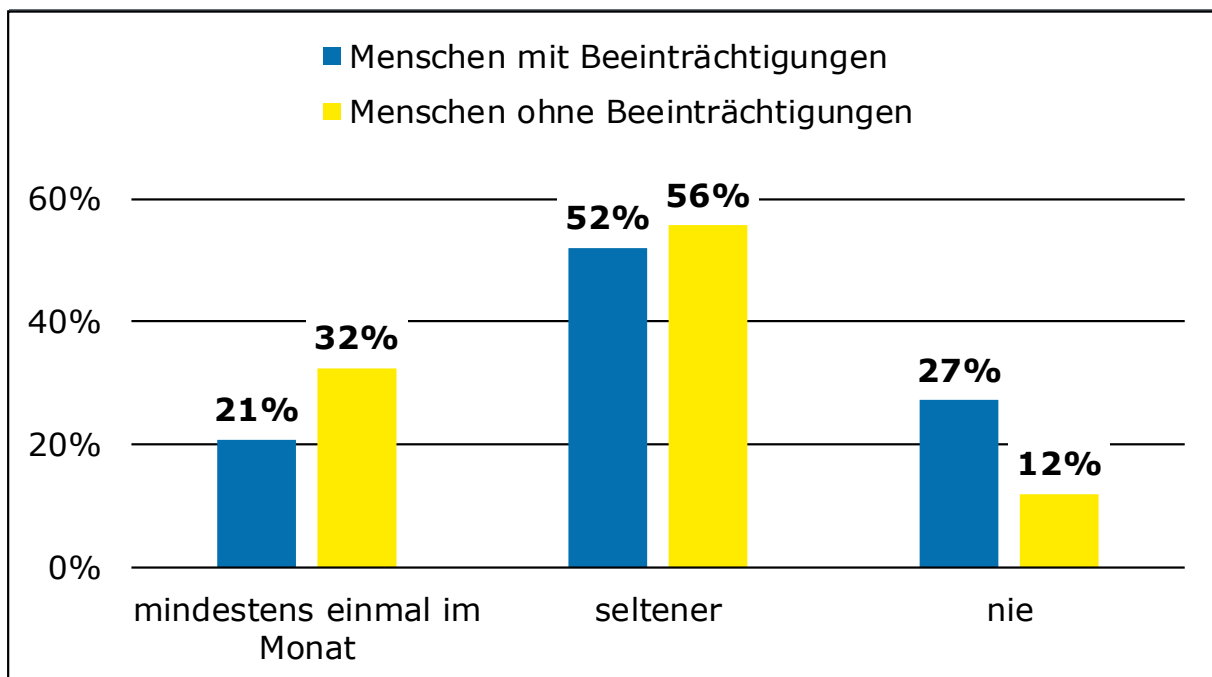
Ausflüge und kurze Reisen sind ein bedeutsamer Teil des Alltagslebens (siehe hierzu Kapitel 6). Sie unterbrechen die Alltagsroutine, dienen der Erholung, der Geselligkeit oder der Gewinnung neuer Eindrücke. Die Häufigkeit, mit der Menschen mit Beeinträchtigungen im Vergleich zu Menschen ohne Beeinträchtigungen Ausflüge und kurze Reisen unternehmen, gibt indirekt darüber Auskunft, ob ihnen diese Aktivitäten in gleicher Weise offenstehen wie Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Menschen mit Beeinträchtigungen unternehmen – die aktuellen verfügbaren Daten stammen aus dem Jahr 2013 – seltener Ausflüge oder kurze Reisen als Menschen ohne Beeinträchtigungen. So machen 21 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen mindestens einmal im Monat einen Ausflug oder eine kurze Reise, bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen sind dies mit 32 Prozent deutlich

²²⁰ Zu weiteren Aspekten des barrierefreien Reisens äußert sich der wissenschaftliche Beirat im Kommentar zu diesem Kapitel.

mehr (Abbildung 102). Ebenso verhält es sich, wenn man die Gruppen der Menschen vergleicht, die nie einen Ausflug oder eine kurze Reise unternehmen: Hier ist der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen mit 27 Prozent mehr als doppelt so groß wie der von Menschen ohne Beeinträchtigungen (12 %).²²¹

Abbildung 102: Ausflüge oder kurze Reisen
Häufigkeit, 2013



Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Der Anteil derjenigen, die keine Ausflüge oder kurze Reisen unternehmen, ist bei Menschen mit Beeinträchtigungen unabhängig vom Geschlecht und Alter immer deutlich größer als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen (Tabelle 115). Es fällt auf, dass geschlechterspezifische Unterschiede bei Menschen mit Beeinträchtigungen stärker ausgeprägt sind als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen: Es gibt deutlich mehr Frauen als Männer mit Beeinträchtigungen, die keine Ausflüge oder kurzen Reisen unternehmen. Sowohl bei Menschen mit als auch bei Menschen ohne Beeinträchtigungen nimmt der Anteil derjenigen, die nie Ausflüge oder kurze Reisen unternehmen, mit dem Lebensalter zu. Bei Menschen mit Beeinträchtigungen ist das allerdings in stärkerem Maße der Fall. Von allen betrachteten Teilgruppen weist die Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen, die 80

²²¹ Im SOEP wurde die Frage nach Ausflügen oder kurzen Reisen zuletzt 2013 erhoben. Auf die Darstellung im Zeitverlauf wird verzichtet.

Jahre alt oder älter sind, den höchsten Anteil an Personen auf, die keine Ausflüge oder kurze Reisen unternehmen (57 %). Besonders groß ist der entsprechende Anteil bei den chronisch kranken Menschen, dort beträgt er 36 Prozent.

Tabelle 115: Keine Ausflüge oder kurze Reisen

nach Geschlecht, Alter und Teilgruppen der Beeinträchtigungen, 2013

	Menschen mit Beeinträchtigungen	Menschen ohne Beeinträchtigungen
Insgesamt	27 %	12 %
Geschlecht		
Männer	23 %	11 %
Frauen	31 %	12 %
Alter		
18 bis 49 Jahre	22 %	9 %
50 bis 64 Jahre	21 %	11 %
65 bis 79 Jahre	24 %	15 %
ab 80 Jahre	57 %	37 %
Teilgruppen der Beeinträchtigungen		
chronisch kranke Menschen (ohne anerkannte Behinderung)	36 %	
GdB unter 50	15 %	
anerkannte Schwerbehinderung	28 %	

Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

9.1.2 Urlaubsreisen

Neben Ausflügen und kurzen Reisen bieten vor allem auch längere Urlaubsreisen für Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen Erholungsmöglichkeiten. Die Anforderungen an die Barrierefreiheit können sich dabei gegebenenfalls erhöhen, da längere Reisen häufig nicht in der direkten Umgebung stattfinden.

Die Hälfte der Menschen mit Beeinträchtigungen (50 %) macht jedes Jahr eine mindestens einwöchige Urlaubsreise. Damit machen deutlich weniger Menschen mit Beeinträchtigungen solche Urlaubsreisen als Menschen ohne Beeinträchtigungen (72 %).²²²

Insbesondere Frauen mit Beeinträchtigungen und Menschen mit chronischen Erkrankungen (ohne anerkannte Behinderung) fahren vergleichsweise selten in den Urlaub (jeweils 47 %;

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

²²² Auswertungen der Prognos AG auf Basis des SOEP, ohne Abbildung.

Tabelle 116). Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) unter 50 fahren, im Vergleich zu anderen Menschen mit Beeinträchtigungen, häufiger in den Urlaub (59 %). Das kann als ein Hinweis darauf gedeutet werden, dass umweltbedingte Barrieren, die mit zunehmender Beeinträchtigung an Bedeutung gewinnen, ein wichtiger Faktor für die geringere Teilnahme von Menschen mit Beeinträchtigungen an Urlauben sind.

Tabelle 116: Jährlich eine mindestens einwöchige Urlaubsreise
nach Geschlecht, Alter und Teilgruppen der Beeinträchtigungen, 2018

	Menschen mit Beeinträchtigungen	Menschen ohne Beeinträchtigungen
Insgesamt	50 %	72 %
Geschlecht		
Männer	53 %	72 %
Frauen	47 %	71 %
Alter		
18 bis 49 Jahre	47 %	70 %
50 bis 64 Jahre	54 %	76 %
ab 65 Jahre	48 %	69 %
Teilgruppen der Beeinträchtigungen		
chronisch kranke Men- schen (ohne an- erkannte Behin- derung)	47 %	
GdB unter 50	59 %	
anerkannte Schwerbehinde- rung	49 %	

Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Eine Online-Umfrage der IUBH Internationale Hochschule weist darauf hin, dass Reisende mit Beeinträchtigungen dieselben Urlaubsinteressen und -wünsche haben wie Menschen ohne Beeinträchtigungen. Für fast alle Menschen mit Beeinträchtigungen ist die Barrierefreiheit bei der Auswahl des Urlaubsortes wichtig oder sehr wichtig. (IUBH 2019)

Eine wachsende Anzahl von, häufig online verfügbaren, Angeboten unterstützen Menschen mit Beeinträchtigungen bei der Organisation von Urlaubsreisen. So war der Verein Tourismus für Alle Deutschland e. V. (NatKo), bis zu seiner Auflösung im Jahr 2019, eine Anlaufstelle bei Fragen rund um die Themen Barrierefreies Reisen und Tourismus für Alle. Der Verein wurde vom Bundesministerium

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

für Gesundheit (BMG) und Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) im Rahmen von Projektzuwendungen gefördert und war der Zusammenschluss der Bundes-Behindertenverbände, die sich mit dem Thema Tourismus beschäftigen.

Einen Beitrag zu den barrierefreien Reisen leisten auch die über 80 gemeinnützigen Familienferienstätten der Bundesarbeitsgemeinschaft Familienerholung. Viele dieser Häuser ermöglichen deutschlandweit die Aufnahme von Familien mit pflegebedürftigen Angehörigen und/oder mit Behinderung. Dabei zielt das Angebot nicht nur auf Barrierefreiheit in Wohn- und Badezimmer, sondern auch auf die Teilnahme an Angeboten der Freizeitgestaltung (BAG FE 2020). Die Bundesarbeitsgemeinschaft Familienerholung und einige Familienferienstätten werden vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert (Bau- und Projektförderung). Ferner listete die Website des Deutschen Jugendherbergswerkes (DJH) im Juni 2020 von rund 450 Häusern 224 als barrierefrei auf, was etwa 50 Prozent entspricht (DJH 2020).

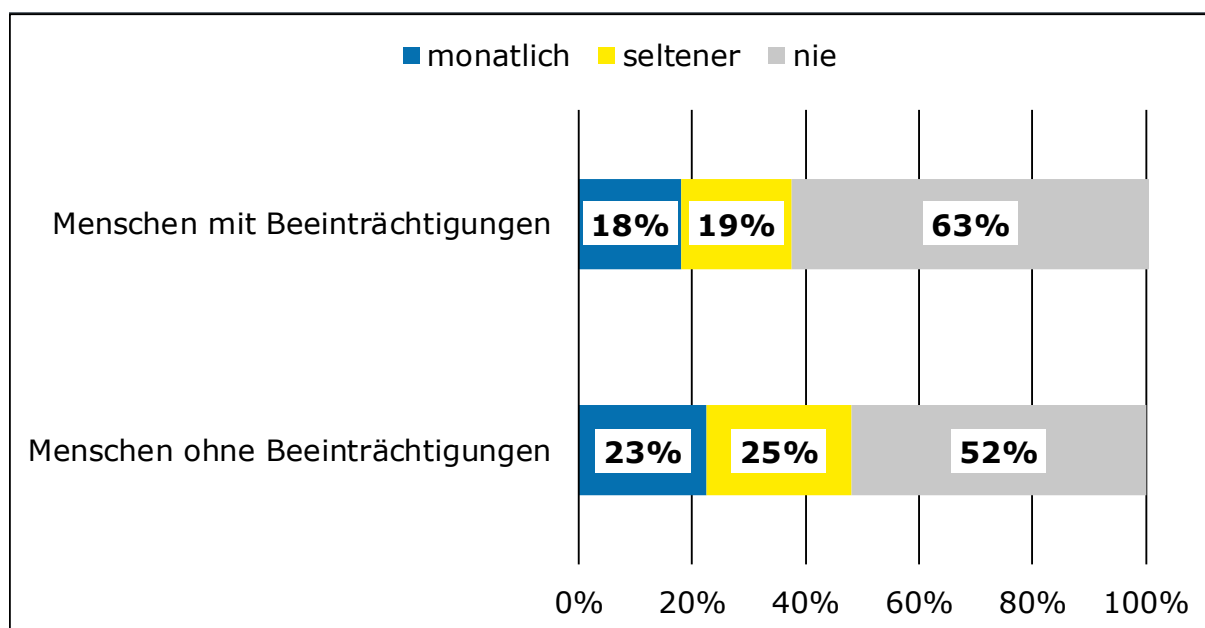
9.2 Kultur

9.2.1 Eigene kulturelle Aktivitäten

Der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die nie musisch oder künstlerisch aktiv sind, ist mit 63 Prozent höher als der entsprechende Anteil der Menschen ohne Beeinträchtigungen (52 %; Abbildung 103).

Abbildung 103: Künstlerische und musische Tätigkeiten

Häufigkeit von Musizieren, Tanzen, Theater, Malen oder Fotografieren, 2017



Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Im Folgenden werden diejenigen, die nie künstlerisch und musisch aktiv sind, differenziert nach Geschlecht, Alter und Teilgruppen der Beeinträchtigungen in den Blick genommen. Von 2013 bis 2017 nahm nicht nur die Zahl der Menschen, die nie künstlerisch oder musisch aktiv sind, zu, auch waren Menschen mit Beeinträchtigungen über alle Teilgruppen hinweg künstlerisch und musisch inaktiver (Tabelle 117). Insbesondere Hochaltrige mit Beeinträchtigungen (75 %), chronisch kranke Menschen (71 %) sowie beeinträchtigte Menschen mit Migrationshintergrund (69 %) waren 2017 nicht künstlerisch oder musisch tätig.

Tabelle 117: Künstlerisch und musisch Inaktive

Menschen, die nie künstlerischen und musischen Tätigkeiten nachgehen, nach Geschlecht, Alter, Teilgruppen der Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund

	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen					
	2013	2015	2017	2013	2015	2017			
Insgesamt	58 %	67 %	63 %	46 %	55 %	52 %			
Geschlecht									
Männer	58 %	68 %	64 %	49 %	59 %	56 %			
Frauen	58 %	67 %	62 %	43 %	52 %	48 %			
Alter									
18 bis 49 Jahre	45 %	59 %	59 %	40 %	52 %	49 %			
50 bis 64 Jahre	53 %	65 %	59 %	48 %	56 %	52 %			
65 bis 79 Jahre	60 %	69 %	65 %	54 %	57 %	54 %			
ab 80 Jahre	82 %	78 %	75 %	72 %	75 %	70 %			
Teilgruppen der Beeinträchtigungen									
chronisch kranke Menschen (ohne anerkannte Behinderung)	66 %	74 %	71 %						
GdB unter 50							47 %	59 %	58 %
anerkannte Schwerbehinderung (GdB ab 50)							59 %	68 %	62 %
Migrationshintergrund									
ohne	56 %	66 %	62 %	45 %	53 %	51 %			
mit	68 %	75 %	69 %	51 %	61 %	56 %			

Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

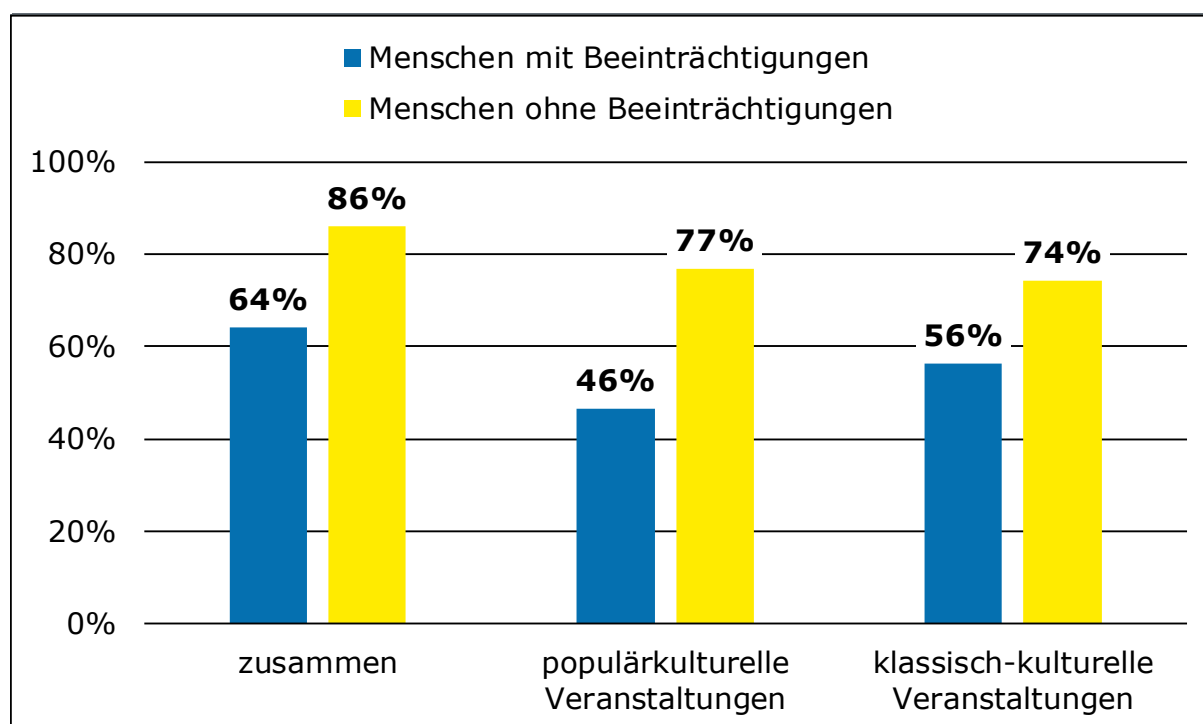
9.2.2 Besuch von kulturellen Veranstaltungen

Im SOEP werden zwei Formen kultureller Veranstaltungen unterschieden:

- populärkulturelle Veranstaltungen wie Kinobesuche, Besuch von Popkonzerten, Tanzveranstaltungen, Discos oder Sportveranstaltungen
- klassisch-kulturelle Veranstaltungen wie z. B. Konzerte, Theater, Vorträge

Werden beide Arten kultureller Veranstaltungen zusammengekommen, so besuchen 64 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen und 86 Prozent der Menschen ohne Beeinträchtigungen kulturelle Veranstaltungen (Abbildung 104). Für beide Veranstaltungsarten sind deutliche Unterschiede zwischen den Anteilen der sie besuchenden Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen erkennbar. Bei populärkulturellen Veranstaltungen beträgt der Unterschied 31 Prozentpunkte, bei klassisch-kulturellen Veranstaltungen 18 Prozentpunkte.

Abbildung 104: Monatliche oder seltenere Besuche von kulturellen Veranstaltungen
2017



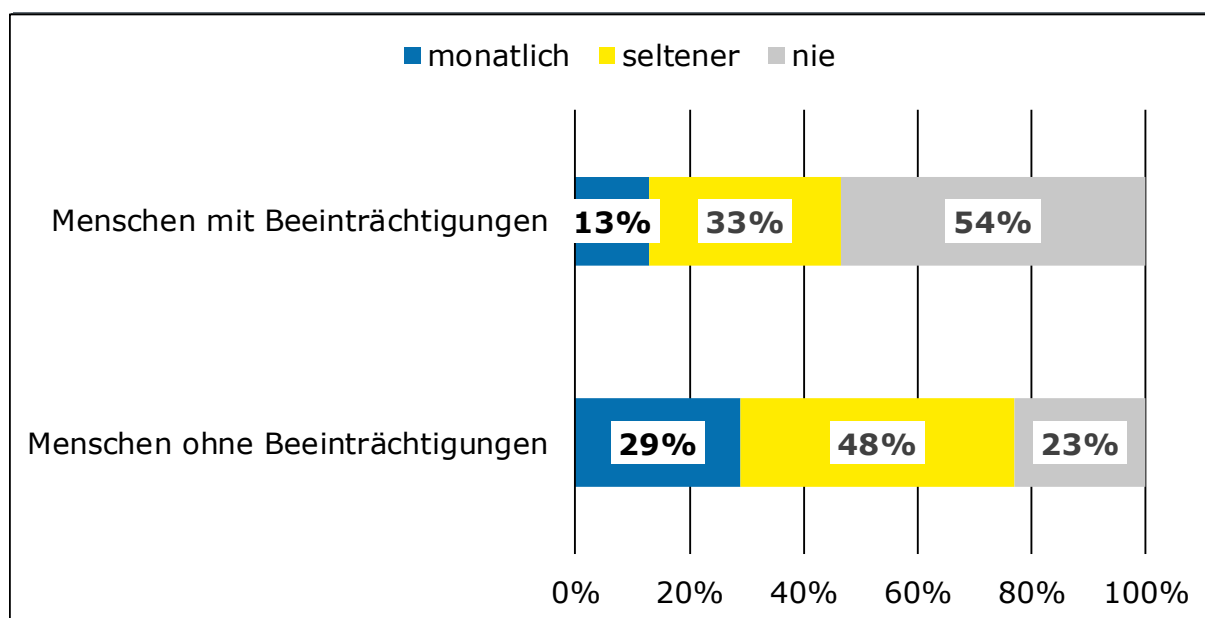
Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Populärkulturelle Veranstaltungen

13 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen besuchen mindestens jede Woche oder jeden Monat populärkulturelle Veranstaltungen, wohingegen dies bei 29 Prozent der Menschen ohne Beeinträchtigungen der Fall ist (Abbildung 105). Mit einem Anteil von 54 Prozent von Menschen mit Beeinträchtigungen, die nie populärkulturelle Veranstaltungen besuchen, ist dieser Anteil mehr als doppelt so hoch wie bei Menschen ohne Beeinträchtigungen (23 %).

Abbildung 105: Besuch von populärkulturellen Veranstaltungen

wie Kino, Popkonzerte, Tanzveranstaltungen, Discos oder Sportveranstaltungen, 2017



Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Frauen mit Beeinträchtigungen (58 %) besuchten 2017 im Gegensatz zu Männern mit Beeinträchtigungen (48 %) deutlich häufiger keine populärkulturellen Veranstaltungen (Tabelle 118). Unter den Teilgruppen der Beeinträchtigungen besuchen insbesondere Menschen mit chronischen Erkrankungen (63 %) sowie Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung (57 %) keine populärkulturellen Veranstaltungen. Auffallend ist, dass der Anteil derjenigen, die nie populärkulturelle Veranstaltungen besuchten, zwischen 2013 und 2017 gesunken ist. Denkbar ist, dass die Hinzurechnung des Besuchs von Sportveranstaltungen in die populärkulturellen Veranstaltungen seit 2015 zu den sinkenden Zahlen geführt hat.

Tabelle 118: Keine Besuche von populärkulturellen Veranstaltungen
nach Geschlecht, Alter, Teilgruppen der Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund*

	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen					
	2013	2015	2017	2013	2015	2017			
Insgesamt	59 %	55 %	54 %	30 %	26 %	23 %			
Geschlecht									
Männer	56 %	52 %	48 %	29 %	24 %	21 %			
Frauen	62 %	57 %	58 %	31 %	28 %	25 %			
Alter									
18 bis 49 Jahre	33 %	30 %	31 %	14 %	14 %	13 %			
50 bis 64 Jahre	49 %	47 %	45 %	33 %	26 %	23 %			
65 bis 79 Jahre	70 %	62 %	62 %	58 %	48 %	41 %			
ab 80 Jahre	89 %	87 %	84 %	84 %	80 %	73 %			
Teilgruppen der Beeinträchtigungen									
chronisch kranke Menschen (ohne anerkannte Behinderung)	65 %	63 %	63 %						
GdB unter 50							44 %	44 %	35 %
anerkannte Schwerbehinderung							62 %	55 %	57 %
Migrationshintergrund									
ohne	58 %	53 %	51 %	29 %	24 %	21 %			
mit	67 %	61 %	66 %	36 %	33 %	28 %			

* Frage inkludiert seit 2015 auch den Besuch von Sportveranstaltungen
Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Zum 1. Januar 2017 trat das novellierte Filmförderungsgesetz (FFG) in Kraft. Förderhilfen für die Herstellung und Digitalisierung von Filmen dürfen gemäß

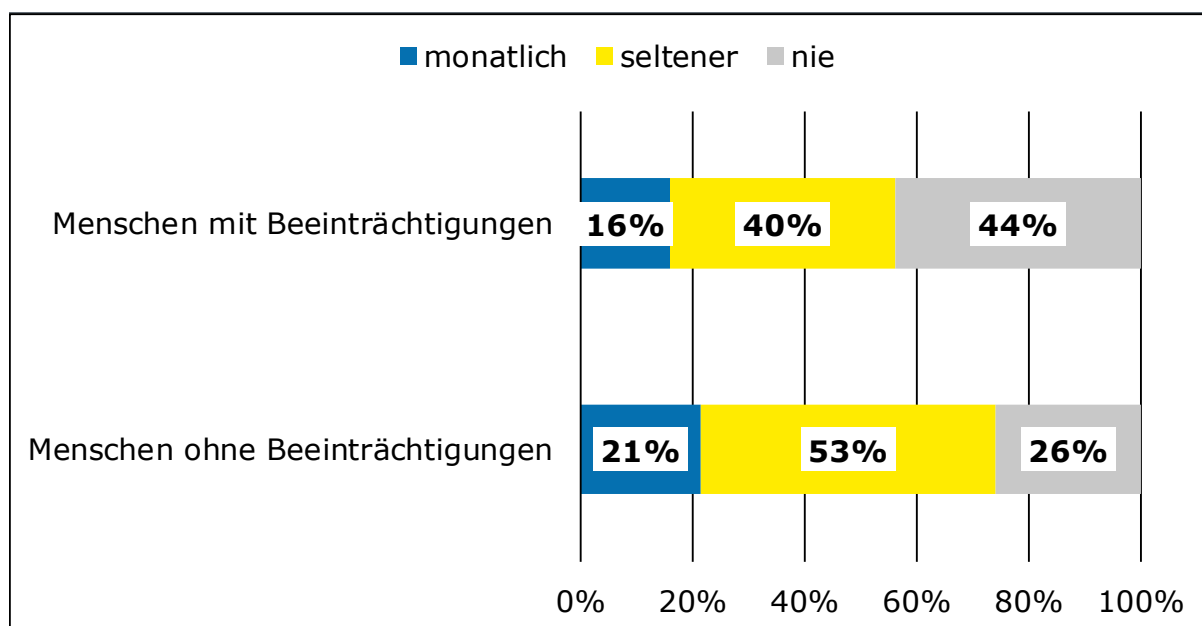
Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

§ 47 FFG nur gewährt werden, wenn bis zur Erstaufführung in einem Kino wenigstens eine Endfassung des Films als barrierefreie Fassung hergestellt wird. Außerdem dürfen Förderhilfen für Kinos und den Absatz von Filmen nur gewährt werden, wenn barrierefreie Fassungen in geeigneter Weise und in angemessenem Maße zugänglich gemacht werden. Der Regierungsentwurf für das neue FFG, das spätestens zum 1. Januar 2022 in Kraft treten wird, trägt der Filmförderungsanstalt zudem auf, künftig bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben auf die Belange von Menschen mit Behinderung hinzuwirken. Der Deutsche Blinden- und Sehbehindertenverband e. V. stellte fest, dass in den letzten Jahren die Anzahl an Hörfilmen deutlich gestiegen sei. Von den 52 FFG-geförderten Filmen im Jahr 2018 seien 30 Filme über ein kinounabhängiges Wiedergabesystem zugänglich gewesen. Diese Filme konnten mit dem eigenen Smartphone über die App *GRETA* mit Audiodeskriptionen und Untertiteln versehen werden. 22 Filme verfügten demgegenüber allerdings zwar über eine Audiodeskription, seien blinden und sehbehinderten Kinobesuchenden faktisch jedoch nicht zugänglich. Außerdem gäbe es weitere Einschränkungen. Dazu gehöre, dass es deutschlandweit nur circa 20 Kinos gibt, die über eine kinoabhängige Wiedergabemöglichkeit verfügen. (DBSV 2019)

Klassisch-kulturelle Veranstaltungen

Im Unterschied zu den Besuchen von populärkulturellen Veranstaltungen unterscheiden sich Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen hinsichtlich der Häufigkeit des Besuchs von klassisch-kulturellen Veranstaltungen nicht so stark voneinander. So gaben 16 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen im Jahr 2017 an, mindestens jeden Monat eine klassisch-kulturelle Veranstaltung zu besuchen. Unter Menschen ohne Beeinträchtigungen waren dies 21 Prozent (Abbildung 106).

Abbildung 106: Besuch von klassisch-kulturellen Veranstaltungen
wie z. B. Konzerte, Theater, Vorträge, 2017



Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Demgegenüber geben 44 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen an, nie klassisch-kulturelle Veranstaltungen zu besuchen. Unter Menschen ohne Beeinträchtigungen waren dies mit 26 Prozent deutlich weniger (Tabelle 119). Männer besuchen unabhängig von einer vorliegenden Beeinträchtigung etwas seltener als Frauen klassisch-kulturelle Veranstaltungen. Insbesondere unter den Menschen mit chronischen Erkrankungen findet sich ein großer Anteil von 51 Prozent, der nie solche Veranstaltungen besucht. Auffallend ist aber auch hier, dass es einen Unterschied im Antwortverhalten von 2013 und 2015 beziehungsweise 2017 gibt, der wahrscheinlich mit den veränderten Fragebeispielen erklärt werden kann (Erläuterungen unter der Tabelle).

Tabelle 119: Keine Besuche von klassisch-kulturellen Veranstaltungen
nach Geschlecht, Alter, Teilgruppen der Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund*

	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen		
	2013	2015	2017	2013	2015	2017
Insgesamt	54 %	45 %	44 %	40 %	29 %	26 %
Geschlecht						
Männer	55 %	48 %	45 %	43 %	30 %	27 %
Frauen	53 %	43 %	42 %	37 %	27 %	24 %
Alter						
18 bis 49 Jahre	60 %	45 %	43 %	42 %	29 %	27 %
50 bis 64 Jahre	50 %	45 %	43 %	39 %	25 %	24 %
65 bis 79 Jahre	47 %	40 %	39 %	36 %	27 %	24 %
ab 80 Jahre	73 %	60 %	57 %	52 %	45 %	37 %
Teilgruppen der Beeinträchtigungen						
chronisch kranke Men- schen (ohne an- erkannte Behin- derung)	64 %	51 %	51 %			
GdB unter 50	41 %	37 %	34 %			
anerkannte Schwerbehinde- rung	55 %	46 %	44 %			
Migrationshintergrund						
ohne	52 %	42 %	40 %	38 %	25 %	23 %
mit	67 %	64 %	61 %	51 %	41 %	36 %

* Frage 2013: Besuch von Veranstaltungen wie Oper, klassische Konzerte, Theater, Ausstellungen
 Frage 2015 und 2017: Besuch von kulturellen Veranstaltungen, z. B. Konzerten, Theater, Vorträgen
 Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

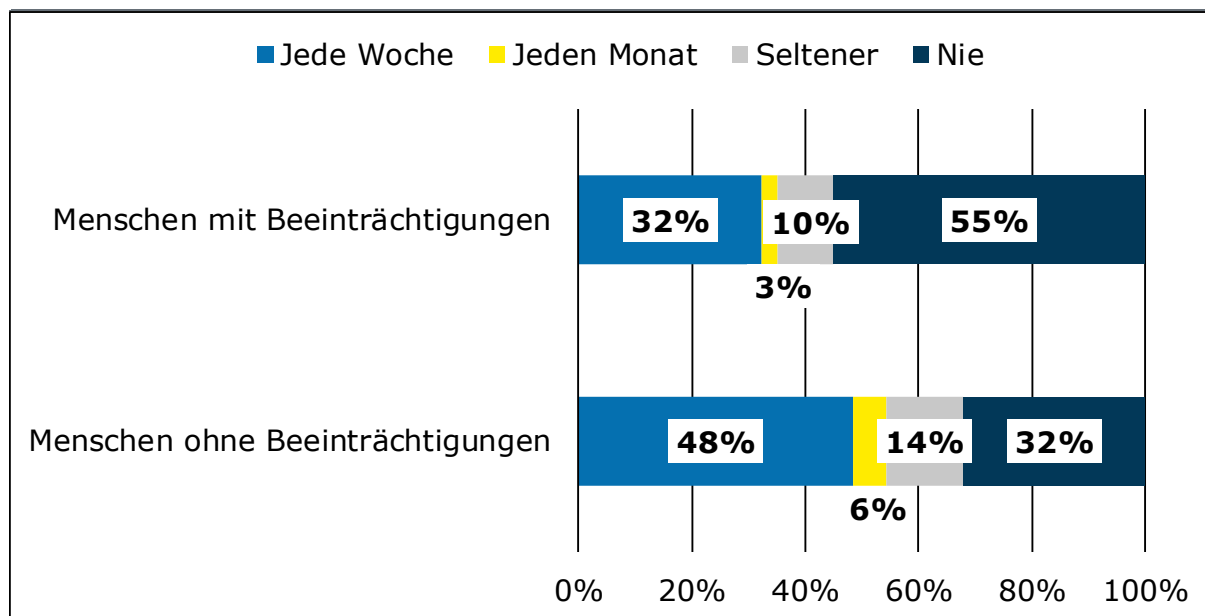
9.3 Sport

Eigene sportliche Aktivitäten

Die Gründe, warum Menschen Sport treiben, sind sehr unterschiedlich: aus Spaß, gesundheitlichen Erfordernissen oder um den gesellschaftlichen Vorstellungen des gesunden und leistungsfähigen Menschen zu entsprechen. Ebenso komplex können die Ursachen sein, weshalb eine Person keinen Sport treibt. Exklusive Sportstätten oder das Gefühl, als Mensch mit Beeinträchtigungen nicht der Leistungsgesellschaft zu entsprechen, können hierfür entscheidend sein.

Etwa ein Drittel der Menschen mit Beeinträchtigungen treibt jede Woche Sport, unter den Menschen ohne Beeinträchtigungen sind dies knapp die Hälfte (Abbildung 107). Dagegen geben 55 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen an, nie Sport zu treiben, während dies bei Menschen ohne Beeinträchtigungen 32 Prozent sind. Der Deutsche Behindertensportverband e. V. sieht insbesondere die fehlenden barrierefreien Sportstätten und Angebote für Menschen mit Behinderungen als Hauptursache für die sportliche Inaktivität von Menschen mit Beeinträchtigungen (DBS 2019b).

Abbildung 107: Sportliche Aktivität
Häufigkeit, 2017*



* Fragestellung: Welche der folgenden Tätigkeiten üben Sie in Ihrer freien Zeit aus? Geben Sie bitte zu jeder Tätigkeit an, wie oft Sie das machen: Aktiver Sport.

Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Männer und Frauen unterscheiden sich in ihren sportlichen Aktivitäten kaum (Tabelle 120). 18- bis 49-Jährige treiben, unabhängig von vorliegenden Beeinträchtigungen, mehr Sport als ältere Menschen. In der Teilgruppe der Beeinträchtigungen sind es, analog zu den kulturellen Aktivitäten, Menschen mit chronischen Erkrankungen, die am wenigsten Sport treiben (63 %).

Tabelle 120: Keine sportliche Aktivität

nach Geschlecht, Alter, Teilgruppen der Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund

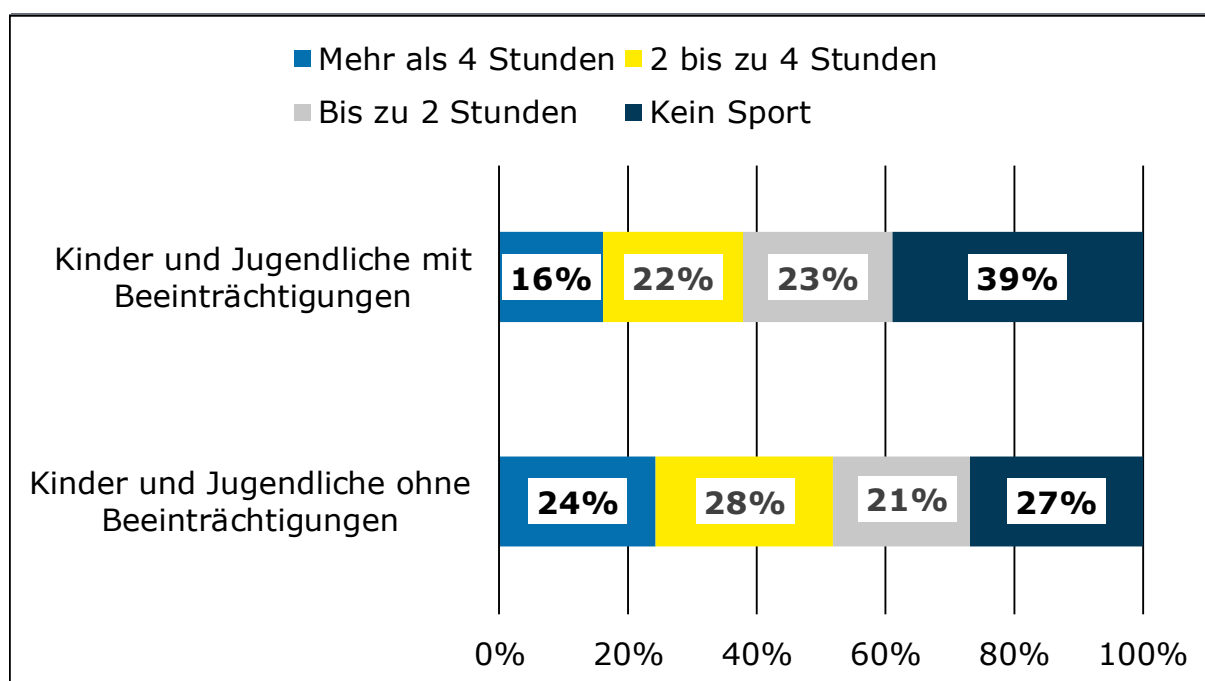
	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen		
	2013	2015	2017	2013	2015	2017
Insgesamt	50 %	57 %	55 %	29 %	34 %	32 %
Geschlecht						
Männer	49 %	57 %	55 %	28 %	33 %	31 %
Frauen	50 %	57 %	56 %	29 %	35 %	34 %
Alter						
18 bis 49 Jahre	37 %	48 %	46 %	22 %	27 %	27 %
50 bis 64 Jahre	44 %	51 %	49 %	31 %	35 %	34 %
65 bis 79 Jahre	51 %	57 %	57 %	37 %	44 %	40 %
ab 80 Jahre	77 %	80 %	79 %	63 %	69 %	63 %
Teilgruppen der Beeinträchtigungen						
chronisch kranke Menschen (ohne anerkannte Behinderung)	62 %	68 %	63 %			
GdB unter 50	36 %	45 %	43 %			
anerkannte Schwerbehinderung	49 %	56 %	56 %			
Migrationshintergrund						
ohne	49 %	55 %	55 %	27 %	32 %	31 %
mit	54 %	66 %	57 %	37 %	40 %	39 %

Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen mit und ohne Beeinträchtigungen betätigt sich unabhängig vom Schulsport aktiv. Demgegenüber treiben 39 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen keinen Sport, bei Kindern und Jugendlichen ohne Beeinträchtigungen beträgt der Anteil 27 Prozent (Abbildung 108).

Abbildung 108: Sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen

Sportstunden pro Woche von 3- bis 17-Jährigen, 2014 bis 2017*



* Antworten des Kinder- und Elternfragebogens, gewichtet
Quelle: KiGGS, Berechnung und Darstellung Prognos

Im Deutschen Behindertensportverband e. V. (DBS) waren im Jahr 2018 rund 565.000 Menschen Mitglied (Tabelle 121). Die Mitgliederzahlen sind seit 2010 leicht zurückgegangen, wobei 2012 der Höchststand mit fast 651.000 Mitgliedern erreicht wurde. Von den Mitgliedern im Jahr 2018 waren rund 33.800 Kinder und Jugendliche unter 21 Jahren. Ihr Anteil an den Mitgliedern insgesamt sank seit 2010 fast kontinuierlich. Die Altersstruktur im Jahr 2018 zeigt, dass 55 Prozent

der Mitglieder im DBS über 61 Jahre und 30 Prozent zwischen 41 und 60 Jahre alt waren. (DBS 2019a)²²³

Tabelle 121: Mitglieder des Deutschen Behindertensportverbandes

	Mitglieder insgesamt	darunter: Kinder und Jugendliche bis 21 Jahre	
	Anzahl	Anzahl	Anteil an Mitgliedern insgesamt
2010	574.887	53.295	9,3 %
2012	650.986	54.668	8,4 %
2014	640.362	47.795	7,5 %
2016	577.184	33.860	5,9 %
2018	565.019	33.759	6,0 %
Veränderung 2010 bis 2018	- 2 %	- 37 %	

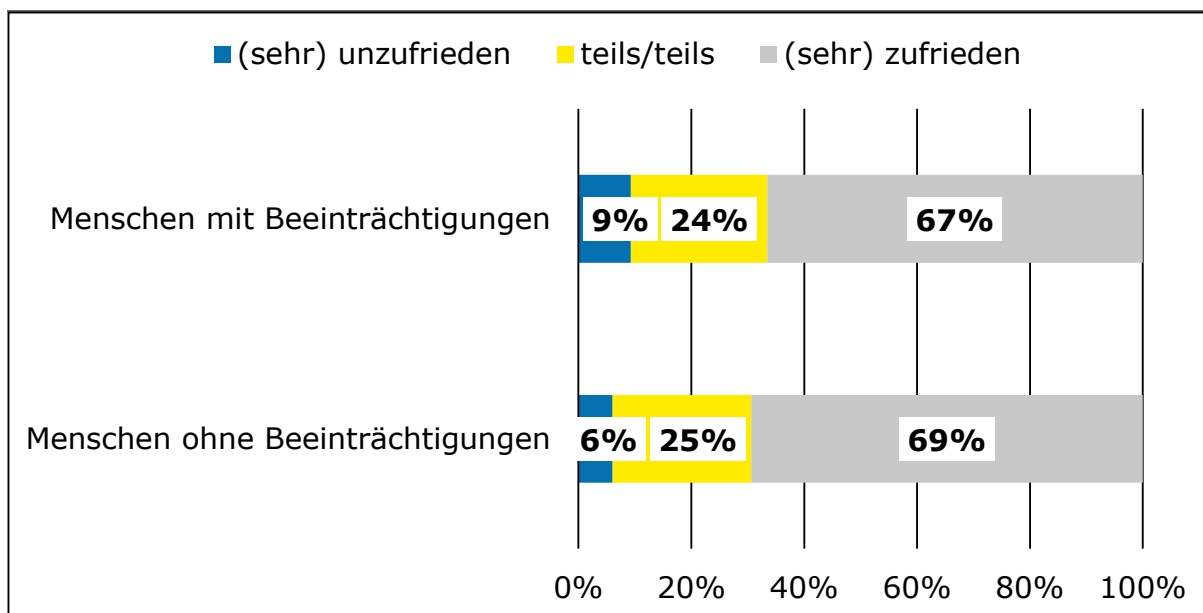
Quelle: DBS (2020), Berechnung und Darstellung Prognos

9.4 Zufriedenheit mit der Freizeit

Im Jahr 2018 waren 67 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen und 69 Prozent der Menschen ohne Beeinträchtigungen mit ihrer Freizeit (sehr) zufrieden (Abbildung 109). Demgegenüber gaben 9 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen und 6 Prozent der Menschen ohne Beeinträchtigungen an, (sehr) unzufrieden mit ihrer Freizeit zu sein.

²²³ Auswertung des DBS, ohne Abbildung.

Abbildung 109: Zufriedenheit mit der Freizeit
2018



Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Der Anteil derjenigen, die (sehr) unzufrieden mit ihrer Freizeit sind, ist besonders hoch bei den Menschen mit Beeinträchtigungen im Alter von 18 bis 49 Jahren (Tabelle 122). Insgesamt fällt auf, dass ältere Menschen mit ihrer Freizeit zufriedener sind als jüngere Menschen. Über die letzten Jahre ist die Freizeitzufriedenheit in beiden Gruppen relativ gleichgeblieben.

Besonders aussagekräftig ist in diesem Fall die Auswertung nach verschiedenen Altersgruppen. Hierdurch wird der Einfluss der unterschiedlichen Altersstrukturen von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen zumindest teilweise herausgerechnet, der die Ergebnisse für die beiden Gruppen insgesamt sehr beeinflusst. Der Unterschied zwischen den Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen im Alter von 18 bis 49 Jahren beträgt 8 Prozentpunkte, Menschen mit Beeinträchtigungen dieses Alters sind damit mehr als doppelt so häufig mit ihrer Freizeit unzufrieden. Auch bei den 80-jährigen und noch älteren Menschen zeigen sich besonders große Unterschiede zwischen beiden Gruppen, der Anteil der mit der Freizeit Unzufriedenen ist bei den Menschen dieses Alters mit Beeinträchtigungen um 6 Prozentpunkte größer beziehungsweise drei Mal so groß wie bei denjenigen ohne Beeinträchtigungen.²²⁴

²²⁴ Zur weiteren Einordnung der Daten äußert sich der wissenschaftliche Beirat im Kommentar zu diesem Kapitel.

Tabelle 122: Unzufriedenheit mit der Freizeit

nach Geschlecht, Alter, Teilgruppen der Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund

	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen		
	2014	2016	2018	2014	2016	2018
Insgesamt	9 %	9 %	9 %	6 %	6 %	6 %
Geschlecht						
Männer	9 %	8 %	8 %	6 %	6 %	6 %
Frauen	9 %	10 %	10 %	6 %	6 %	6 %
Alter						
18 bis 49 Jahre	17 %	15 %	15%	8 %	7 %	7 %
50 bis 64 Jahre	10 %	10 %	10%	7 %	7 %	6 %
65 bis 79 Jahre	5 %	5 %	5%	2 %	3 %	3 %
ab 80 Jahre	6 %	5 %	9%	1 %	0 %	3 %
Teilgruppen der Beeinträchtigungen						
chronisch kranke Men- schen (ohne an- erkannte Behin- derung)	10 %	10 %	10%			
GdB unter 50	11 %	9 %	8%			
anerkannte Schwerbehinde- rung	7 %	8 %	9%			
Migrationshintergrund						
ohne	9 %	9 %	9 %	6 %	6 %	5 %
mit	11 %	10 %	12 %	8 %	8 %	8 %

Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

9.5 Unterstützung der Teilnahme an Freizeitaktivitäten

Leistungen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben werden durch die zuständigen Rehabilitationsträger, nachrangig aus der Eingliederungshilfe im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erbracht (§ 55 Absatz 1, Absatz 2 Nummer 7. SGB IX (alt)) und zunehmend in Anspruch genommen, die Ausgaben hierfür erleben einen starken Zuwachs. Mit dem Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes wurden diese Leistungen neu strukturiert und in den Katalog der Leistungen zur Sozialen Teilhabe in §§ 76 ff. SGB IX überführt.

Tabelle 123: Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben

Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in und außerhalb von Einrichtungen

Jahr	Anzahl der Leistungen	Bruttoausgaben (in Millionen Euro*)	Ausgaben pro Leistung (in Euro*)
2014	70.652	192	2.720
2015	74.009	209	2.820
2016	73.468	217	2.950
2017	75.810	239	3.150
2018	75.740	249	3.290
Veränderungen 2014 bis 2018	+ 7 %	+ 30 %	+ 21 %

* gerundet

Quelle: Sozialhilfestatistik, Daten im Jahresverlauf, Berechnung und Darstellung Prognos

Auch die Leistungsgruppe der „Anderen Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ aus der Eingliederungshilfe kann für die Freizeitgestaltung genutzt werden. Die Anzahl der Leistungen nimmt stark zu, ebenso die damit verbundenen Ausgaben.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Tabelle 124: Andere Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen in und außerhalb von Einrichtungen

Jahr	Anzahl der Leistungen	Bruttoausgaben (in Millionen Euro*)	Ausgaben pro Leistung (in Euro*)
2014	12.331	166	13.460
2015	14.671	172	11.720
2016	14.698	184	12.520
2017	14.668	214	14.590
2018	16.206	249	15.360
Veränderungen 2014 bis 2018	+ 31 %	+ 50 %	+ 14 %

* gerundet

Quelle: Sozialhilfestatistik, Daten im Jahresverlauf, Berechnung und Darstellung Prognos

9.6 Entwicklung der Teilhabe im Bereich Freizeit, Kultur und Sport

Um eine Gesamteinschätzung der Entwicklungen der Teilhabe im Bereich Freizeit, Kultur und Sport vorzunehmen, werden zusammenfassend drei Fragestellungen untersucht.

1. Menschen mit Beeinträchtigungen sollen genauso wie Menschen ohne Beeinträchtigungen an allgemeinen Angeboten der Freizeit, der Kultur und des Sports teilnehmen können und ihren Bedürfnissen entsprechende Angebote vorfinden. Sind in den Statistiken in dieser Hinsicht Einschränkungen erkennbar?

Es ist davon auszugehen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen sich in ihren Wünschen bezüglich der Freizeitgestaltung grundsätzlich nicht von Menschen ohne Beeinträchtigungen unterscheiden. Die in den Statistiken erkennbaren, zum Teil deutlichen Unterschiede zeigen daher, dass Menschen mit Beeinträchtigungen vielfältig benachteiligt sind:

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

- Sie unternehmen deutlich seltener Ausflüge oder kurze Reisen; insbesondere der Anteil derjenigen, die nie einen Ausflug oder eine kurze Reise unternehmen, ist wesentlich größer als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen. Die gleiche Situation der Benachteiligung, sogar noch etwas stärker ausgeprägt, zeigt sich bei Urlaubsreisen. Unter den Menschen mit Beeinträchtigungen finden sich viel mehr Personen, die keinen mindestens einwöchigen Urlaub im Jahr machen. (Abschnitt 9.1)
- Im Bereich der eigenen kulturellen Aktivitäten zeigt sich ein größerer Anteil kulturell und musisch Inaktiver unter den Menschen mit Beeinträchtigungen. Auch beim Besuch kultureller Veranstaltungen fällt ein großer Unterschied zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen auf. Unter den Menschen mit Beeinträchtigungen findet sich ein viel größerer Anteil, der keine kulturellen Veranstaltungen besucht. Besonders groß ist dieser Unterschied bei populär-kulturellen Veranstaltungen, etwas kleiner im klassisch-kulturellen Bereich. (Abschnitt 9.2)
- Menschen mit Beeinträchtigungen treiben seltener Sport, ein deutlich größerer Anteil als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen geht gar keinen sportlichen Aktivitäten nach. Das ist nicht nur kritisch zu beurteilen, weil es sich hierbei um wichtige Möglichkeiten der Selbstentfaltung und der sozialen Teilhabe handelt, sondern auch, weil sportliche Aktivitäten gesundheitsfördernd sind. (Abschnitt 9.3)
- Angesichts der geschilderten Unterschiede in der Freizeitgestaltung erstaunt zunächst, dass Menschen mit Beeinträchtigungen nicht viel unzufriedener mit ihrer Freizeit sind als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Das ist vermutlich teilweise demographisch bedingt. Unter den 18 bis 49-jährigen und den 80-jährigen und älteren Menschen mit Beeinträchtigungen ist der Anteil der mit ihrer Freizeitgestaltung Unzufriedenen viel höher als unter den gleichaltrigen Menschen ohne Beeinträchtigungen. (Abschnitt 9.4)

2. Allgemeine Angebote der Freizeitgestaltung, der Kultur und des Sports sollen möglichst inklusiv ausgestaltet sein. Welche Hinweise gibt es darauf, wie gut dies umgesetzt wird?

Die Daten in diesem Kapitel geben zu dieser Fragestellung nicht in direkter Form Auskunft. Es lässt sich jedoch aus den geschilderten Unterschieden ableiten, dass die selteneren Ausflüge und kurzen Reisen, die selteneren Urlaubsreisen und der häufigere Verzicht auf den Besuch kultureller Veranstaltungen zum Teil auch darauf zurückzuführen sind, dass Reisemittel und Orte nicht barrierefrei sind.

Die seltenere Ausübung eigener kultureller und musischer sowie sportlicher Aktivitäten kann zum Teil darauf zurückzuführen sein, dass es an Angeboten mangelt, die auf die Bedürfnisse von Menschen mit Beeinträchtigungen ausgerichtet

sind, seien es inklusive Angebote oder solche, die sich speziell an Menschen mit bestimmten Beeinträchtigungen richten.

Zu möglichen Zusammenhängen mit der Bezahlbarkeit von Angeboten liegen keine Daten vor.

3. Besondere Aufmerksamkeit ist Personen mit mehrfachen Benachteiligungen im Sinne von sich überschneidenden Diskriminierungsformen (Intersektionalität) zu widmen. Welche Personengruppen sind im Hinblick auf die Freizeitgestaltung, das kulturelle Leben und den Sport besonders von Einschränkungen betroffen?

Besonders kritisch sieht die Situation der Menschen mit chronischen Erkrankungen bei der Freizeitgestaltung aus. Sie unternehmen besonders häufig keine Ausflüge oder kurze Reisen, verzichten überdurchschnittlich oft auf die Ausübung kultureller und musischer sowie sportlicher Aktivitäten und sie besuchen auch häufiger keine populär-kulturellen Veranstaltungen.

Eine weitere Gruppe, die sich hinsichtlich der Freizeitgestaltung als besonders benachteiligt erweist, sind die älteren Menschen mit Beeinträchtigungen, insbesondere die 80-jährigen und älteren Menschen. Sie unternehmen häufiger keine Ausflüge oder kurzen Reisen, sie sind kulturell und musisch häufiger inaktiv und besuchen häufiger keine kulturellen Veranstaltungen, weder populär-kulturelle noch klassisch-kulturelle. Sie äußern sich gegenüber gleichaltrigen Menschen ohne Beeinträchtigungen besonders häufig mit ihrer Freizeit unzufrieden.

Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund fallen in zwei Bereichen als benachteiligt auf: Sie sind häufiger kulturell und musisch inaktiv und besuchen häufiger keine populär-kulturellen Veranstaltungen.

Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen machen in ihrer Freizeit seltener Sport als Gleichaltrige ohne Beeinträchtigungen.

Schließlich ist auch die Gruppe der 18 bis 49-jährigen Menschen mit Beeinträchtigungen zu erwähnen, unter denen sich der größte Anteil an Personen findet, die mit ihrer Freizeitgestaltung unzufrieden sind. In dieser Altersgruppe ist auch der Unterschied zu den gleichaltrigen Menschen ohne Beeinträchtigungen besonders hoch.

9.7 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Freizeit, Kultur und Sport

Benachteiligungen zeigen sich in allen Bereichen der Freizeit und des Reisens, der Teilnahme an kulturellen Aktivitäten und des Sports sowie gesundheitsförder-

licher Bewegung: Durchgehend scheint es so, als würden Menschen mit Behinderung beziehungsweise Menschen mit Beeinträchtigungen weniger beteiligt und weniger aktiv sein als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Zum einen kann dies Ausdruck von eingeschränkter sozialer Teilhabe sein. Zum anderen kann es auch Hintergrund und Ursache dafür sein, dass sie von sozialer Teilhabe ausgeschlossen werden. Denn es zeigen sich beispielsweise Hürden, sich angemessen zu erholen oder die Gesundheit zu fördern und für das eigene Wohlbefinden zu sorgen. Diese scheinbar zwingende Verkettung aus Mangel an Urlaub beziehungsweise geringer Chance auf Erholung verknüpft mit fehlender sozialer Teilhabe und geringerer Funktionalität (z. B. nicht in der Lage zu sein, zu arbeiten), kann jedoch anhand der in diesem Teilhabebericht vorliegenden Analysen nicht belegt werden. Dennoch ist dies eine wichtige Fragestellung, denn allein die Häufigkeiten und Zusammenhänge zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen beziehungsweise Behinderung und deren sichtbaren Teilhabeungleichheiten können wegweisend sein. Mögliche Gründe für die Ungleichheiten sind vielfältig – wie beispielsweise in den vorangehenden Kommentaren teils diskutierte Umgebungsfaktoren mit mangelnden materiellen Ressourcen, rechtliche Unklarheiten oder keine Erstattung von Kosten für eine Begleitperson, bauliche und infrastrukturelle Barrieren, zu wenig/nicht erreichbare Informationen und wenig soziale Unterstützung oder Vorurteile/Ablehnung durch Mitmenschen. Es zeichnen sich aber auch Gründe auf der persönlichen Ebene ab, wie Gefühle, überfordert zu sein oder zeitliche Einschränkungen, unzureichende Selbstwirksamkeitserwartung etwa durch geschwächtes Selbstvertrauen oder eingeschränkte Widerstandsfähigkeit oder einen Mangel an positiven Erfahrungen, eigene Rechte einzufordern und Interessen zu vertreten. Auch eine geringe Motivation zu gesundheitsförderlichem Verhalten oder kaum Erwartungen an die positiven Effekte von Sport sind zu nennen. Darüber hinaus ist natürlich die Teilhabe an Freizeit, Kultur und Sport eine selbstbestimmte Aktivität, die auch bewusst nicht ausgeübt werden kann.

Auf der Datenbasis dieses Teilhabeberichts lässt sich nicht beantworten, welche tatsächlichen Gründe hinter den beschriebenen Lebensumständen und Verhaltensweisen stehen. Die oben genannten Annahmen auf der Personen- und Umgebungsebene werden aber durch die beschreibenden Daten gestützt. Weitere ebenso mögliche Erklärungen werden im vorliegenden Kapitel genannt. Dies sind Vermutungen, aber eine kombinierte Betrachtung beziehungsweise Befragung nach den Gründen hat nicht stattgefunden. Dies wäre dringend notwendig, um solche Aussagen empirisch zu untermauern.

Auch zu den rechtlichen Aspekten kann nur beispielhaft auf Einzelfälle verwiesen werden, bei denen Erstattungsanträge von Kosten für eine Begleitperson bei Urlaubsreisen nicht bewilligt wurden. Beispielsweise wurde vom Sächsischen Landessozialgericht in dem Verfahren AZ L 8 SO 6/18 behauptet, dass eine Kreuz-

fahrt „nicht erforderlich zur Erreichung des Ziels der Eingliederung in die Gesellschaft (§ 53 Abs. 3 SGB XII) war. Wie oben dargelegt, scheidet die Übernahme der Kosten für eine Urlaubsreise aus, wenn der behinderte Mensch bereits hinreichend in die Gesellschaft eingegliedert ist.“ (Sächsisches Landessozialgericht 2019) Da aber für Urlaubsreisen keine Begleitung oder Assistenz vorgesehen ist, fallen damit doppelte Kosten an beziehungsweise ist eine Urlaubsreise für viele Menschen mit Assistenzbedarf nicht möglich. Dazu lassen sich keine systematischen Daten finden, allerdings wäre dies eine bedeutungsvolle Information, um die Teilhabechancen beziehungsweise Benachteiligungen im Freizeitbereich beurteilen zu können. Eine mögliche Frage für entsprechende Umfragen (Teilhabebefragung etc.) könnte beispielsweise sein, wie viele Menschen mit Assistenzbedarf an einer Urlaubsreise teilnehmen würden, wenn eine entsprechende Kostenübernahme für sie und die erforderliche Assistenz sichergestellt wäre. Weiter müsste danach gefragt werden, was die Gründe dafür sind, dass behinderte Frauen deutlich weniger häufig in Urlaub fahren und Tagesausflüge unternehmen als behinderte Männer.

Die Teilnahme an entsprechenden Reisen ermöglicht die gewünschte Freizeitnutzung, verbunden mit sozialen Kontakten, der Begegnung von Menschen mit und ohne Behinderung. Wenn Menschen mit Behinderung und Assistenzbedarf an entsprechenden Reisen nicht teilnehmen können, wäre zu prüfen, ob es eine Benachteiligung darstellt, die zumutbar ist, im Lichte der UN-BRK und der generellen Teilhabeansprüche an Freizeit, Kultur und Sport. Auch stellt sich die Frage, ob gerade im als niedrigschwellig und wirksam eingeschätzten Raum der Begegnungen mit Inklusionspotenzial Möglichkeiten verspielt werden, weil der Einsatz von Assistenzdiensten ausgeschlossen wird, auf den ein individueller Anspruch bestehen könnte. Hierzu sind weitere Erkundungen zu wünschen, die Teilhabewirkungen im Blick haben.

Einzufordern wären auch Ergebnisse zu den Aktivitäten des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie (BMWi) im Bereich des barrierefreien Tourismus (BMAS 2016: 274 f.), die der vorliegende Teilhabebericht der Bundesregierung nicht liefert. Nach dem vom BMWi geförderten Kennzeichnungssystem *Reisen für alle* sind aktuell 2.133 Betriebe und Destinationen gelistet (DSFT 2020). Dass diese Zahl angesichts der gesamten Palette touristischer Angebote in Deutschland verschwindend gering ist, ist offensichtlich. Allerdings bildet diese Gesamtzahl nicht die Gesamtheit barrierefreier touristischer Angebote ab, sondern erfasst lediglich diejenigen Anbieter, die bereit waren, sich zertifizieren zu lassen. Gleichwohl wird durch die vergleichsweise geringe Zahl deutlich, dass allein die Informationslage für Menschen mit Beeinträchtigungen im Bereich des Reisens äußerst dürftig ist. Denn das Kennzeichnungs- und Informationssystem *Reisen für alle* ist das einzige Programm in Deutschland, das – differenziert nach Nutzergruppen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen – nach einheitlichen Kriterien

erhobene und nicht durch Selbstauskunft generierte Daten abbildet. Weitergehende Interpretationen ohne eine teilhabebezogene Datenlage wären aber reine Spekulation.

Nützlich und wünschenswert sind in diesem Zusammenhang auch Informationen darüber, wie sich das Dritte Gesetz zur Änderung reiserechtlicher Vorschriften (Bundesgesetzblatt 2017) ausgewirkt hat. Danach sind die Kundinnen und Kunden bei der vorvertraglichen Unterrichtung im Zusammenhang mit Pauschalreisen darüber zu informieren, „ob die Pauschalreise im Allgemeinen für Personen mit eingeschränkter Mobilität geeignet ist“. Auch Daten über die Anzahl der als geeignet für Personen mit eingeschränkter Mobilität ausgewiesenen Reisen sind nicht verfügbar, so dass Aussagen über den Grad der Inklusion im Tourismussektor – hier für den Bereich der Pauschalreisen – nicht getroffen werden können.

Der Blick auf die nationale Tourismusstrategie des Bundes am Beispiel des Eckpunktepapiers der Bundesregierung aus April 2019 (BMWi 2019) lässt nicht in ausreichendem Maße erkennen, dass die Verbesserung der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen besonderen Vorrang genießt. Zumindest weisen die wenigen Aussagen zur Barrierefreiheit als Grundvoraussetzung für Teilhabe im Tourismus in diese Richtung. Zum Dialogprozess über die Tourismusstrategie mit Verbänden und Zivilgesellschaft, der in einem Aktionsplan münden soll, können noch keine Aussagen getroffen werden. Die partizipatorische Beteiligung über Verbände und Selbsthilfeorganisationen von Menschen mit Behinderungen in diesem Prozess ist ebenfalls unklar, nicht zuletzt wegen der Auflösung des Vereins Tourismus für Alle Deutschland e. V. (NatKo) (Abschnitt 9.1.2). Damit ist offen, wer aktuell und zukünftig institutionalisierter Dialogpartner für Inklusion im Tourismus auf Bundesebene ist.

Angesichts der genannten Datenlücken werden Darstellungen von Aktivitäten, Programmen und Strategien des Bundes schmerzlich vermisst. Deren Fortbestehen oder Wirkung seit der letzten Teilhabeberichterstattung bleibt unklar.

Wie schon im zweiten Teilhabebericht zeigen sich weiterhin erhebliche Benachteiligungen der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung in den Bereichen Freizeit, Kultur und Sport. Die Zufriedenheit mit der Freizeit ist dennoch noch immer annähernd gleich ausgeprägt hoch (Abschnitt 9.4). Ob dies daran liegt, dass auch keine Erwartungen bestehen, die enttäuscht werden könnten, bleibt offen. Als ein neuer Trend fällt auf, dass Förderungen im Freizeitbereich in der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und bei Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erheblich steigen. Allerdings nimmt jedoch die Zufriedenheit mit der Sportteilnahme oder bei künstlerischen und musischen Aktivitäten nicht zu. Ob hier Förderungen ins Leere laufen oder Zusammenhänge mit einer besseren Inklusionsarbeit bestehen, ist unklar. Es können auch allgemeine gesellschaftliche Trends (generell Zunahme von eher inaktiven,

konsumierenden Aktivitäten²²⁵) oder mediale Effekte durch die Presse wirken (die Repräsentanz von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung in den Medien; siehe z. B. Rees 2019). Insgesamt ist nämlich ein Digitalisierungstrend auch in den Bereichen Freizeit, Kultur und Sport zu beobachten: Menschen verabreden sich zu Freizeitaktivitäten und Sport digital oder das Treffen und die Musikveranstaltung finden nun auch zunehmend oder Corona-bedingt sogar ausschließlich online statt. Statt zum Sportkurs zu gehen, werden Apps zur Sportanleitung und zum physiologischen Monitoring (Puls, Schritte et cetera) genutzt. Bisher scheinen diese kaum auf die Bedarfe und besonderen Bedürfnisse der Menschen mit Beeinträchtigungen abgestimmt zu sein. Hier erscheint noch viel Potential für Entwicklungen und Darstellungsformen, die beispielsweise Personen, die Rollstühle nutzen oder kognitive Beeinträchtigungen haben, einbeziehen und auch ansprechen (siehe Abschnitt 8.3).

Um diesen Hinweisen auf den Grund zu gehen, bedarf es besserer Kenntnisse über die Nichtteilnahme in den hier betrachteten Teilhabefeldern, etwa über Befragungen oder systematische Beobachtungen. Darüber hinaus wäre es erforderlich, über verlässliche Daten zu inklusiven Angeboten zu verfügen, die auch aufdecken, inwiefern diese auf die Bedürfnisse von Menschen mit Beeinträchtigungen ausgerichtet sind. Auch spezifisch auf bestimmte Beeinträchtigungen ausgeordnete Angebote sollten dargestellt und vor allem die Wünsche der Menschen mit Beeinträchtigungen einbezogen werden. Offene Fragen sind beispielsweise: Warum erleben Menschen mit Beeinträchtigungen immer noch derart eingeschränkte Möglichkeiten zur Teilhabe? Wo vermissen Menschen ohne Beeinträchtigungen ihre Mitmenschen mit Beeinträchtigungen? Wo müsste die Bereitschaft für Inklusion auf beiden Seiten erst noch entwickelt werden?

Auch wenn die gefundenen Altersunterschiede (deutlich höhere Unzufriedenheit unter den 18- bis 49-jährigen und 80-jährigen und älteren Menschen mit Beeinträchtigungen mit ihrer Freizeitgestaltung gegenüber den gleichaltrigen Menschen ohne Beeinträchtigungen, Tabelle 122) interessant sind, bleibt doch offen, was genau diese beiden Altersgruppen bemängeln beziehungsweise ob wirklich gleich zusammengesetzte Bevölkerungsgruppen verglichen werden. Auch hierzu gilt es, systematische und partizipative Forschung zu betreiben. Zudem müssten auch Kohortenunterschiede geprüft werden, also Unterschiede zwischen Menschen desselben Alters zu unterschiedlichen Zeitpunkten oder in verschiedenen Zeitabschnitten. Beispielsweise könnten Fragen untersucht werden, wie: Warum sind diejenigen, die 50 Jahre oder älter sind, zufriedener, und was kann für die anderen Altersgruppen daraus gelernt werden kann? Haben sich Bedürfnisse und Erwartungen der verschiedenen Gruppen über die Zeit verändert? Liegen tatsächlich Unterschiede im Lebensalter begründet? Wie wirkt sich das Geschlecht in

²²⁵ https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Bewegungsempfehlungen_BZgA-Fachheft_3.pdf

den jeweiligen Bereichen aus? Gibt es Anpassungsgründe, also ein „Sich-abgefunden-haben“ mit bestehenden Teilhabenachteilen? Dafür spräche zumindest der vergleichsweise geringe Prozentsatz der Unzufriedenen bei den Befragten mit einer anerkannten Schwerbehinderung.

Hingegen konnten einige bislang offene Fragen nun mit Daten des SOEP aus den Jahren 2017 beziehungsweise 2018 beantwortet werden, beispielsweise beim Urlaubsverhalten oder der Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen im Vergleich von Frauen und Männern. Nicht klar ist, ob Unterschiede wirklich durch Veränderungen über die Zeit begründet sind. Auch hier wäre es vorteilhaft, Messwiederholungen mit den gleichen Fragen sowie idealerweise mit den vormals Befragten durchzuführen, so dass zuverlässige Vergleiche angestellt und valide Schlüsse gezogen werden können.

Entsprechend sind viele weitere Daten zu subjektiven Gründen (Bedarfe, Erwartungen, Erfahrungen) und weitere Analysen über die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Verhaltensbereichen wünschenswert (siehe oben). Mit anderen Worten: Es geht nicht um das Verordnen oder Zuweisen von Freizeit(aktivitäten), sondern darum, dass Wunsch und Wahlrecht allen Menschen ermöglicht werden sollte. Dies könnte auch wichtige Erkenntnisse dazu liefern, ob und wie stark sich Menschen unabhängig von Beeinträchtigungen ausgeschlossen fühlen, wenn sie nicht an beispielsweise populärkulturellen und klassisch-kulturellen Veranstaltungen teilnehmen. Anzunehmen ist auch, dass Menschen beispielsweise den für sich passenden Bereich auswählen und eventuell zwischen Bereichen wechseln, ohne den „aufgegebenen“ Bereich zu vermissen.

Entsprechend könnte es auch erkenntnisreich sein, die verschiedenen Bereiche im Zusammenhang mit (der oben berichteten) Zufriedenheit oder Lebensqualität zu sehen. So wurde beispielsweise in einer Studie mit zeitlich befristeten Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentnern (Lippke et al. 2020) festgestellt, dass nicht einfach nur weniger gesundheitliche Beeinträchtigungen und mehr finanzielle Ressourcen im Zusammenhang mit höherer Lebenszufriedenheit stehen. Stattdessen spielt die wahrgenommene Einsamkeit neben gesundheitlichen Beeinträchtigungen, dem verfügbaren Geld und dem Alter eine wichtige Rolle: Wenn also Menschen es schaffen, trotz Beeinträchtigungen und knapper finanzieller Ressourcen mit anderen Menschen gut verbunden zu bleiben, bleibt ihre Lebenszufriedenheit erhalten, auch wenn ihre berufliche Teilhabe sich ändert. Breitet sich hingegen das Gefühl der Einsamkeit aus, dann nimmt die Lebenszufriedenheit stark ab. Weitere solcher Aspekte sind im Vertiefungsthema beschrieben (siehe Abschnitt 8.3.1).

Konkret lässt sich schlussfolgern, dass nicht nur Bedingungen für Teilhabe geschaffen werden sollten wie Barrierefreiheit und finanzielle Ressourcen, sondern

auch die subjektive Verfügbarkeit und die persönliche Befähigung gefördert werden sollten (also ob Möglichkeiten überhaupt wahrgenommen werden und ob sich alle Menschen in der Lage sehen, diese auch zu nutzen). Zu genauen Faktoren geben die Daten des Teilhabeberichts noch keinen Aufschluss. Aktuelle wissenschaftliche Studien (z. B. Louw et al. 2020; Ramsten et al. 2019; Zhao et al. 2019; siehe auch Kapitel 8) zeigen aber zahlreiche Anhaltspunkte auf, wie bessere Kommunikation, passgenaue Angebote, Abbau von Stereotypen und subjektiver Diskriminierung sowie positivere Berichterstattung zu Gewinnen durch Inklusion führen und welche Verluste durch Randständigkeit und Gleichheitszwang entstehen: Durch Augenmerk auf Vielfalt im Bereich Freizeit, Kultur und Sport können Angebote attraktiver (interessanter) und förderlich für alle werden – erfolgreich geplante, realisierte und entsprechend auch langfristig als positiv erlebte Inklusion wird zum Vertrauensfaktor und Gewinnmodell. Diversitätsmanagement kann sich auch finanziell lohnen. So konnten Anand / Winters (2008) zeigen, dass sich ein Investment von 1 Dollar in Diversitätsmanagement durch einen Gewinn von 19 Dollar auszahlt (z. B. Investment in die Förderung von Minderheiten, Schulungen von Führungskräften und Mentoring von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Gewinnen durch höhere Produktivität, weniger Fluktuation und Krankheitsraten). Dazu gibt es schon viele Beispiele, die es entsprechend bekanntzumachen, weiter zu verankern und zu entwickeln gilt. Hierzu sind nicht nur die Politik oder die Wissenschaft gefragt, sondern auch die Medien, Institutionen wie Schulen mit allen Beteiligten und Organisationen wie Sportvereine/-verbände und natürlich alle Bürgerinnen und Bürger, mit und ohne Beeinträchtigungen.

Literatur zu diesem Kommentar

Anand, Rohini / Winters, Mary-Frances (2008): A Retrospective View of Corporate Diversity Training From 1964 to the Present. In: Academy of Management Learning & Education, Jg. 7, Nr.3, S. 356 – 372.

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2016): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. BMAS, Bonn.

BMWi (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie) (2019): Eckpunkte der Bundesregierung. Orientierungsrahmen für eine nationale Tourismusstrategie. https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Downloads/E/eckpunkte-tourismusstrategie.pdf?__blob=publicationFile&v=6 (online, abgerufen am 17.09.2020).

Bundesgesetzblatt (2017): Drittes Gesetz zur Änderung reiserechtlicher Vorschriften (Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2017, Teil I Nr. 48, S. 2394 – 2420). Bundesanzeiger Verlag, Bonn.

DSFT (Deutsches Seminar für Tourismus) (2020): Datenbank der Internetseite „Reisen für Alle“. https://www.reisen-fuer-alle.de/zertifizierte_angebote_249.html (online, abgerufen am 17.09.2020).

Lippke, Sonia / Ricken, Lea / Zschucke, Elisabeth / Hessel, Aike / Schüz, Natalie (2020): Gesundheit und Lebenszufriedenheit bei Erwerbsminderungsrentnern und -rentnerinnen. Die Bedeutung von finanziellen Ressourcen und Einsamkeit. In: Die Rehabilitation, Jg. 59, Nr. 6, S. 341 – 347.

Louw, Julia S. / Kirkpatrick, Bernadette / Leader, Geraldine (2020): Enhancing Social Inclusion of Young Adults with Intellectual Disabilities. A Systematic Review of Original Empirical Studies. In: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, Jg. 33, Nr. 5, S. 793 – 807.

Ramsten, Camilla / Martin, Lene / Dag, Munir / Marmstål Hammar, Lena (2019): A Balance of Social Inclusion and Risks. Staff Perceptions of Information and Communication Technology in the Daily Life of Young Adults with mild to moderate Intellectual Disability in a Social Care Context. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, Jg. 16, Nr. 3, S. 171 – 179.

Rees, Leanne / Robinson, Priscilla / Shields, Nora (2019): Media Portrayal of Elite Athletes with Disability. A Systematic Review. In: Disability and Rehabilitation, Jg. 41, Nr. 4, S. 374 – 381.

Sächsisches Landessozialgericht 2019: Rechtsprechung vom 29.08.2019. Aktenzeichen L 8 SO 6/18. <https://sozialgerichtsbarkeit.de/sgb/esgb/show.php?modul=esgb&id=213303> (online, abgerufen am 17.09.2020).

Zhao, Fengqing / Li, Sen / Li, Tianran / Yu, Guoliang (2019): Does Stereotype Threat Deteriorate Academic Performance of High School Students with Learning Disabilities? The Buffering Role of Psychological Disengagement. In: Journal of Learning Disabilities, Jg. 52, Nr. 4, Nr. 312 – 323.

10 Sicherheit und Schutz der Person

i

Faktenblatt „Sicherheit und Schutz der Person“

Die folgenden Daten geben Auskunft über die rechtliche Betreuung von Personen mit Beeinträchtigungen und stellen dar, in welchem Ausmaß die Freiheits- und Persönlichkeitsrechte von Menschen mit Beeinträchtigungen gefährdet sind und in welchen Situationen sich solche Gefährdungen zeigen:

- Im Rahmen der rechtlichen Betreuung erhält eine hilfebedürftige Person Unterstützung durch eine Betreuungsperson, die innerhalb eines definierten Aufgabenbereichs gerichtlich angeordnete Vertretungsmacht bekommt. Die Gesamtzahl der Betreuungsverfahren in Deutschland war nach einem Höchststand von 1.325.013 im Jahr 2012 in den Folgejahren rückläufig, 2016 waren ohne Bayern, Bremen und dem Saarland 1.048.631 Betreuungsverfahren anhängig. Aktuellere bundesweit verlässliche Daten liegen bisher vor.
- Alternativ zur rechtlichen Betreuung kann eine Vorsorgevollmacht ausgestellt werden. Die Zahl der zentral registrierten Vorsorgevollmachten hatte sich im Zeitraum von 2012 bis 2018 mehr als verdoppelt, 2018 verzeichnete das Zentrale Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer 4.184.451 Eintragungen.
- Geschlechtsangleichende Operationen ohne medizinische Notwendigkeit bei intergeschlechtlichen Kindern waren bis 2016 nicht rückläufig. Im Zeitraum 2005 bis 2016 wurden jährlich durchschnittlich 1.871 solcher Eingriffe durchgeführt.
- Bei 0,5 % aller polizeilich erfassten Straftaten im Kontext körperlicher Gewalt im Jahr 2018 war eine Behinderung des Opfers erklärter Anlass für die Gewalttat. Eine Beeinträchtigung aufgrund von Gebrechlichkeit, Alter, Krankheit oder Verletzung stellte in 0,6 % der Fälle die Tatmotivation dar. Bei sexualisierten Gewalttaten lagen die entsprechenden Anteile bei 2,0 und 1,7 %, bei psychischer Gewalt bei 0,4 sowie 0,3 %.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

- Von subjektiven Gewalterfahrungen sind Menschen mit Beeinträchtigungen deutlich häufiger betroffen als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Besonders gefährdet sind Frauen sowie Menschen mit Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen leben.
- Menschen mit Beeinträchtigungen haben im Vergleich zu Menschen ohne Beeinträchtigungen ein geringeres individuelles Sicherheitsempfinden. 2018 machten sich zudem 48 % der Menschen mit Beeinträchtigungen große Sorgen über die Kriminalität in Deutschland gegenüber 34 % der Menschen ohne Beeinträchtigungen.
- 2018 wurden beim Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen 2.516 Beratungskontakte vor dem Hintergrund einer Beeinträchtigung dokumentiert. Seit 2014 ist diese Zahl ständig gewachsen.

Die Basis der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte sind die Freiheits- und Persönlichkeitsrechte wie das Recht auf Leben, das Recht auf körperliche Unversehrtheit, die Freiheit der Person und die allgemeine Handlungsfreiheit (UN 1948). Auch im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland wird in Artikel 1 Satz 1 die Unantastbarkeit der Würde des Menschen allen anderen Grundrechten als oberster Verfassungsgrundsatz vorangestellt. Die Pflicht des Staates ist es, sie zu achten und zu schützen.

Gewalterfahrungen und fehlendes Sicherheitsempfinden haben eine Verletzung dieser Rechte zur Konsequenz. Sie kann bereits wenig sichtbar in Form strukturell erlebter Gewalt auftreten, wenn zum Beispiel ungünstige Lebensumstände das Risiko, Opfer von Gewalt zu werden, steigern beziehungsweise Schutzfaktoren wie Selbstvertrauen, Möglichkeiten der aktiven Problembewältigung oder Unterstützung durch Vertrauenspersonen oder Institutionen im sozialen Umfeld fehlen. Unmittelbar sichtbare Gewalt in Gestalt situationsbezogener, direkt von Personen ausgeübter körperlicher, sexualisierter und psychischer Gewalt schließt beispielsweise Körperverletzung oder Freiheitsberaubung, Übergriffe und Belästigungen, Beleidigungen, Demütigungen, Drohungen, Ausgrenzungen oder Mobbing ein. Bei Gewalt gegen Kinder und pflegebedürftige Personen ist zudem die Vernachlässigung als Gewaltform bedeutsam (Hornberg et al. 2008). Dabei kann gewalttätiges Handeln in unterschiedlichen Kontexten beobachtet werden. Hierzu zählen das persönliche und das häusliche Umfeld ebenso wie der öffentliche Raum, stationäre Einrichtungen, Schulen und die Arbeitswelt (Ziegler et al. 2011).

Fehlende Sicherheit und Gewalterfahrungen können nicht nur zu physischen und psychischen Schädigungen führen, sondern auch die soziale Teilhabe in den als unsicher empfundenen Umgebungen beeinträchtigen. Menschen mit Beeinträchtigungen tragen ein besonderes Risiko, Gewalterfahrungen zu machen, da ihr Leben in einem höheren Maße fremdbestimmt ist als das von Menschen ohne Beeinträchtigungen. Deutlich wird dies zum Beispiel bei Personen in stationären Wohnformen beziehungsweise mit intensiver Abhängigkeit von – auch informell erbrachten – Pflegeleistungen. In diesen Situationen können räumliche und organisatorische Freiheiten und eine selbstbestimmte Grenzsetzung zum Beispiel bei Pflegehandlungen erschwert werden, wenn Handelnde die Wunsch- und Wahlmöglichkeiten von Menschen mit Beeinträchtigungen missachten beziehungsweise sich über Grenzen hinwegsetzen.

Keine willkürliche Gewalt sind betreuungs- oder strafrechtlich oder nach den Landesgesetzen genehmigte beziehungsweise angeordnete Freiheitsentziehungen und freiheitsentziehende Maßnahmen, die jedoch ebenfalls eine erhebliche Einschränkung der Selbstbestimmung beziehungsweise Freiheit der betroffenen Personen darstellen. Dabei stehen Freiheit und Selbstbestimmung einerseits und der Schutz vor Selbst- oder Fremdgefährdung andererseits in keinem einfachen Verhältnis zueinander. Vor allem für psychisch erheblich beeinträchtigte Menschen mit hoher Gewaltbereitschaft kann die Unterbringung und Behandlung in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus als Schutzmaßnahme gegen Selbst- und Fremdgefährdung erforderlich sein, auch wenn diese Maßnahme gegen den Willen der Patientin beziehungsweise des Patienten gerichtet ist. Ein größerer Personenkreis ist im Blick, wenn es um Fragen von freiheitsentziehenden Maßnahmen durch Medikamente, Bettgitter oder Einschließen geht. Auch diese Maßnahmen erfordern eine genaue fachliche Prüfung und gerichtliche Genehmigung.

Die eingangs genannten universellen Freiheits- und Persönlichkeitsrechte werden in den Allgemeinen Grundsätzen des Artikels 3 UN-BRK ausdrücklich auf Menschen mit Behinderungen bezogen. Darüber hinaus enthalten mehrere Artikel der UN-BRK rechtliche Gewährleistungen zum Schutz vor Gewalt. Grundlegend ist in diesem Zusammenhang der mit „Schutz der Unversehrtheit der Person“ überschriebene Artikel 17. Artikel 16 befasst sich mit dem Menschenrecht der Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch. In Artikel 15 wird von den Vertragsstaaten die Gewährleistung der Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe gefordert. Entscheidend und immer wieder von Bedeutung ist hierbei auch das Verbot, an Menschen ohne ihre freiwillige Zustimmung medizinische oder wissenschaftliche Versuche durchzuführen. Ausdrücklich mit der Sicherheit befasst sich Artikel 14, der mit „Freiheit

und Sicherheit der Person“ überschrieben ist und die Vertragsstaaten zur Gewährleistung der Freiheit und Sicherheit von Menschen mit Beeinträchtigungen verpflichtet.

Weitere Bezüge finden sich in Artikel 4 Absatz 1 UN-BRK, mit dem die Vertragsstaaten aufgefordert werden, die volle Verwirklichung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten für alle Menschen mit Behinderungen ohne jede Diskriminierung zu gewährleisten und zu fördern. Die generelle Achtung des Rechts von Menschen mit Behinderungen, überall als Rechtssubjekt anerkannt zu werden (Artikel 12 Absatz 1 UN-BRK), in Verbindung mit der Aussage in Artikel 12 Absatz 2 UN-BRK, wonach Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen gleichberechtigt Rechts- und Handlungsfähigkeit genießen, ist ein wesentlicher Aspekt der umfassenden Durchsetzung von Persönlichkeitsrechten. Hierzu gehört auch die Gewährung von Unterstützung im Sinne von Artikel 12 Absatz 3 UN-BRK, wonach die Vertragsstaaten geeignete Maßnahmen treffen sollen, um Menschen mit Behinderungen Zugang zu der Unterstützung zu ermöglichen, die sie bei der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit gegebenenfalls benötigen. Das Betreuungsrecht in Deutschland – geregelt im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) – setzt diese Anforderungen um und ist so gestaltet, dass dabei die rechtliche Handlungsfähigkeit im Regelfall voll erhalten bleibt.

So darf eine Betreuerin oder ein Betreuer nicht gegen den freien Willen einer Person bestellt werden (§ 1896 Absatz 1a BGB). Zudem sind die Betreuerinnen und Betreuer verpflichtet, die Angelegenheiten der betreuten Person so zu besorgen, wie es deren Wohl entspricht; dazu gehört auch die Möglichkeit, im Rahmen ihrer Fähigkeiten ihr Leben nach ihren eigenen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten. Die Betreuerin und der Betreuer haben dabei den Wünschen der betreuten Person zu entsprechen, soweit dies deren Wohl nicht zuwiderläuft und dem Betreuer zuzumuten ist (§ 1901 Absatz 2 und 3 Satz 1 BGB).

i**Artikel 12: Gleiche Anerkennung vor dem Recht**

- (1) Die Vertragsstaaten bekräftigen, dass Menschen mit Behinderungen das Recht haben, überall als Rechtssubjekt anerkannt zu werden.
- (2) Die Vertragsstaaten anerkennen, dass Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit genießen.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

(3) Die Vertragsstaaten treffen geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen Zugang zu der Unterstützung zu verschaffen, die sie bei der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit gegebenenfalls benötigen.

(4) Die Vertragsstaaten stellen sicher, dass zu allen die Ausübung der Rechts- und Handlungsfähigkeit betreffenden Maßnahmen im Einklang mit den internationalen Menschenrechtsnormen geeignete und wirksame Sicherungen vorgesehen werden, um Missbräuche zu verhindern. Diese Sicherungen müssen gewährleisten, dass bei den Maßnahmen betreffend die Ausübung der Rechts- und Handlungsfähigkeit die Rechte, der Wille und die Präferenzen der betreffenden Person geachtet werden, es nicht zu Interessenkonflikten und missbräuchlicher Einflussnahme kommt, dass die Maßnahmen verhältnismäßig und auf die Umstände der Person zugeschnitten sind, dass sie von möglichst kurzer Dauer sind und dass sie einer regelmäßigen Überprüfung durch eine zuständige, unabhängige und unparteiische Behörde oder gerichtliche Stelle unterliegen. Die Sicherungen müssen im Hinblick auf das Ausmaß, in dem diese Maßnahmen die Rechte und Interessen der Person berühren, verhältnismäßig sein.

Artikel 14: Freiheit und Sicherheit der Person

Die Vertragsstaaten gewährleisten,

a) dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen das Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit genießen;

b) dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen die Freiheit nichtrechtswidrig oder willkürlich entzogen wird, dass jede Freiheitsentziehung im Einklang mit dem Gesetz erfolgt und dass das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt.

(2) Die Vertragsstaaten gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen, denen aufgrund eines Verfahrens ihre Freiheit entzogen wird, gleichberechtigten Anspruch auf die in den internationalen Menschenrechtsnormen vorgesehenen Garantien haben und im Einklang mit den Zielen und Grundsätzen dieses Übereinkommens behandelt werden, einschließlich durch die Bereitstellung angemessener Vorkehrungen.

Artikel 15: Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe

(1) Niemand darf der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden. Insbesondere darf niemand ohne seine freiwillige Zustimmung medizinischen oder wissenschaftlichen Versuchen unterworfen werden.

(2) Die Vertragsstaaten treffen alle wirksamen gesetzgeberischen, verwaltungsmäßigen, gerichtlichen oder sonstigen Maßnahmen, um auf der Grundlage der Gleichberechtigung zu verhindern, dass Menschen mit Behinderungen der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden.

Artikel 16: Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch

(1) Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs-, Sozial-, Bildungs- und sonstigen Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen sowohl innerhalb als auch außerhalb der Wohnung vor jeder Form von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch, einschließlich ihrer geschlechtsspezifischen Aspekte, zu schützen.

(2) Die Vertragsstaaten treffen außerdem alle geeigneten Maßnahmen, um jede Form von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch zu verhindern, indem sie unter anderem geeignete Formen von dem Geschlecht und dem Alter berücksichtigender Hilfe und Unterstützung für Menschen mit Behinderungen und ihre Familien und Betreuungspersonen gewährleisten, einschließlich durch die Bereitstellung von Informationen und Aufklärung darüber, wie Fälle von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch verhindert, erkannt und angezeigt werden können. Die Vertragsstaaten sorgen dafür, dass Schutzdienste das Alter, das Geschlecht und die Behinderung der betroffenen Personen berücksichtigen.

(3) Zur Verhinderung jeder Form von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch stellen die Vertragsstaaten sicher, dass alle Einrichtungen und Programme, die für Menschen mit Behinderungen bestimmt sind, wirksam von unabhängigen Behörden überwacht werden.

(4) Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um die körperliche, kognitive und psychische Genesung, die Rehabilitation und die soziale Wiedereingliederung von Menschen mit Behinderungen, die Opfer irgendeiner Form von Ausbeutung, Gewalt oder Missbrauch werden, zu

fördern, auch durch die Bereitstellung von Schutzeinrichtungen. Genesung und Wiedereingliederung müssen in einer Umgebung stattfinden, die der Gesundheit, dem Wohlergehen, der Selbstachtung, der Würde und der Autonomie des Menschen förderlich ist und geschlechts- und altersspezifischen Bedürfnissen Rechnung trägt.

(5) Die Vertragsstaaten schaffen wirksame Rechtsvorschriften und politische Konzepte, einschließlich solcher, die auf Frauen und Kinder ausgerichtet sind, um sicherzustellen, dass Fälle von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch gegenüber Menschen mit Behinderungen erkannt, untersucht und gegebenenfalls strafrechtlich verfolgt werden.

Artikel 17: Schutz der Unversehrtheit der Person

Jeder Mensch mit Behinderungen hat gleichberechtigt mit anderen das Recht auf Achtung seiner körperlichen und seelischen Unversehrtheit.

Der UN-Fachausschuss kritisiert anlässlich der ersten Staatenprüfung die Nichteinhaltung verschiedener Gewährleistungen die Sicherheit und Schutz der Person betreffend (CRPD 2015). In seinen abschließenden Bemerkungen weist er beispielsweise hin auf

- die Unterbringung von Menschen mit psychosozialen Behinderungen in Einrichtungen, den mangelnden Schutz ihrer Privatsphäre,
- den Mangel an Informationen über Menschen mit Behinderungen im Strafsystem,
- die Problematik der Isolierung und der Anwendung körperlicher und chemischer freiheitseinschränkender Maßnahmen, insbesondere bei Personen mit psychosozialen Behinderungen in Einrichtungen und bei älteren Menschen in Pflegeheimen,
- das Fehlen unabhängiger Beschwerdemechanismen in Einrichtungen, die fehlende dauerhafte staatliche Finanzierung beim Gewaltschutz für Frauen sowie die Nichteinsetzung einer unabhängigen Überwachungsbehörde zur Untersuchung von Gewalt und Missbrauch an Menschen mit Behinderungen inner- und außerhalb von Einrichtungen und

- die Praxis der Sterilisierung von Erwachsenen mit Behinderungen auf der Grundlage einer ersetzenden Entscheidung²²⁶.

Diese Aspekte sind auch Gegenstand der kombinierten zweiten und dritten Staatenprüfung und werden sowohl durch den Fachausschuss als auch durch die Monitoring-Stelle zur Umsetzung der UN-BRK in den Blick genommen (CRPD 2018 und DIMR 2018).

Vor diesem Hintergrund werden im folgenden Kapitel in Bezug auf Schutz und Sicherheit von Menschen mit Beeinträchtigungen Daten zu folgenden Aspekten aufbereitet: Im ersten Abschnitt werden Informationen über Persönlichkeitsrechte und rechtliche Betreuung dargestellt. Im zweiten Abschnitt geht es um Einschränkungen der Persönlichkeitsrechte durch Freiheitsentziehungen, bei strafrechtlicher Unterbringung und in ärztlicher Behandlung.

Dies wird im dritten Abschnitt in Bezug auf geschlechtsangleichende Operationen bei intergeschlechtlichen Kindern vertieft. Der vierte Abschnitt thematisiert Gewalterfahrungen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Es folgen Daten zum Sicherheitsempfinden. Abschnitt 10.6 zeigt Strukturen für Gewaltschutz und Hilfen.

Abschließend werden die Ergebnisse zusammengefasst. Hierbei leiten die folgenden Fragen den Blick auf die zentralen empirischen Befunde:

1. In welchem Ausmaß sind die Freiheits- und Persönlichkeitsrechte von Menschen mit Beeinträchtigungen gefährdet, und in welchen Situationen zeigen sich solche Gefährdungen?
2. Welche Entwicklungen zeigen sich im Bereich der Einschränkungen und Verletzungen von Freiheits- und Persönlichkeitsrechten und bei der Wahrnehmung der staatlichen Achtungs- und Schutzpflicht?
3. Für welche Teilgruppen der Menschen mit Beeinträchtigungen lassen sich anhand der dargestellten Statistiken besondere Gefährdungen von Freiheits- und Persönlichkeitsrechten erkennen?

²²⁶ Bei einer ersetzenden Entscheidung wird weder nach dem Willen und den Vorstellungen eines Menschen gefragt, noch werden diese verwirklicht. Stattdessen handelt eine andere Person nach eigenem oder einem objektiven Maßstab anstelle der betroffenen Person. Der Gegenbegriff zur ersetzenden Entscheidung ist die unterstützte Entscheidungsfindung.

10.1 Rechtliche Betreuung und Vorsorgevollmacht

Artikel 12 UN-BRK bekräftigt, dass Menschen mit Beeinträchtigungen in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen Menschen Rechts- und Handlungsfähigkeit genießen. Die Vertragsstaaten sollen geeignete Maßnahmen ergreifen, um Menschen mit Beeinträchtigungen Zugang zu der Unterstützung zu verschaffen, die sie bei der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit gegebenenfalls benötigen.

In Deutschland wurde dazu mit der rechtlichen Betreuung ein Instrument geschaffen, durch das volljährige Personen Unterstützung und Schutz erhalten sollen, die aufgrund von Krankheit oder Behinderung nicht oder nur eingeschränkt in der Lage sind, für sich selbst zu entscheiden. Sie besteht seit dem im Jahr 1992 in Kraft getretenen Betreuungsgesetz und wird in den §§ 1896 ff. des BGB geregelt. Die vom Gericht bestellten Betreuerinnen und Betreuer unterstützen die volljährigen Personen in der Wahrnehmung ihrer rechtlichen Angelegenheiten und können sie im Rahmen des übertragenen Aufgabenkreises rechtlich vertreten.

Bestellt werden die rechtlichen Betreuerinnen und Betreuer im Rahmen eines Verfahrens beim Betreuungsgericht, dessen Einleitung entweder auf eigenen Antrag des beziehungsweise der Betroffenen oder von Amts wegen erfolgt. Eine Betreuung gegen den Willen der betreuten Person kann nur angeordnet werden, wenn diese nicht zu einer freien Willensbildung fähig ist. Auch bei der Auswahl der Betreuungsperson sollten die von den Betroffenen geäußerten Wünsche berücksichtigt werden. Nach Möglichkeit wird eine natürliche Person bestimmt (§ 1897 Absatz 1 BGB). Als Betreuungspersonen infrage kommen sowohl Verwandte oder andere der Person mit Beeinträchtigungen nahestehende Menschen als auch andere ehrenamtliche Betreuerinnen oder Betreuer oder Berufsbetreuerinnen und -betreuer, die auch als Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter eines Betreuungsvereins tätig sein können.

Mit der Ablösung der früheren Vormundschaft für Volljährige und der Gebrechlichkeitspflegschaft soll die rechtliche Betreuung hilfebedürftigen Personen ein möglichst selbstbestimmtes Leben ermöglichen und damit das grundgesetzlich garantierte Selbstbestimmungsrecht stärken. Eine gesetzliche Entmündigung findet nicht mehr statt. Vielmehr ist sicherzustellen, dass sich die Unterstützung am individuellen Bedarf und der speziellen Lebenslage der Person mit Beeinträchtigungen und insbesondere an ihren Wünschen orientiert. Vorrangige Aufgabe der rechtlichen Betreuung ist die Unterstützung der Person mit Beeinträchtigungen in der selbständigen Wahrnehmung ihrer rechtlichen Angelegenheiten (unterstützte Entscheidungsfindung). Stellvertretend darf die Betreuerin oder der Betreuer nur

handeln, wenn dies erforderlich ist. Und auch dann ist sie an die Wünsche der betreuten Person gebunden. Auch diese Art der Unterstützung stellt keine Form der ersetzenden Entscheidungsfindung dar, da die rechtliche Vertretung nur das Mittel ist, um die Wünsche der betreuten Person umsetzen zu können.

Kernprinzip des Betreuungsrechts²²⁷ ist die Achtung des Willens und der Wünsche der betreuten Person – allerdings nur soweit dies nicht deren Wohl zuwiderläuft (§ 1901 Absatz 3 BGB). Das Wohl ist dabei nicht objektiv zu verstehen, sondern hat sich stets an den Wünschen beziehungsweise dem mutmaßlichen Willen der betreuten Person zu orientieren. Damit sieht das Betreuungsrecht auch eine Schutzfunktion der betroffenen Person vor Schädigung, missbräuchlicher Einflussnahme oder Fremdbestimmung vor, die diese aufgrund ihrer Krankheit oder Beeinträchtigungen nicht selbst erkennen kann. Besteht erhebliche Gefahr für die betreute Person selbst oder ihr Vermögen, kann das Betreuungsgericht zusätzlich zu einer Betreuerbestellung einen Einwilligungsvorbehalt nach § 1903 BGB anordnen. Ein solcher schränkt die Geschäftsfähigkeit der betreuten Person ein und bindet ihre Rechtsgeschäfte an die Einwilligung beziehungsweise Zustimmung der Betreuerin oder des Betreuers.

Weitgehend beziehungsweise gänzlich vermieden werden kann eine rechtliche Betreuung durch eine Vorsorgevollmacht. Es handelt sich dabei um eine Erklärung, in der die vollmachterteilende Person einer anderen Person die Vertretungsmacht erteilt, in ihrem Namen zu entscheiden, falls im weiteren Lebensverlauf eine Geschäfts- oder Einwilligungsunfähigkeit eintritt. Indem die Vertrauensperson und der Anwendungsbereich selbst ausgewählt werden können, wird durch eine Vorsorgevollmacht das Recht auf Selbstbestimmung gestärkt.

10.1.1 Betreuungsverfahren in Deutschland

Aufgrund weitreichender Umstellungsarbeiten im Erhebungsverfahren der Justizverwaltungen liegen belastbare Zahlen der Betreuungsgerichte für das gesamte Bundesgebiet – je nach Kennzahl – nur bis zum Jahr 2014 oder 2015 vor. Bei den Statistiken ab dem Jahr 2015 beziehungsweise 2016 muss mit Unstimmigkeiten gerechnet werden, außerdem sind sie nicht für alle Bundesländer oder überhaupt nicht verfügbar, weshalb auf deren eingeschränkte Aussagekraft hingewiesen werden muss.

Nach einem Höchststand im Jahr 2012 mit 1.325.013 laufenden Betreuungen sank die Zahl der Betreuungsverfahren bis 2014 auf 1.306.589 (**Tabelle 125**).

²²⁷ Zur geplanten Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts äußert sich der wissenschaftliche Beirat im Kommentar zu diesem Kapitel.

Am Ende des Jahres 2015 waren – ohne Zahlen aus Schleswig-Holstein – 1.276.538 Betreuungsverfahren anhängig. Schätzungen zufolge münden 97,83 Prozent der Gesamtverfahren in eine tatsächliche (vorläufige oder dauerhafte) Betreuung. Dies entspräche etwa 1.280.900 Personen, für die zum Jahresende 2015 eine Betreuung bestand (Matta et al. 2018).

Analog zur beschriebenen Entwicklung sank auch die Zahl der Erstbestellungen von Betreuerinnen und Betreuern. 2016 lag diese – ohne die Bundesländer Baden-Württemberg, Bremen und Saarland mitzuzählen – bei 192.014. Bei rund 47 Prozent der Erstbetreuerbestellten handelte es sich um Familienangehörige, 8 Prozent waren Mitarbeitende von Betreuungsvereinen, ebenfalls 8 Prozent Anwältinnen und Anwälte sowie 34 Prozent sonstige Berufsbetreuerinnen und -betreuer (Deinert 2018).

Die Zahl der angeordneten Einwilligungsvorbehalte sank zwischen 2012 und 2015 von 13.582 auf 12.429. Im Jahr 2016 lag die Zahl bei 15.638 (ohne Baden-Württemberg, Bremen und Saarland). Entwicklungen sind aufgrund der unvollständigen Erfassungen im Jahr 2016 nicht klar ersichtlich.

Tabelle 125: Betreuungsverfahren in Deutschland

Verfahren	2012	2013	2014	2015	2016
Betreuungsverfahren insgesamt	1.325.013	1.310.619	1.306.589	1.276.538 ¹⁾	1.048.631 ²⁾
Erstbestellungen von Betreuer*innen	232.896	221.262	210.554	209.664 ¹⁾	192.014 ³⁾
angeordnete Einwilligungsvorbehalte	13.582	13.278	13.189	12.429	15.638 ³⁾

1) 2015 ohne Schleswig-Holstein

2) 2016 ohne Bayern, Bremen, Saarland

3) 2016 ohne Baden-Württemberg, Bremen, Saarland

Quellen: Deinert 2013; Deinert 2016; Deinert 2017; Deinert 2018; Berechnung und Darstellung Prognos

10.1.2 Strukturdaten und Qualität in der rechtlichen Betreuung

Eine Studie im Auftrag des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) aus dem Jahr 2018 (Matta et al. 2018) erhebt erstmalig wichtige Strukturdaten und untersucht unterschiedliche Qualitätsaspekte in der rechtlichen Betreuung. Zu diesem Zweck wurden unter anderem 2.460 Berufsbetreuerinnen und -betreuer befragt, deren Angaben sich auf circa 91.000 durchgeführte Betreuungen beziehen.

Beruflich tätige Betreuungspersonen waren demnach im Durchschnitt für insgesamt 37 Betreuungen verantwortlich, 29 Prozent der Befragten hatten 40 bis 54 Betreuungsfälle, weitere 17 Prozent 55 und mehr Betreuungen (Matta et al. 2018). Von Betroffenenverbänden wird dieser Umstand als kritisch bewertet, aber eine Gesetzesänderung dahingehend, dass eine absolute Fallzahlbegrenzung eingeführt wird, wurde vom Deutschen Bundestag im Jahr 2014 im Rahmen der Beantwortung einer Petition nicht in Aussicht gestellt (openPetition 2015).²²⁸

Was die Altersstruktur der Betreuten angeht, so ist diese in etwa mit der deutschen Gesamtbevölkerung ab 18 Jahren vergleichbar. 28 Prozent der von den 2.460 befragten Berufsbetreuerinnen und -betreuern betreuten Personen waren zwischen 18 und 39 Jahren alt, 39 Prozent waren 60 Jahre oder älter. Mit 88 Prozent war der Großteil der Betreuten mittellos, nur eine kleine Gruppe verfügte über Vermögen. Mehr als die Hälfte wohnte in Privathaushalten. (Matta et al. 2018)

Als häufigste Gründe für die Einrichtung einer beruflichen Betreuung wurden psychische Krankheiten und Persönlichkeitsstörungen genannt. Berufliche Betreuungen infolge ausschließlich körperlicher Beeinträchtigungen waren selten. Bezüglich der Aufgabenbereiche, für deren Besorgung das Betreuungsgericht eine Berufsbetreuerin beziehungsweise einen -betreuer bestellt hatte, kamen Vermögenssorge, Behörden- und Gerichtsangelegenheiten sowie Gesundheitsvorsorge mit Abstand am häufigsten vor. Wohnungsangelegenheiten, Aufenthaltsbestimmung, Postkontrolle sowie die Personensorge insgesamt wurden hingegen in deutlich weniger Fällen an die befragten Betreuungspersonen übertragen. (Matta et al. 2018)

Die Autorinnen und Autoren der oben genannten Studie untersuchten auch, inwiefern das Selbstbestimmungsrecht in der rechtlichen Betreuung aus Sicht der

²²⁸ Im Jahr 2014 wurde eine Petition eingereicht, in der eine gesetzliche Beschränkung von 50 Betreuungen je Berufsbetreuerin beziehungsweise -betreuer gefordert wurde, da bei einer höheren Zahl eine ordnungsgemäße Betreuung nicht mehr realisierbar sei. Das Petitionsverfahren wurde abgeschlossen, weil nach Ansicht des Petitionsausschusses dem Anliegen bereits teilweise entsprochen werde. So sieht das Gesetz eine individuelle Fallbegrenzung vor, indem die Anzahl der bestehenden übertragenen Betreuungen als Eignungskriterium bei der Auswahl der Betreuerin beziehungsweise des Betreuers durch das Betreuungsgericht berücksichtigt wird.

Betroffenen geachtet und geschützt wird. Hinweise darauf stützen sich auf Interviews mit insgesamt 68 Betreuten. Insgesamt äußern sich diese zufrieden mit der eigenen Betreuungssituation, die Vorteile gegenüber einem Leben ohne diese Unterstützung werden anerkannt. Betreute fühlen sich in ihrer Meinung respektiert und über aktuelle Angelegenheiten ausreichend informiert. Die Berufsbetreuerinnen und -betreuer begegnen den Personen mit Beeinträchtigungen vielfach auf Augenhöhe und handeln parteilich in deren Sinne. Betreute, die im Rahmen der Studie sagten, dass sie ohne Unterstützung durch die rechtliche Betreuerin beziehungsweise den Betreuer genauso gut oder gar besser ihren Alltag bestreiten könnten, gab es nur sehr wenige. (Matta et al. 2018)

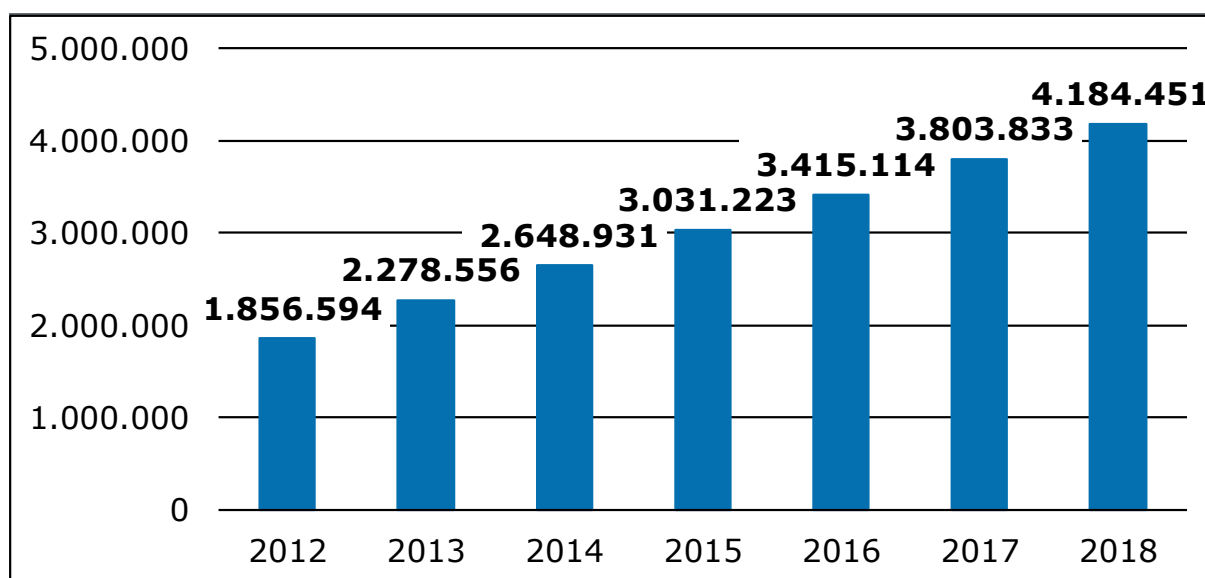
Ende 2019 ging ein vom BMJV angestoßener interdisziplinärer und partizipativer Diskussionsprozess zu Ende, in dessen Rahmen Reformvorschläge zur Verbesserung des Betreuungsrechts erarbeitet worden sind. Das im Koalitionsvertrag für die 19. Legislaturperiode verankerte Vorhaben greift die Ergebnisse der geschilderten Studie auf und zielt darauf ab, die Selbstbestimmung und Autonomie unterstützungsbedürftiger Menschen sowohl im Vorfeld, als auch innerhalb der rechtlichen Betreuung zu stärken und die Qualität der Betreuung zu verbessern. Die vier im Rahmen des Diskussionsprozesses adressierten Handlungsfelder lauten: *Stärkung des Selbstbestimmungsrechts bei der Betreuerauswahl, der Betreuungsführung und der Aufsicht, Betreuung als Beruf und die Vergütung des Berufsbetreuers, Ehrenamt und Vorsorgevollmacht sowie Rechtliche Betreuung und andere Hilfen.* (BMJV 2019) Die Ergebnisse des Diskussionsprozesses sind in das Gesetz zur Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts eingeflossen, das nach Abschluss der parlamentarischen Beratungen noch in der 19. Legislaturperiode verabschiedet werden soll (BMJV 2020).

10.1.3 Vorsorgevollmachten

Eine rechtliche Betreuung kann durch eine Vorsorgevollmacht vermieden werden. Wenn und soweit Bevollmächtigte die Angelegenheiten der Betroffenen ebenso gut wie eine Betreuerin oder ein Betreuer regeln können, ist die Bestellung einer Betreuungsperson durch das Betreuungsgericht nicht erforderlich (§ 1896 Absatz 2 Satz 2 BGB). Damit wird das Recht auf Selbstbestimmung gestärkt: Mit einer Vorsorgevollmacht kann die Vertrauensperson selbst ausgewählt werden, die bei später eintretender Geschäfts- oder Einwilligungsunfähigkeit entscheidet und handelt. Für welche Lebensbereiche die Vorsorgevollmacht gilt, kann ebenfalls bestimmt werden.

Einen Anhaltspunkt zur Verbreitung von Vorsorgevollmachten gibt das von der Bundesnotarkammer betriebene Zentrale Vorsorgeregister. Dieses hat den Zweck, im Falle einer eingetretenen Einwilligungsunfähigkeit die Suche des Betreuungsgerichts nach einer möglicherweise vorliegenden Versorgungsvollmacht und der bevollmächtigten Person zu erleichtern, indem es Informationen zu existierenden Vorsorgeverfügungen bündelt. Wie Abbildung 110 zeigt, hat sich die Zahl der zentral registrierten Vorsorgevollmachten im Zeitraum von 2012 bis 2018 mehr als verdoppelt. 2018 waren es 4.184.451 Eintragungen.

Abbildung 110: Zentral registrierte Vorsorgevollmachten in Deutschland



Quelle: Bundesnotarkammer *Zentrales Vorsorgeregister* 2020; Berechnung und Darstellung Prognos

Da eine Registrierung beim Zentralen Vorsorgeregister freiwillig erfolgt und im Todesfall oder bei Widerruf nicht automatisch gelöscht wird, ist allerdings von nicht unerheblichen Abweichungen gegenüber der real existierenden Anzahl an Vorsorgevollmachten auszugehen.

10.2 Rechtliche Zwangsmaßnahmen oder Eingriffe in die persönliche Integrität

Zwangsmaßnahmen können Teil einer notwendigen Behandlung sein und dem Schutz der betroffenen Person gegenüber ihren eigenen Beeinträchtigungen oder der öffentlichen Sicherheit dienen. Zugleich stellen sie aus menschenrechtlicher

Perspektive immer einen schwerwiegenden Eingriff in die persönlichen Freiheitsrechte sowie eine Einschränkung der persönlichen Selbstbestimmung und Unversehrtheit dar.

Der UN-Fachausschuss hat in den Abschließenden Bemerkungen mit Bezug auf Artikel 14 UN-BRK daher gefordert, alle unmittelbar notwendigen Maßnahmen zu ergreifen, um Zwangsunterbringungen durch Rechtsänderungen zu verbieten und alternative Maßnahmen zu fördern (CRPD 2015). Außerdem fordert der Fachausschuss in Bezug auf Artikel 15 UN-BRK, jede Anwendung körperlicher und medikamentöser Freiheitseinschränkungen in der Altenpflege und in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen zu verbieten.

Als freiheitsentziehende Unterbringung wird in Deutschland zunächst die Einweisung in eine stationäre psychiatrische Einrichtung gegen den Willen oder ohne Zustimmung der betroffenen Person bezeichnet. Sie bedarf einer richterlichen Entscheidung, die auf unterschiedliche rechtliche Grundlagen gestützt sein kann. § 1906 Absatz 1 BGB bezieht sich auf Menschen mit Beeinträchtigungen, für die bereits eine Betreuungsperson bestellt wurde. Dann hat zunächst diese Betreuungsperson eine Entscheidung zu treffen, die gegebenenfalls vom Gericht zu genehmigen ist. Sollte noch keine Betreuungsperson bestellt worden sein, kann nach § 1908i Absatz 1 in Verbindung mit § 1846 BGB das Betreuungsgericht unter denselben Voraussetzungen im Einzelfall eine vorläufige Entscheidung herbeiführen und sogenannte einstweilige Maßregeln treffen. Während die soeben geschilderten Verfahren ausschließlich auf das Wohl der betreffenden Person abzielen, können nach den länderspezifischen PsychKG²²⁹ freiheitsentziehende Unterbringungen auch bei akuter Fremdgefährdung angeordnet werden. Abgesehen von der beschriebenen zivilrechtlichen sowie öffentlich-rechtlichen Unterbringung können psychisch beeinträchtigte Straftäterinnen und Straftäter, die eine Straftat im Zustand fehlender oder verminderter Schuldfähigkeit begangen haben und von denen aufgrund dieses Zustandes erhebliche weitere Straftaten zu erwarten sind, nach § 63 des Strafgesetzbuches (StGB) in Maßregelvollzugskliniken zwangsuntergebracht und behandelt.

Bei betreuten Personen, die in stationären Einrichtungen wie Kliniken, Alten- und Wohnheimen leben, sind auf Anordnung der Vertretungsperson und mit gerichtlicher Genehmigung freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1906 Absatz 4 BGB möglich. Zulässig ist dies nur zum Schutz der Betreuten vor Selbstgefährdung oder erheblichem gesundheitlichem Schaden. Infrage kommende freiheitsentziehende Maßnahmen sind mechanische Vorrichtungen wie Bettgitter, Fixierungen oder komplizierte Türschließeinrichtungen sowie ruhigstellende Medikamente.

²²⁹ Die genauen Benennungen der Gesetze variieren je nach Bundesland und werden hier unter der Bezeichnung PsychKG zusammengefasst.

Eine gerichtliche Genehmigung ist dann erforderlich, wenn diese Maßnahmen regelmäßig oder für längere Zeit zur Anwendung kommen.

Für ärztliche Zwangsbehandlungen von freiheitsentziehend Untergebrachten nach BGB war lange Zeit keine gesonderte gerichtliche Genehmigung nötig, bis dieser Praxis durch Beschlüsse des Bundesverfassungsgerichts sowie des Bundesgerichtshofes die Grundlage entzogen wurde. Das Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme von Februar 2013 legte schließlich im neu geschaffenen § 1906 Absatz 3, 3a BGB die Voraussetzungen fest, unter denen eine Betreuungsperson in eine ärztliche Zwangsmaßnahme einwilligen kann und regelte das zugehörige gerichtliche Genehmigungsverfahren. Eine Behandlung gegen den natürlichen Willen²³⁰ der betroffenen Person ist demnach nur zulässig, wenn sie nach mindestens einem vergeblichen Überzeugungsversuch als letztes Mittel zur Verfügung steht und nur damit ein drohender erheblicher gesundheitlicher Schaden abgewendet werden kann. Im Juli 2017 erfolgte eine Anpassung in einem neuen § 1906a BGB, der eine Zwangsbehandlung nur noch im Rahmen eines stationären Aufenthalts im Krankenhaus erlaubt, aber nicht zwingend im Rahmen einer freiheitsentziehenden Unterbringung. Möglich sind Zwangsbehandlungen zudem außerhalb zivilrechtlicher Betreuung im Rahmen der Unterbringung nach den PsychKG der Länder sowie im strafrechtlichen Maßregelvollzug.

Eine Sterilisation stellt einen besonders schwerwiegenden Eingriff dar, da sie die persönliche Lebensgestaltung unwiderruflich festlegt. Für den Fall eines derartigen Eingriffs bei einer Person mit rechtlicher Betreuung und dauerhafter Einwilligungsunfähigkeit müssen strenge rechtliche Vorgaben nach § 1905 BGB erfüllt sein. Dazu gehört, dass die Sterilisation auch dem natürlichen Willen der oder des Betreuten nicht widerspricht, die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft sehr hoch ist und mit dieser eine erhebliche Gefährdung für die Schwangere einhergehen würde. Zudem ist die Sterilisation als nachrangig gegenüber allen anderen Methoden der Empfängnisverhütung anzusehen.²³¹ Insofern stellt sie keine Zwangsmaßnahme im engeren Sinne dar.

Die nachfolgenden statistischen Betrachtungen sind eingeschränkt aussagekräftig, da auch zu Unterbringungsverfahren (dazu gehören auch Genehmigungsverfahren für ärztliche Zwangsmaßnahmen) infolge der schrittweisen Einführung der

²³⁰ Der natürliche Wille ist ein juristischer Begriff in Abgrenzung zum freien Willen. Mit dem natürlichen Willen werden die Willensbekundungen eines Menschen bezeichnet, der zum Zeitpunkt der Äußerung nicht die Fähigkeiten zur freiverantwortlichen Willensbildung besitzt, das heißt im Regelfall ist die betroffene Person weder geschäfts- noch einwilligungsfähig.

²³¹ Zur menschenrechtlichen Problematik von Sterilisationen nach Betreuungsrecht äußert sich auch der wissenschaftliche Beirat im Kommentar zu diesem Kapitel.

neuen Betreuungsstatistik in den Bundesländern nur unzureichendes Datenmaterial für die Jahre ab 2016 vorliegt. In Deutschland wurde bislang noch nicht systematisch erfasst, wie oft welche Form von Zwangsmaßnahme eingesetzt wird, mit welcher Begründung und auf welcher Rechtsgrundlage sie erfolgen und welche Umstände damit zusammenhängen.

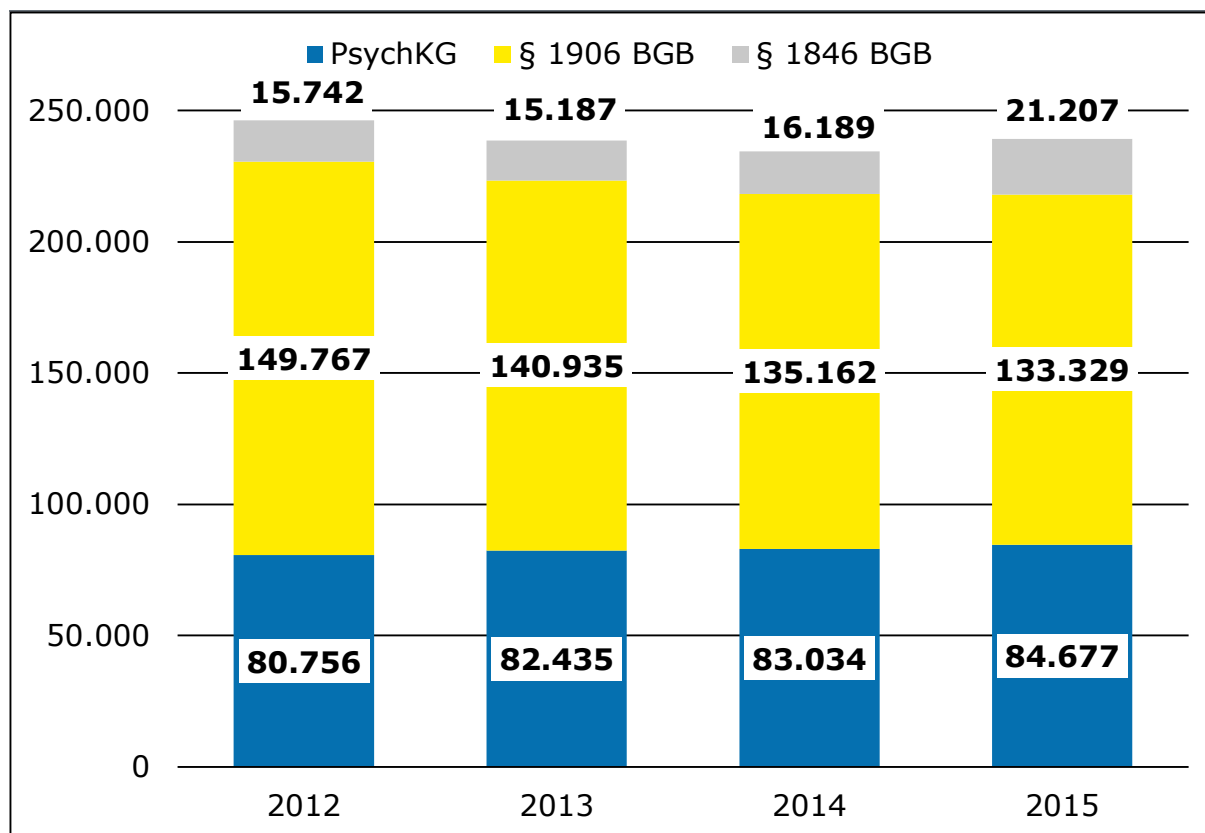
Um diese Lücke zu schließen und alternative Versorgungsansätze zu erarbeiten wurden vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zwei Forschungsprojekte, beauftragt: Das Projekt *ZIPHER – Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem: Erfassung und Reduktion* setzt sich unter anderem zum Ziel, eine bundesweite Vollerhebung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem zu leisten und deren Bedingungsfaktoren zu analysieren. Das Projekt *Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem* zielt stärker darauf ab, konkrete Interventionsstrategien zu entwickeln (Deutscher Bundestag 2017a). Beide Projekte hatten die Laufzeit 2016 bis 2019.

10.2.1 Freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen in Einrichtungen

Verfahren zur freiheitsentziehenden Unterbringung waren im Laufe des Jahres 2015 in insgesamt 239.213 Fällen bei Betreuungsgerichten anhängig (Abbildung 111). Genehmigungsverfahren nach § 1906 Absatz 1, 2 und 4 BGB machten dabei mit 133.329 mehr als die Hälfte (56 %) aller Genehmigungsverfahren aus, während Anordnungsverfahren nach den landesrechtlichen Regelungen der PsychKG einen Anteil von knapp über einem Drittel (35 %) hatten und Verfahren über einstweilige Maßregeln nach § 1908i Absatz 1 Satz 1 i. V. m. § 1846 BGB etwa 9 Prozent der Fälle ausmachten.

Die Gesamtzahl der Verfahren ist im Zeitverlauf von 2012 bis 2014 um etwa 12.000 gesunken (- 5 %) und stieg 2015 wieder leicht um knapp 5.000 Fälle (+ 2 %). Einen kontinuierlichen Rückgang verzeichneten Unterbringungsverfahren nach § 1906 BGB, während die Anzahl der Verfahren nach § 1908i Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit § 1846 BGB sowie nach den PsychKG im betrachteten Zeitraum jeweils stieg.

Abbildung 111: Unterbringungsverfahren in Deutschland
nach Rechtsgrundlage



Quellen: Deinert 2015a; Deinert 2015b; Deinert 2017; Berechnung und Darstellung Prognos

Die Quote anhängiger Verfahren über freiheitsentziehende Unterbringungen bezogen auf 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner ging im gleichen Zeitraum von 3,06 auf 2,79 zurück (

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Tabelle 126). Der im zweiten Teilhabebericht diagnostizierte Trend einer Verschiebung von Verfahren nach Bundesrecht auf das Landesrecht setzte sich nicht fort. Die Quote der Verfahren nach den landesrechtlichen Regelungen blieb vielmehr nahezu konstant.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Tabelle 126: Unterbringungsverfahren in Deutschland
nach Rechtsgrundlage, je 1.000 Einwohner*innen

Jahr	Insgesamt	darunter		
		PsychKG	§ 1906 BGB	§ 1846 BGB
2012	3,06	1,00	1,86	0,20
2013	2,95	1,02	1,74	0,19
2014	2,88	1,02	1,66	0,20
2015	2,79	1,03	1,50	0,26
Veränderung 2012 bis 2015	- 9 %	+ 3 %	- 19 %	+ 30 %

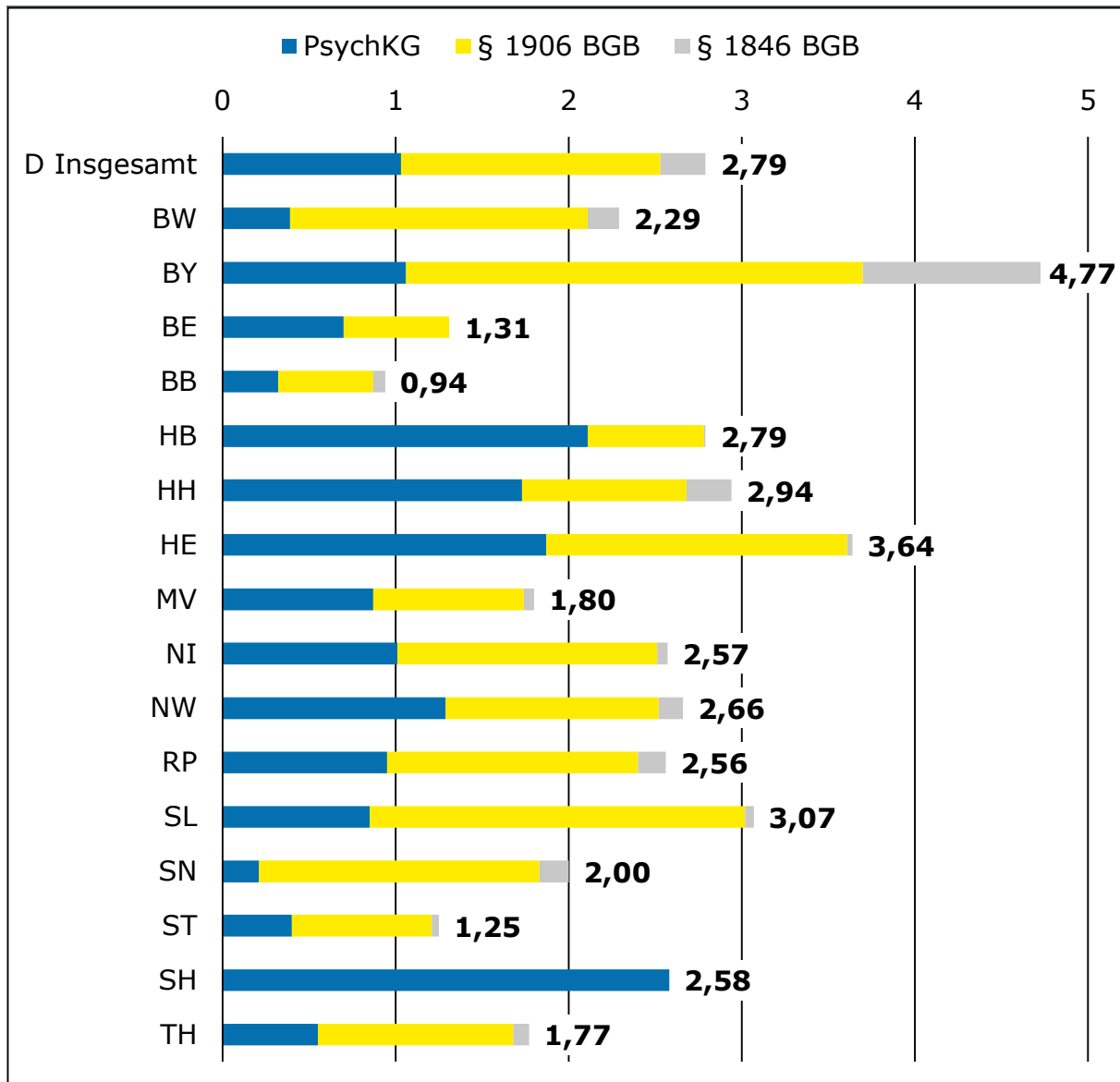
Quellen: Deinert 2015a; Deinert 2015b; Deinert 2017; Berechnung und Darstellung Prognos

Zwischen den Bundesländern bestehen erhebliche Unterschiede in der Anzahl der im Jahresverlauf anhängigen Verfahren zur freiheitsentziehenden Unterbringung (Abbildung 112) im Verhältnis zur Bevölkerungsgröße. Im Jahr 2015 waren mit 4,77 je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner die meisten Verfahren in Bayern anhängig, Brandenburg hatte hingegen mit 0,94 anteilig die geringste Quote. Auch die Häufigkeit der Regelungen, nach denen die Verfahren eingeleitet wurden, variiert. Beispielsweise spielten 2015 in Sachsen Anordnungsverfahren nach der landesrechtlichen Regelung (PsychKG) nur eine relativ geringe Rolle (11 %), während in Bremen der Großteil (76 %) aller freiheitsentziehenden Unterbringungen auf dieser Grundlage beantragt wurde. Einstweilige Maßregeln (§ 1846 BGB), bei denen das Betreuungsgericht bei Gefahr im Verzug anstelle einer noch nicht bestellten Betreuungsperson handelt, wurden im Jahr 2015 mit Ausnahme Bayerns (22 %) in allen Bundesländern nur in unter 10 Prozent aller Verfahren angewandt. Zurückzuführen sind die erheblichen Unterschiede wohl auf die verschiedenen landestypischen Gesetzesregelungen sowie Unterschiede in der Diagnosestellung und Unterstützungsinfrastruktur für Betroffene (Brieger et al. 2014; Valdes-Stauber et al. 2012).

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Abbildung 112: Unterbringungsverfahren in Deutschland

nach Rechtsgrundlage und Bundesländern, 2015, je 1.000 Einwohner*innen



Quelle: Deinert 2017; Berechnung und Darstellung Prognos

Die vorgestellten Daten zu den gerichtlichen Genehmigungsverfahren geben keine Auskunft darüber, wie viele Menschen tatsächlich von freiheitsentziehender Unterbringung und anderen freiheitsentziehenden Maßnahmen betroffen sind. Allerdings lässt sich der Betreuungsstatistik zumindest die Anzahl der erfolgten Genehmigungen beziehungsweise Anordnungen nach § 1906 BGB entnehmen. Beachtet werden muss, dass sich mehrere Genehmigungen auf dieselbe Person beziehen können, z. B. bei Verlängerungen oder erneuten Genehmigungen.

Freiheitsentziehende Unterbringungen nach § 1906 Absatz 1 und 2 BGB wurden im Jahr 2015 in 56.646 Fällen genehmigt (Tabelle 127). Im Vergleich zu 2012 gab es hier keine nennenswerten Entwicklungen. Im Jahr 2016 lag die Zahl der Genehmigungen nahezu unverändert bei 56.048. Für dieses Jahr lagen jedoch keine Zahlen zu Baden-Württemberg, Bremen und dem Saarland vor. Daher kann davon ausgegangen werden, dass die Anzahl der genehmigten freiheitsentziehenden Unterbringungen in Deutschland 2016 gestiegen ist. Die entsprechende Quote der genehmigten freiheitsentziehenden Unterbringungen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner bewegte sich bis 2015 im Bereich von rund 0,7.

Nach § 1906 Absatz 4 BGB wurden im Jahr 2015 insgesamt 59.945 Genehmigungen für freiheitsentziehende Maßnahmen in stationären Einrichtungen erteilt (Tabelle 127). Darunter fallen z. B. Bettgitter, Fixierungen oder ruhigstellende Medikamente. Je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht dies 0,73 angeordneten Maßnahmen. 2016 lag die Zahl (ohne Baden-Württemberg, Bremen und Saarland) bei 51.097. In der zeitlichen Entwicklung ist ein deutlicher Rückgang der genehmigten freiheitsentziehenden Maßnahmen zu erkennen, von 2012 bis 2015 betrug dieser knapp 30 Prozent.

Tabelle 127: Genehmigte freiheitsentziehende Unterbringungen (§ 1906 Abs. 1 und 2 BGB) und freiheitsentziehende Maßnahmen in Einrichtungen (§ 1906 Abs. 4 BGB)

	§ 1906 Abs. 1 und 2 BGB		§ 1906 Abs. 4 BGB	
Jahr	Anzahl	je 1.000 Einwohner*innen	Anzahl	je 1.000 Einwohner*innen
2012	56.490	0,70	85.135	1,06
2013	54.831	0,68	75.727	0,94
2014	55.292	0,68	60.438	0,74
2015	56.646	0,69	59.945	0,73
2016*	56.048	0,80	51.097	0,73

* 2016 ohne Baden-Württemberg, Bremen, Saarland; Anteilsberechnung ohne die entsprechenden Bundesländer

Quellen: Bundesamt für Justiz 2018; Deinert 2017; Deinert 2018; Berechnung und Darstellung Prognos

Über die Rahmenbedingungen freiheitsentziehender Maßnahmen in Einrichtungen ist wenig bekannt. Lediglich in Bezug auf die stationäre Pflege untersucht der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen regelmäßig anhand einer Stichprobe²³², ob die zugehörigen rechtlichen Voraussetzungen erfüllt werden. Im Jahr 2016 wurden bei knapp 9 Prozent der begutachteten Bewohnerinnen und Bewohner freiheitseinschränkende Maßnahmen durchgeführt. Bei 92,5 Prozent dieser Fälle lagen die erforderlichen Einwilligungen oder Genehmigungen vor (Tabelle 128). Darüber hinaus wurde in 88,3 Prozent der Fälle regelmäßig überprüft, ob die freiheitseinschränkenden Maßnahmen nach wie vor erforderlich waren oder ob Maßnahmen mit geringeren Einschränkungen ausgereicht hätten.

Tabelle 128: Gesetzeskonformer Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der stationären Pflege

Anteil erfüllter Kriterien (wenn relevant)

Kriterium	2009/2010	2013	2016
Vorliegen von Einwilligungen oder Genehmigungen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen	88,8 %	91,9 %	92,5 %
regelmäßige Überprüfung der Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen	78,4 %	84,9 %	88,3 %

Quellen: MDS 2014; MDS 2017; Darstellung Prognos

Gegenüber früheren Qualitätsprüfungen zeigt sich ein leichter Zuwachs an Überprüfung: Im ersten Prüfzeitraum 2009/2010 lagen in knapp 89 Prozent der Fälle Einwilligungen oder Genehmigungen vor, eine regelmäßige Überprüfung der Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen fand in 78,4 Prozent der Fälle statt. Die wachsende Aufmerksamkeit kann zusammenhängen mit zwei Initiativen, die darauf abzielen, freiheitseinschränkende Maßnahmen in Einrichtungen der Altenpflege zu verringern. Während die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte evidenzbasierte Leitlinie FEM eine Pflegepraxis unterstützt, die die Willens- und Bewegungsfreiheit der Bewohnerinnen und Bewohner stärker achtet (Köpke et al. 2015), verfolgt der Werdenfelser Weg einen

²³² Im Prüfzeitraum 2009/2010 wurde bei 61.985 Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen die Versorgungsqualität geprüft, im Jahr 2013 waren es 85.237 sowie im Jahr 2016 insgesamt 104.344.

verfahrensrechtlichen Ansatz, bei dem pflegerisch geschulte Verfahrenspflegerinnen und -pfleger in das gerichtliche Genehmigungsverfahren nach § 1906 Absatz 4 BGB einbezogen werden (Kirsch 2020).

10.2.2 Strafrechtliche Unterbringung

Daten über psychisch beeinträchtigte Straftäter und Straftäterinnen, die im Zustand fehlender oder verminderter Schuldfähigkeit eine Straftat begangen haben und von denen aufgrund dieses Zustandes erhebliche weitere Straftaten zu erwarten sind, weshalb sie aufgrund richterlicher Anordnung im Maßregelvollzug nach § 63 StGB untergebracht worden sind, werden vom Statistischen Bundesamt zusammengestellt. Auch hier gibt es Lücken in den Zahlen einiger Bundesländer. Zum 31. März 2017 waren – ohne Rheinland-Pfalz – deutschlandweit 6.275 Personen strafrechtlich in psychiatrischen Krankenhäusern untergebracht (Tabelle 129). Mehr als 90 Prozent dieser Personen waren männlich. Mit einem Anteil von rund 30 Prozent sind Personen zwischen 30 und 39 Jahren am häufigsten vertreten. Bei 347 Personen (6 %) handelte es sich um wiederholt im Maßregelvollzug Untergebrachte. Entwicklungen über Zeit sind aus Gründen der eingeschränkten Datenqualität nicht interpretierbar.

Tabelle 129: Im psychiatrischen Krankenhaus aufgrund strafrechtlicher Anordnung (§ 63 StGB) untergebrachte Personen
jeweils am 31.3.

Jahr	Anzahl Personen	Anteil Männer	Anteil Frauen
2013 ¹⁾	6.652	92,3 %	7,7 %
2014 ¹⁾	6.540	92,1 %	7,9 %
2015 ²⁾	6.141	92,0 %	8,0 %
2016 ^{2) 3)}	6.081	91,7 %	8,3 %
2017 ^{2) 4)}	6.275	91,6 %	8,4 %

1) für Rheinland-Pfalz Ergebnisse aus 2010

2) einschließlich Mecklenburg-Vorpommern, ohne Rheinland-Pfalz

3) für Berlin Ergebnisse aus 2015

4) für Nordrhein-Westfalen Daten für das Jahr 2015

Quelle: Maßregelvollzugsstatistik, Berechnung und Darstellung Prognos

Die durchschnittliche Verweildauer in der Unterbringung nach § 63 StGB verlängerte sich in der Vergangenheit.²³³ Es ließ sich aber kein paralleler Zuwachs der Gefährlichkeit der untergebrachten Personen feststellen. Um den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz zu wahren und zu lange Unterbringungen nach Möglichkeit zu vermeiden, wurden die rechtlichen Grundlagen mit dem am 1. August 2016 in Kraft getretenen Gesetz zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 des Strafgesetzbuches und zur Änderung anderer Vorschriften angepasst. Die Novellierung konkretisiert die Voraussetzungen zur Anordnung und vor allem Fortdauer der Unterbringung und baut Maßnahmen der prozessualen Sicherung aus. (BMJV 2016)

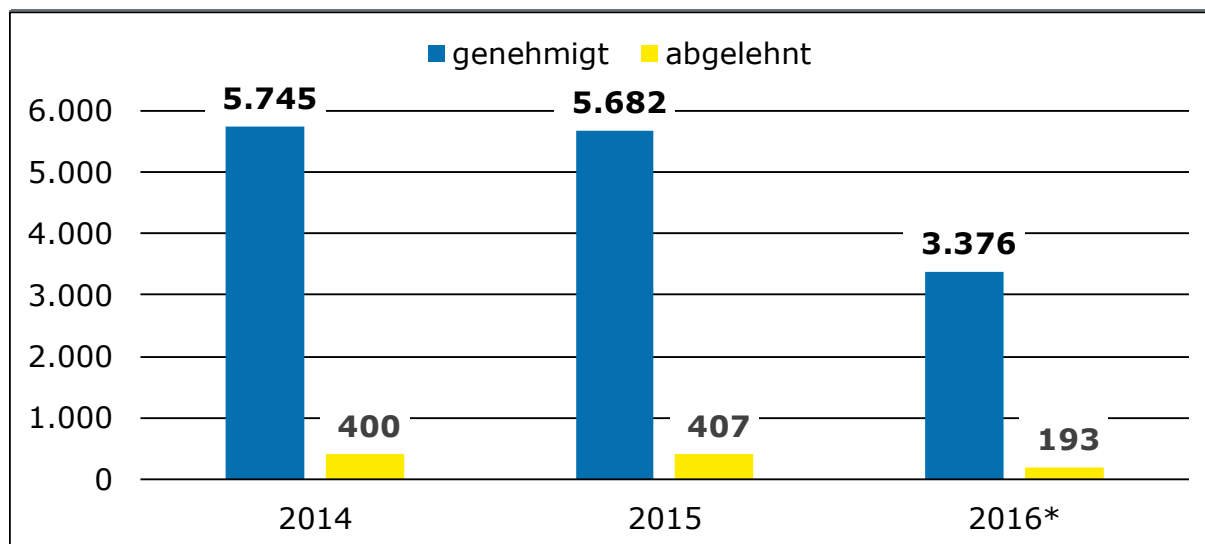
10.2.3 Ärztliche Zwangsbehandlung

Statistische Daten zu den gerichtlichen Genehmigungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen auf Grundlage der Regelung in § 1906 Absatz 3 und 3a BGB alter Fassung wurden nur im Zeitraum von 2014 bis 2016 erhoben und sind ebenfalls von Datenausfällen aufgrund der Umstellungsarbeiten der Betreuungsstatistik betroffen. Im Jahr 2015 wurden bei insgesamt 6.089 Genehmigungsverfahren 5.682 Anträge genehmigt – dies entspricht circa 93 Prozent – und 407 Anträge abgelehnt (Abbildung 113). Die Zahl von 3.376 genehmigten ärztlichen Zwangsmaßnahmen im Jahr 2016 deutet auf einen Rückgang gegenüber dem Vorjahr hin, auch wenn hier keine Daten von Baden-Württemberg, Bremen und dem Saarland einfließen.²³⁴

²³³ Von 2008 bis 2012 stieg die durchschnittliche Verweildauer in der Unterbringung nach § 63 StGB von 6,2 auf knapp 8 Jahre an. Neuere Angaben liegen nur sehr lückenhaft aus einzelnen Bundesländern vor und werden deshalb nicht veröffentlicht (Deutscher Bundestag 2017a).

²³⁴ Für die 13 Bundesländer, die auch 2016 Daten erhoben haben (also ohne Baden-Württemberg, Bremen und Saarland), lag die Zahl der genehmigten ärztlichen Zwangsmaßnahmen im Jahr 2015 bei 5.074 (Deinert 2018).

Abbildung 113: Genehmigte und abgelehnte ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1906 Abs. 3, 3a BGB a. F.)



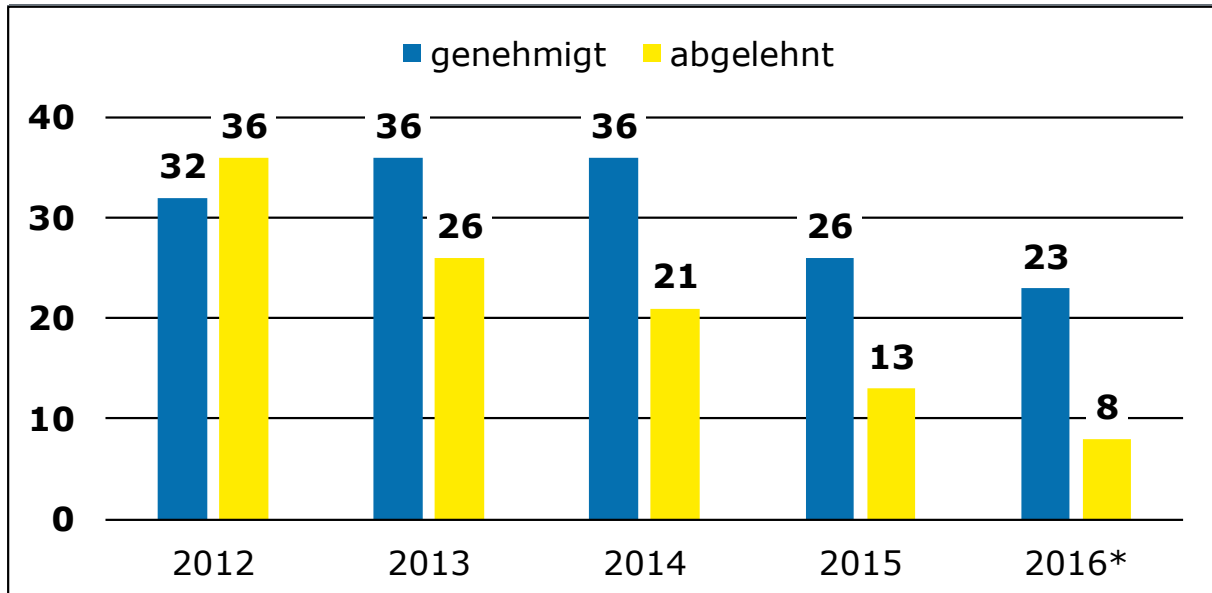
* ohne Baden-Württemberg, Bremen, Saarland

Quelle: Bundesamt für Justiz 2018; Darstellung Prognos

10.2.4 Sterilisation nach Betreuungsrecht

2015 wurden im gesamten Bundesgebiet 26 Anträge auf betreuungsrechtliche Sterilisation nach § 1905 BGB genehmigt und 13 solcher Anträge abgelehnt (Abbildung 114). Im Jahr 2016 gab es – wie bei anderen Daten aus der Betreuungsstatistik ohne Baden-Württemberg, Bremen und Saarland – 23 Genehmigungen und acht Ablehnungen. In den Vorjahren war die Zahl der genehmigten Anträge jeweils etwas höher im Bereich zwischen 30 und 40. Im Jahr 2012 wurden mehr Anträge auf betreuungsrechtliche Sterilisation abgelehnt als genehmigt wurden. Angesichts der geringen Zahl der Fälle lassen sich Veränderungen im Zeitverlauf nur schwer interpretieren. Die Tatsache der Genehmigung sagt zudem noch nichts darüber aus, ob eine Sterilisation jeweils auch tatsächlich durchgeführt wurde.

Abbildung 114: Genehmigte und abgelehnte Anträge auf betreuungsrechtliche Sterilisation (§ 1905 BGB)



* 2016: ohne Baden-Württemberg, Bremen, Saarland

Quelle: Bundesamt für Justiz 2018; Darstellung Prognos

10.3 Geschlechtsangleichende Operationen bei intergeschlechtlichen Kindern

Es kommen in Deutschland immer wieder Kinder mit primären Geschlechtsmerkmalen zur Welt, die medizinisch weder eindeutig männlich noch weiblich zugeordnet sind. Mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen hat Intergeschlechtlichkeit beziehungsweise Intersexualität zunächst nichts zu tun. Doch bei Kindern, die aufgrund ihrer Minderjährigkeit noch nicht einwilligungsfähig sind, sehen sich Eltern (oder andere gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter) mitunter mit der Frage konfrontiert, ob eine Behandlung erfolgen soll, obwohl hierzu keine akuten medizinischen Gründe vorliegen. Die damit verbundenen geschlechtsangleichenden Operationen stellen eine höchst eingreifende und folgenschwere Verletzung der Persönlichkeitsrechte der betroffenen intergeschlechtlichen Kinder dar, können traumatisierende Effekte auslösen und sind menschenrechtlich als äußerst problematisch einzustufen (DIMR 2015).

Eine Neuauflage der im zweiten Teilhabebericht vorgestellten Studie von Ulrike Klöppel (Klöppel 2016) kommt zu dem Schluss, dass die Zahl der geschlechtsangleichenden Operationen ohne medizinische Notwendigkeit trotz des zunehmen-

den Bewusstseins für die menschenrechtliche Problematik und intensiver Diskussionen in der medizinischen Fachwelt auch bis 2016 nicht rückläufig war. Den Ergebnissen zufolge wurden sogenannte Maskulinisierungsoperationen, also eine Angleichung an die männlichen primären Geschlechtsmerkmale, bei Kindern unter zehn Jahren im Zeitraum von 2005 bis 2016 konstant bei etwa einem Fünftel aller Diagnosen jährlich durchgeführt. Der entsprechende Anteil weiblich registrierter Fälle hingegen schwankte im gleichen Zeitraum zwischen 20 und 42 Prozent pro Jahr, ein klarer Trend lässt sich nicht erkennen. Insgesamt kommen die Autorinnen und Autoren auf durchschnittlich jährlich 1.871 Eingriffe dieser Art im Zeitraum von 2005 bis 2016. (Hoenes et al. 2019)

Seit einigen Jahren gibt es zunehmende Bestrebungen, der medizinischen Einordnung intergeschlechtlicher Menschen als krankhaft entgegenzuwirken und die geschlechtliche Selbstbestimmung der Betroffenen zu stärken. Im Dezember 2018 wurde das deutsche Personenstandsgesetz (PStG) reformiert. Seitdem kann anstatt von „männlich“ und „weiblich“ oder dem Verzicht auf eine Eintragung nunmehr auch der Geschlechtseintrag „divers“ vorgenommen werden (§ 22 und § 45 PStG). Von der Bundesregierung wurde außerdem im September 2020 der Gesetzentwurf eines „Gesetzes zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung“ beschlossen. Ziel des Entwurfs ist es, intergeschlechtliche Kinder vor unnötigen Behandlungen an den inneren und äußeren Geschlechtsmerkmalen zu bewahren. Der Gesetzentwurf enthält u.a. ein Verbot der Eltern beziehungsweise der Personensorgeberechtigten, in eine Behandlung ihres Kindes einzuwilligen, wenn diese allein in der Absicht erfolgt, das körperliche Erscheinungsbild des Kindes an das des männlichen oder weiblichen Geschlechts anzugleichen. Der Entwurf wird nun im Deutschen Bundestag diskutiert.

10.4 Gewalterfahrungen

Das Erleben willkürlicher, direkt von Personen ausgeübter Gewalt ist mit schwerwiegenden Eingriffen in die persönliche Selbstbestimmung und Unversehrtheit der Opfer verbunden. Unterschieden wird in der Regel zwischen körperlicher, sexualisierter und psychischer Gewalt. Körperliche Gewalt umfasst alle Angriffe, die eine körperliche Einwirkung auf Personen als Grundlage haben, wie z. B. Körperverletzungen. Sexualisierte Gewalt umfasst alle Facetten der Gewaltausübung mit Bezug auf die Sexualität, etwa bei Vergewaltigung oder sexuellem Missbrauch von Kindern. Psychische Gewalt konzentriert sich auf die seelische Schädigung anderer Personen; als Ausprägungen gelten beispielsweise Beleidigungen, Demütigungen, Drohungen, Ausgrenzungen oder Mobbing.

Prinzipiell kann jeder Mensch von körperlicher, sexualisierter oder psychischer Gewalt betroffen sein, jedoch sind verletzbare Personengruppen wie Kinder und Jugendliche, ältere Menschen, Frauen und Menschen mit Beeinträchtigungen in besonderem Maße gefährdet. Ungleiche Machtverhältnisse in einer Gesellschaft sind sehr häufig zum Nachteil von Frauen. So sind zum Beispiel Frauen mit Behinderung in höherem Maße von struktureller Gewalt betroffen, zum einen aufgrund der mit der Behinderung einhergehenden Abhängigkeiten und Diskriminierungen, zum anderen aufgrund ihrer Geschlechtszugehörigkeit.

Auch Personen in institutioneller Unterbringung beziehungsweise mit intensiver Abhängigkeit von Pflegeleistungen tragen ein besonderes Risiko, von Gewalterfahrungen betroffen zu sein, da ihr Leben in einem hohen Maße fremdbestimmt ist. Täterinnen und Täter haben durch die benötigten Pflege- und Betreuungsmaßnahmen vielfältige Gelegenheiten, sexualisierte Gewalt anzubahnen und durchzuführen und Kindern und Jugendlichen, aber auch Erwachsenen gegenüber als „notwendige Maßnahmen“ auszugeben. Menschen mit Beeinträchtigungen sind durch notwendige Pflege- und medizinische Maßnahmen daran gewöhnt, dass andere Menschen über ihre Grenzen gehen. Sie haben oft nicht gelernt, ein Gefühl für die eigenen Grenzen zu entwickeln und die Achtung der Grenzen einzufordern.

Einen ersten, objektiven Anhaltspunkt zur Häufigkeit von Gewalt gegen Menschen mit Beeinträchtigungen liefert die Polizeiliche Kriminalstatistik. Allerdings besteht hier die Einschränkung, dass nur strafrechtlich relevante und polizeilich registrierte Fälle von Gewaltausübung dokumentiert sind und von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden kann. Ergänzend hinzugezogen werden kann die kriminologische Forschung, die sich mit subjektiven Opfererfahrungen der deutschen Gesamtbevölkerung befasst.

Darüber hinaus erfragt die sozialwissenschaftliche Forschung individuelle Gewalterfahrungen speziell innerhalb der Zielgruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen und zumeist unabhängig von einer strafrechtlichen Relevanz. Allerdings sind aufgrund der Sensibilität des Themas Betroffene oftmals nicht bereit, über erfahrene Gewalt zu berichten, insbesondere bei sexualisierter Gewalt. Eine systematische Beschäftigung mit Gewalt gegenüber Menschen mit Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen leben, fand bislang nur im Rahmen weniger Studien statt.²³⁵

²³⁵ Die Veröffentlichung *Gewalterfahrungen von in Einrichtungen lebenden Frauen mit Behinderungen* des BMFSFJ basiert im Wesentlichen auf Ergebnissen aus dem Forschungsprojekt *Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland* (BFMSFJ 2012a) und wird deshalb im Folgenden nicht gesondert behandelt.

10.4.1 Körperliche Gewalt

Im Jahr 2018 wurden insgesamt 3.325 Opfer von Straftaten registriert, bei denen Ermittlungen ergaben, dass das Vorliegen einer Beeinträchtigung Anlass für eine körperliche Gewalthandlung²³⁶ war (

²³⁶ Unter körperlichen Gewalttaten werden an dieser Stelle alle sogenannten Straftaten gegen das Leben wie Mord, Totschlag oder fahrlässige Tötung sowie Rohheitsdelikte, darunter Körperverletzung und Raub, zusammengefasst.

Tabelle 130). Der überwiegende Teil (62 %) dieser Opfer waren Männer. An allen Personen, die Opfer einer Straftat aufgrund einer Situation der Hilflosigkeit²³⁷ wurden – dazu gehören auch Menschen mit alters- und gesundheitsbedingten Beschwerden, unter dem Einfluss von Rauschmitteln oder in Obdachlosigkeit –, machten Menschen mit Beeinträchtigungen 13,8 Prozent aus. Der Anteil an allen Opfern körperlicher Gewalt lag im Jahr 2018 bei 0,5 Prozent.

Analog dazu wurden Personen mit altersbedingten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen²³⁸ in insgesamt 5.712 Fällen und damit häufiger Opfer von Straftaten, die durch die Beeinträchtigung motiviert waren (

²³⁷ In der *Polizeilichen Kriminalstatistik* heißt die betreffende Kategorie *Opfer wegen persönlicher Beeinträchtigung*. Erhebungsumfang ist die Gruppe der Opfer ausgesuchter Gewaltdelikte, die aufgrund einer herabgesetzten körperlichen Belastbarkeit eine verringerte Widerstandsfähigkeit gegen die einschlägigen Delikte aufweist. Die Kategorie fasst die Spezifika Alkohol-/Drogen-/Medikamenteneinfluss, Behinderung, Gebrechlichkeit/Alter/Krankheit/Verletzung und Obdachlosigkeit zusammen. Um eine missverständliche Begriffsverwendung zu vermeiden, wird im Rahmen des dritten Teilhabeberichts von „Opfern wegen Hilflosigkeit“ in Abgrenzung zum hier verwendeten Beeinträchtigungsbegriff gesprochen.

²³⁸ Das Merkmal Gebrechlichkeit ist im Rahmen der *Polizeilichen Kriminalstatistik* nicht konkret definiert, sondern liegt im Bewertungs- beziehungsweise Ermessensspielraum der ermittelnden Beamtinnen und Beamten.

Tabelle 130). In dieser Gruppe waren Frauen häufiger betroffen (55 %) als Männer. Zudem war sowohl der Anteil an allen hilflosen Gewaltopfern mit 23,7 Prozent als auch an den Opfern insgesamt mit 0,9 Prozent höher als bei Menschen mit körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen. Im Vergleich zu allen weiblichen Opfern wegen Hilflosigkeit sowie insgesamt waren Frauen mit alters- oder gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen häufiger betroffen als die Gruppe der Männer mit gleicher Beeinträchtigungsform im Vergleich zu allen männlichen Opfern.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Tabelle 130: Polizeilich erfasste Opfer körperlicher Gewalt

Opfer von vollendeten und versuchten Straftaten gegen das Leben sowie von Rohheitsdelikten, 2018, nach Art der persönlichen Beeinträchtigung

	Opfer wegen Beeinträchtigung (körperlich/geistig)			Opfer wegen Gebrechlichkeit/ Alter/Krankheit/Verletzung		
	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt
Anzahl	2.046	1.279	3.325	2.614	3.098	5.712
Anteil an Opfern wegen Hilflosigkeit*	12,5 %	16,5 %	13,8 %	16,0 %	39,9 %	23,7 %
Anteil an Opfern insgesamt	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,6 %	1,3 %	0,9 %

* Vorliegen der Eigenschaften Alkohol-/Drogen-/Medikamenteneinfluss, Behinderung, Gebrechlichkeit/Alter/Krankheit/Verletzung oder Obdachlosigkeit
Quelle: Polizeiliche Kriminalstatistik; Berechnung und Darstellung Prognos

Eine im Auftrag des Bundeskriminalamts (BKA) durchgeführte Befragung zu den Opfererfahrungen der deutschen Bevölkerung kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Untersucht wird hier die sogenannte Vorurteils kriminalität, das heißt Straftaten, bei denen die Täterin oder der Täter das Opfer aufgrund der Zugehörigkeit zu einer bestimmten gesellschaftlichen Gruppe auswählt. Den repräsentativen Ergebnissen zufolge erlitten im Referenzzeitraum 2017 weniger als 0,1 Prozent der deutschen Bevölkerung über 16 Jahre eine vorurteilsgeleitete Körperverletzung aufgrund einer Beeinträchtigung. Bezogen auf 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner gab es 0,9 solcher Fälle. Insgesamt wurden 2017 etwa 1,5 Prozent aller Menschen in Deutschland Opfer von gewaltbezogener Vorurteils kriminalität, der Anteil der Vorfälle pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner lag bei 22,9. (Birkel et al. 2018)

Die umfangreichsten Informationen zu subjektiv erlebter Gewalt speziell von Menschen mit Beeinträchtigungen in Deutschland enthalten zwei Studien im Auftrag der Bundesregierung aus den Jahren 2012/2013, die sowohl im ersten als auch im zweiten Teilhabebericht bereits vorgestellt wurden. Diese untersuchen die Lebenssituation von Frauen und Männern mit Beeinträchtigungen geschlechterspezifisch und sind nicht mit den Statistiken des BKA vergleichbar. So werden hier auch Gewalterfahrungen erfasst, die nicht notwendigerweise eine Straftat

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

darstellen. Auch sind die berichteten Gewalterlebnisse nicht auf einen spezifischen Zeitraum beschränkt.

Frauen mit Beeinträchtigungen erfahren demnach im Laufe ihres Lebens fast doppelt so oft (62 %) körperliche Gewalt wie Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt (35 %). Besonders gefährdet sind gehörlose und psychisch erkrankte Frauen. (BMFSFJ 2012a) Von den Männern mit Beeinträchtigungen haben 71 Prozent Situationen körperlicher Gewalt erlebt, im Vergleich zu 43 Prozent unter Männern der Durchschnittsbevölkerung. Damit widerfährt Männern mit Beeinträchtigungen anteilmäßig häufiger körperliche Gewalt als Frauen mit Beeinträchtigungen. (BMAS 2013c)

Zum Ergebnis unterschiedlicher Gewalterfahrungen innerhalb der Teilgruppe der Minderjährigen mit und ohne Beeinträchtigungen kommt die zweite Welle der KiGGS-Studie (2014 bis 2017), in deren Rahmen die Eltern von Kindern und Jugendlichen bis 17 Jahren beziehungsweise die Jugendlichen selbst befragt wurden. Demnach wurden circa 7 Prozent der unter 18-Jährigen mit Beeinträchtigungen innerhalb der letzten zwölf Monate Opfer körperlicher Gewalt im Rahmen tätlicher Auseinandersetzungen und mussten in der Folge ärztlich behandelt werden. Bei den Kindern und Jugendlichen ohne Beeinträchtigungen war der entsprechende Anteil mit circa 2 Prozent deutlich niedriger.²³⁹

Gewalterfahrungen von Menschen mit Beeinträchtigungen in Einrichtungen wurden für Deutschland bisher nur im Rahmen der oben erwähnten Studie im Auftrag der Bundesregierung und nur im Hinblick auf Frauen erhoben. Wie die Befragungsdaten zeigen, ist das Erleben von körperlicher Gewalt bei dieser Personengruppe noch einmal höher als bei Frauen mit Beeinträchtigungen in Privathaushalten (BMFSFJ 2012a). Jüngste Untersuchungen aus Österreich zeigen zudem, dass Personen mit hohem Unterstützungsbedarf bei Grundbedürfnissen wie Körperpflege öfter physischer Gewalt, die in direktem Zusammenhang mit der Betreuung steht, ausgesetzt sind. Als besonderer Risikofaktor wird ein niedriger Betreuungsschlüssel identifiziert (BMASGK 2019).

10.4.2 Sexualisierte Gewalt

Sexualisierte Gewalt umfasst alle Facetten der Gewaltausübung mit Bezug auf die Sexualität, etwa bei Vergewaltigung oder sexuellem Missbrauch von Kindern. Diese Gewalterfahrungen werden in einer Befragungssituation aus Scham oft nicht genannt oder als verletzendes Erlebnisse verdrängt und sind daher besonders schwer zu erfassen. Manche Opfer, insbesondere Kinder, haben auch kaum

²³⁹ Auswertungen der Prognos AG auf Basis von KiGGS, ohne Abbildung.

Maßstäbe und keine Sprache, um einen sexuell motivierten Übergriff als solchen zu erkennen und zu benennen. Andere schweigen aus Abhängigkeit oder falsch verstandener Loyalität oder ihnen wird nicht geglaubt, wenn sie von den Übergriffen berichten.

Aus diesen Gründen ist zu vermuten, dass das Ausmaß sexualisierter Gewalt insgesamt eher unterschätzt wird. Dies trifft für das Ausmaß der Betroffenheit von Menschen mit Beeinträchtigungen in besonderer Weise zu. Kinder und Jugendliche aber auch Erwachsene mit Beeinträchtigungen erhalten seltener als Menschen ohne Beeinträchtigungen ausreichenden Zugang zu Inhalten sexueller Bildung, so dass es für sie schwerer ist, missbräuchliche Handlungen als solche zu verstehen. Zudem fehlt es ihnen oft an Ausdrucksmöglichkeiten und Erfahrungen im Kommunizieren darüber, ebenso wie Ansprechpersonen oft nicht in der Lage sind, Anzeichen von sexueller Gewalterfahrung insbesondere bei betroffenen Menschen mit Behinderung zu erkennen. Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen, die von pflegenden Angehörigen beziehungsweise Fachkräften abhängig sind oder kognitiv beeinträchtigt sind, erhalten oftmals keine Informationen über ihre Rechte. Zudem fehlen Unterstützungsangebote zum Beispiel durch spezialisierte Fachberatungsstellen in diesem Bereich.

Die im Folgenden genannten Indikatoren können nur einen groben Überblick über die Betroffenheit von Menschen mit Beeinträchtigungen von sexualisierter Gewalt geben. Die Polizeiliche Kriminalstatistik registriert Eigenschaften der Opfer sogenannter Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung. Relativ betrachtet sind Menschen mit Beeinträchtigungen hiervon deutlich stärker betroffen als von körperlichen Gewaltdelikten. So wurden im Jahr 2018 1.149 Menschen mit Behinderungen aufgrund ihrer persönlichen Merkmale Opfer einer solchen Straftat, das entspricht 2 Prozent an allen Opfern sexualisierter Gewalt (Tabelle 131). Die überwiegende Mehrheit (80 %) war weiblichen Geschlechts. Der Anteil von Menschen mit Behinderungen an allen Personen, die Opfer sexueller Gewalt aufgrund einer persönlichen Hilflosigkeit waren, lag insgesamt bei 31 Prozent, unter Männern sogar bei rund 49 Prozent.

2018 wurden insgesamt 967 Opfer sexualisierter Gewalt wegen Gebrechlichkeit, Alter, Krankheit oder Verletzung dokumentiert, auch hier mit einem hohen Frauenanteil von 83 Prozent (Tabelle 131). Der Anteil von Menschen mit gesundheitlichen oder altersbedingten Beeinträchtigungen an allen Opfern im betreffenden Jahr lag bei 1,7 Prozent, derjenige an allen Opfern mit Hilflosigkeit bei 26,1 Prozent.

Tabelle 131: Polizeilich erfasste Opfer sexualisierter Gewalt

Opfer von versuchten und vollendeten Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung, 2018, nach Art der persönlichen Beeinträchtigung

	Opfer wegen Beeinträchtigung (körperlich/geistig)			Opfer wegen Gebrechlichkeit/ Alter/Krankheit/Verletzung		
	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt
Anzahl	234	915	1.149	158	809	967
Anteil an Opfern wegen Hilflosigkeit*	48,9 %	28,4 %	31,0 %	33,0 %	25,1 %	26,1 %
Anteil an Opfern insgesamt	3,1 %	1,9 %	2,0 %	2,1 %	1,6 %	1,7 %

* Vorliegen der Eigenschaften Alkohol-/Drogen-/Medikamenteneinfluss, Behinderung, Gebrechlichkeit/Alter/Krankheit/Verletzung oder Obdachlosigkeit
Quelle: Polizeiliche Kriminalstatistik; Berechnung und Darstellung Prognos

Diese Zahlen geben allerdings keinen Aufschluss darüber, wie groß der tatsächliche Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen an den Opfern sexueller Gewalt ist, weil sie nur die Fälle abbilden, wo Beeinträchtigung als kausal angesehen wurde. Es fehlt an Forschung und auch an systematischer Aufarbeitung in diesem Bereich. Die Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs wird sich 2021 dem Thema Aufarbeitung von sexuellem Kindesmissbrauch bezüglich Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen widmen und u. a. in einem Pilotprojekt Anhörungen mit Betroffenen und Zeitzeuginnen und -zeugen in Berlin durchführen.

Auch in Bezug auf subjektiv erlebte sexualisierte Gewalt entstammen die aktuellen und einschlägigen Zahlen den schon in den letzten Teilhabeberichten zitierten Studien der Bundesregierung zur Lebenssituation von Frauen und Männern mit Beeinträchtigungen. So waren erwachsene Frauen mit Beeinträchtigungen je nach Untersuchungsgruppe zwei- bis dreimal so häufig (21 bis 43 %) von sexualisierter Gewalt betroffen wie Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt (13 %). Besonders hoch waren die Zahlen der Betroffenen unter gehörlosen Frauen (43 %) und Frauen mit psychischer Beeinträchtigung (38 %). (BMFSFJ 2012a) Männer hingegen werden während ihres Erwachsenenlebens insgesamt deutlich seltener

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

mit ungewollten sexuellen Handlungen konfrontiert als Frauen, Männer mit Beeinträchtigungen sind hierbei nicht relevanter häufiger betroffen als Männer ohne Beeinträchtigungen (BMAS 2013c).

Jede zweite bis vierte Frau mit Beeinträchtigungen wurde in ihrer Kindheit und Jugend Opfer von sexualisierter Gewalt, insbesondere gehörlose (52 %) sowie sehbehinderte Frauen (40 %). Bei Frauen mit geistigen Beeinträchtigungen oder eingeschränkter Artikulationsfähigkeit lag die entsprechende Quote bei 25 Prozent, allerdings muss hier von einer sehr hohen Dunkelziffer ausgegangen werden. (BMFSFJ 2012a) Auch Männer mit Beeinträchtigungen sind von einem nicht unerheblichen Ausmaß sexualisierter Gewalt in der Kindheit betroffen – 12 Prozent berichteten von mindestens einer solchen Erfahrung. Ein verlässlicher Vergleich zur Gesamtbevölkerung ist nicht abschließend möglich, allerdings gehen die Autorinnen und Autoren der Studie beim männlichen Geschlecht nicht von einem beeinträchtigungsspezifischen Phänomen aus. (BMAS 2013c)

Frauen mit Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen leben, berichteten mit 38 Prozent häufiger von sexualisierten Gewalterfahrungen als Frauen mit Beeinträchtigungen in Privathaushalten; dort lag der entsprechende Anteil bei 27 Prozent (BMFSFJ 2012a). Allerdings ist nicht klar, ob die berichteten Gewalthandlungen in Einrichtungen stattgefunden haben. Gleiche Untersuchungen zur Betroffenheit von Männern oder Kindern und Jugendlichen liegen nicht vor. Eine Studie der österreichischen Bundesregierung identifiziert im Kontext von sexueller Gewalt innerhalb stationärer Einrichtungen einen niedrigen Betreuungsschlüssel als zentralen Risikofaktor. Besonders gefährdet sind dort Bewohnerinnen mit psychischer Beeinträchtigung oder Patientinnen des Maßnahmenvollzugs (entspricht dem deutschen Maßregelvollzug, Abschnitt 10.2.2). (BMASGK 2019)

10.4.3 Psychische Gewalt

Psychische Gewalt hat verschiedene Dimensionen, die verbale Aggression durch Beleidigung, Drohung, Verleumdung oder Demütigung sowie Unterdrückung, Schikane, Ausgrenzung und andere Formen des Psychoterrors umfassen. Psychische Gewaltausübung kann in einigen Fällen einen Straftatbestand darstellen. Für die Delikte Nachstellung (sog. Stalking), Nötigung und Bedrohung erfasst die Polizeiliche Kriminalstatistik Eigenschaften der Opfer.²⁴⁰ Bei 765 Straftaten im Zusammenhang mit psychischer Gewalt im Jahr 2018 gab das Vorliegen einer Behinderung beim Opfer den Ausschlag für die Tat, Männer waren hier häufiger betroffen. Bei 722 Taten war es wiederum die Gebrechlichkeit, das Alter, eine

²⁴⁰ Auch bei Beleidigungen und Verleumdung handelt es sich um psychische Gewalt, allerdings erfolgt für diese Delikte in der *Polizeilichen Kriminalstatistik* keine Opfererfassung.

Krankheit oder eine Verletzung des Opfers, hier sind Frauen in der Mehrzahl betroffen. Damit machten Opfer mit Beeinträchtigungen sowie mit reduziertem Gesundheitszustand jeweils rund ein Drittel an allen hilflosen Personen aus, die Opfer einer psychischen Gewalttat wurden. Der Anteil an allen Opfern des Jahres 2018 lag bei 0,4 beziehungsweise 0,3 Prozent.

Tabelle 132: Polizeilich erfasste Opfer psychischer Gewalt

Opfer der versuchten und vollendeten Delikte Nachstellung (sog. Stalking), Nötigung und Bedrohung, 2018, nach Art der persönlichen Beeinträchtigung

	Opfer wegen Beeinträchtigung (körperlich/geistig)			Opfer wegen Gebrechlichkeit/ Alter/Krankheit/Verletzung		
	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt
Anzahl	464	301	765	310	412	722
Anteil an Opfern wegen Hilflosigkeit*	38,0 %	32,0 %	35,4 %	25,4 %	43,8 %	33,4 %
Anteil an Opfern insgesamt	0,4 %	0,3 %	0,4 %	0,3 %	0,4 %	0,3 %

* Vorliegen der Eigenschaften Alkohol-/Drogen-/Medikamenteneinfluss, Behinderung, Gebrechlichkeit/Alter/Krankheit/Verletzung oder Obdachlosigkeit
Quelle: Polizeiliche Kriminalstatistik, Berechnung und Darstellung Prognos

Wie schon in Bezug auf körperliche und sexualisierte Gewalt enthalten zwei Studien der Bundesregierung, die bereits in den letzten Teilhabeberichten vorgestellt wurden, die umfassendsten Daten zu geschlechtsspezifischen seelischen Gewalterfahrungen. Sie zeigen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen im Erwachsenenalter sehr viel häufiger Erfahrungen mit psychischer Gewalt machen als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Bei den beeinträchtigten Frauen sind es 77 Prozent gegenüber 45 Prozent in der Gesamtbevölkerung, bei Männern mit Beeinträchtigungen entsprechend 66 Prozent im Vergleich zu 46 Prozent im Gesamtdurchschnitt. (BMFSFJ 2012a; BMAS 2013c)

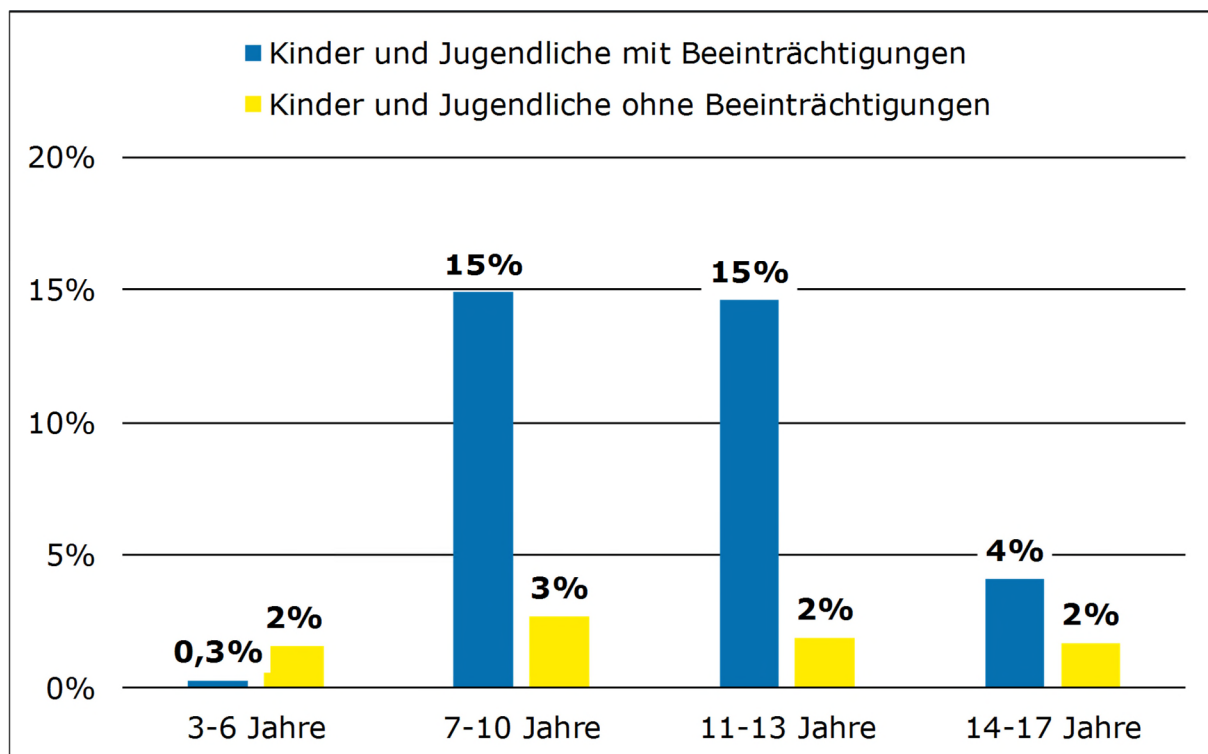
Im Hinblick auf psychische Gewalt gegen Kinder wurden in den genannten Studien nur durch Eltern ausgeübte Gewalthandlungen untersucht. Bei Frauen waren je nach Untersuchungsgruppe 50 bis 60 Prozent der Befragten mit Beeinträchti-

gungen in ihrer Kindheit und Jugend psychischer Gewalt oder psychisch verletzenden Handlungen ausgesetzt gewesen gegenüber 36 Prozent der Frauen in der Gesamtbevölkerung (BMFSFJ 2012a). Männer, die bereits in ihrer Kindheit und Jugend Beeinträchtigungen hatten, hatten erheblich seltener (32 %) psychische Übergriffe durch Eltern erfahren als der Bevölkerungsdurchschnitt (72 %; BMAS 2013c).

Spezifische Formen psychischer Gewalterfahrungen fragt auch die zweite Welle der KiGGS-Studie (2014 bis 2017) ab. Während unter den Kindern und Jugendlichen ohne Beeinträchtigungen über alle Altersgruppen hinweg nur ein sehr geringer Anteil Opfer von Hänseleien oder Schikanen wird, häufen sich nach Auskunft der Eltern bei Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen zwischen sieben und zehn sowie nach Selbstauskunft zwischen elf und 13 Jahren mit jeweils 15 Prozent derartige Erlebnisse (Abbildung 115). In der Altersgruppe zwischen drei und sechs Jahren sowie zwischen 14 und 17 Jahren werden hingegen kaum nennenswerte Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne Beeinträchtigungen benannt.

Abbildung 115: Kinder und Jugendliche, die gehänselt oder schikaniert werden

nach Altersgruppen, 2014 bis 2017*



*Antworten des Elternfragebogens, gewichtet

| Quelle: KiGGS, Berechnung und Darstellung Prognos

Besonders verletzlich gegenüber psychischer Gewalt sind Frauen mit Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen leben. 90 Prozent der im Rahmen der oben genannten Frauenstudie Befragten gaben an, mindestens einmal seelischer Gewalt ausgesetzt gewesen zu sein, allerdings kann dies auch außerhalb der Einrichtung geschehen sein (BMFSFJ 2012a). Vergleichbare Erkenntnisse zu Männern liegen nicht vor. Die aktuelle Studie zur Gewalt in österreichischen Einrichtungen der Behindertenhilfe kommt zu ähnlichen Befunden. Dabei werden stationäre Einrichtungen als Ort mit erhöhtem Risiko für psychische Übergriffe, vor allem durch andere Bewohnerinnen und Bewohner, identifiziert (BMASGK 2019).

10.5 Sicherheitsempfinden und Sorgen

Sicherheit ist die Abwesenheit von persönlicher Bedrohung durch Gewalt. Mit der höheren Verletzlichkeit von Menschen mit Beeinträchtigungen geht auch ein erhöhtes individuelles Schutzbedürfnis einher. Ein gutes Sicherheitsempfinden ist eine zentrale Voraussetzung für das persönliche Wohlbefinden, während empfundene Furcht zu erheblichen Einschränkungen der individuellen Handlungsspielräume und damit der sozialen Teilhabe führen kann.

Bei der Bestimmung des Sicherheitsempfindens sind zwei verschiedene Formen zu unterscheiden. Auf der einen Seite steht die individuelle Furcht, selbst Opfer von Gewalt oder einer kriminellen Handlung zu werden. Auf der anderen Seite kann die Sorge über die Entwicklung der Kriminalität als weiterer Indikator für eine wahrgenommene Unsicherheit herangezogen werden. Hier steht ein sozialer Bestandteil des Sicherheitsempfindens im Vordergrund, da vorrangig die Bedrohungen des Gemeinwesens und gesamtgesellschaftliche Entwicklungen wahrgenommen werden.

10.5.1 Individuelles Sicherheitsempfinden

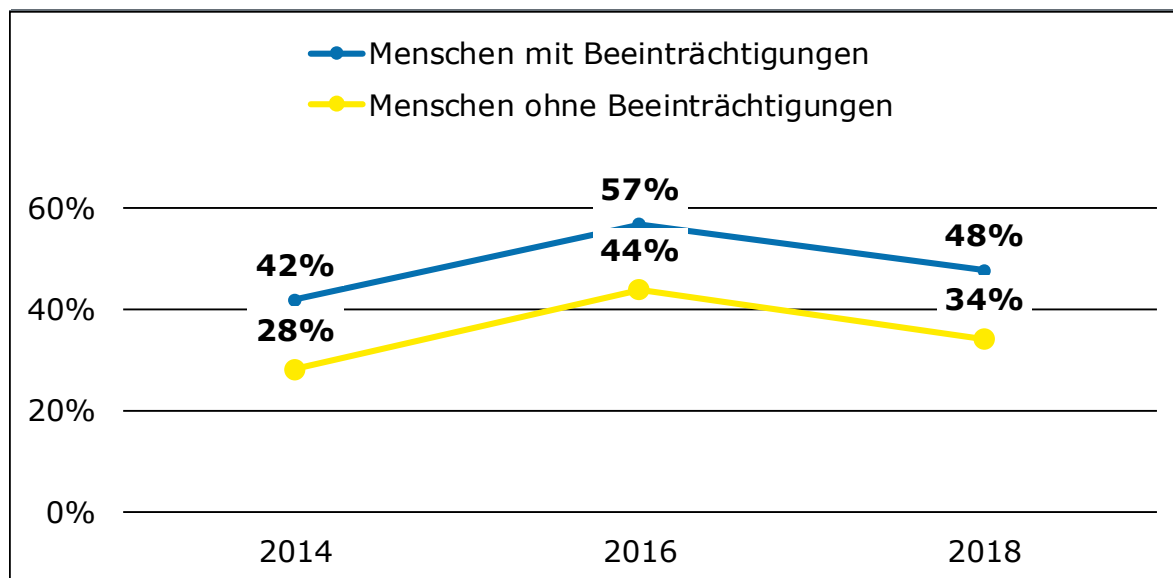
Das nach wie vor umfassendste Bild zur Angst von Frauen beziehungsweise Männern mit Beeinträchtigungen, selbst von Kriminalität betroffen zu sein, zeichnen zwei Studien im Auftrag der Bundesregierung, die auch schon in den letzten Teilhabeberichten diskutiert wurden. Mehr als die Hälfte der in den Studien befragten Frauen mit Körper- oder Mehrfachbehinderungen berichteten von einem verminderten Sicherheitsgefühl in Alltagssituationen im öffentlichen Raum, während andere Befragungsgruppen sich weniger eingeschränkt fühlten (BMFSFJ 2012a). Männer mit Beeinträchtigungen fühlten sich hingegen zu einem sehr großen Teil

sicher, beispielsweise auf dem Heimweg spät abends oder nachts im Dunkeln (71 %) oder abends beziehungsweise nachts allein in der Wohnung (93 %). Ein Vergleich zur Gesamtbevölkerung war bei den Männern nicht möglich (BMAS 2013c).

Wie ebenfalls bereits in den Vorgängerberichten erläutert, gibt es zum individuellen Sicherheitsempfinden von Menschen mit Beeinträchtigungen in stationären Einrichtungen in Deutschland vorrangig Daten in Bezug auf Frauen. Vor allem Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen in Einrichtungen, die im Rahmen der BMFSFJ-Studie befragt wurden, berichteten von einem reduzierten Sicherheitsgefühl. Die Hälfte bis drei Viertel der betreffenden Personen fühlten sich unsicher, während sie mit anderen Bewohnerinnen und Bewohnern allein waren, etwa 20 bis 25 Prozent beim Umgang mit Pflegekräften oder Unterstützungspersonal. (BFMSFJ 2012) Eine aktuelle Studie zur Gewalt an Menschen mit Behinderungen in österreichischen Einrichtungen kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Hier fühlten sich Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, mit Unterstützungsbedarf in der Kommunikation oder bei Grundbedürfnissen sowie Personen, die in einem Umfeld aufwuchsen, das von physischer und psychischer Gewalt geprägt war, am wenigsten sicher. Stabile soziale Beziehungen würden hingegen zu einer Stärkung des individuellen Sicherheitsgefühls in Einrichtungen beitragen, so die Autorinnen. (BMASGK 2019)

10.5.2 Sorge über Kriminalität

Der Anteil der Menschen in Deutschland, die sich große Sorgen über die Entwicklung der Kriminalität hierzulande machen, ist bis 2016 massiv angestiegen, verringerte sich allerdings im Anschluss wieder. Bei Menschen mit Beeinträchtigungen lag er im Jahr 2018 bei 48 Prozent und damit um 14 Prozentpunkte höher als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen (Abbildung 116). Vergleichbare Unterschiede zwischen beiden Gruppen gab es auch in den Jahren 2014 und 2016.

Abbildung 116: Personen mit großen Sorgen über die Entwicklung der Kriminalität in Deutschland

Quelle: SOEP; Berechnung und Darstellung Prognos

Frauen machen sich häufiger als Männer große Sorgen über die Kriminalitätsentwicklung in Deutschland (

Tabelle 133). Der Unterschied zwischen den beiden Geschlechtern hängt nicht maßgeblich damit zusammen, ob eine Beeinträchtigung vorliegt oder nicht. Ebenso nehmen die Sorgen mit dem Alter zu, wobei der Unterschied im Ausmaß der Kriminalitätsfurcht zwischen den Gleichaltrigen mit und ohne Beeinträchtigungen mit zunehmendem Lebensalter geringer wird. Von den Menschen mit Beeinträchtigungen machten sich 2018 geringfügig mehr Personen ohne Migrationshintergrund (48 %) als mit Migrationshintergrund (46 %) große Sorgen über die Entwicklung der Kriminalität, bei Menschen ohne Beeinträchtigungen verhält es sich in etwa gleich. In der zeitlichen Entwicklung von 2014 bis 2018 scheint das Vorliegen einer Beeinträchtigung auch im Zusammenspiel mit den Merkmalen Geschlecht, Alter oder Migrationshintergrund keinen eindeutigen Einfluss auf Veränderungen in der Sorge über Kriminalität zu haben.

Tabelle 133: Personen mit großen Sorgen über die Entwicklung der Kriminalität in Deutschland

nach Geschlecht, Alter und Migrationshintergrund

	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen		
	2014	2016	2018	2014	2016	2018
Insgesamt	42 %	57 %	48 %	28 %	44 %	34 %
Geschlecht						
Männer	39 %	53 %	47 %	25 %	40 %	32 %
Frauen	44 %	60 %	49 %	31 %	48 %	37 %
Alter						
18 bis 49 Jahre	33 %	46 %	43 %	24 %	38 %	30 %
50 bis 64 Jahre	38 %	57 %	49 %	31 %	48 %	37 %
65 bis 79 Jahre	49 %	63 %	48 %	37 %	53 %	41 %
ab 80 Jahre	50 %	60 %	53 %	41 %	59 %	47 %
Migrationshintergrund						
ohne	43 %	58 %	48 %	28 %	44 %	35 %
mit	36 %	52 %	46 %	29 %	43 %	32 %

Quelle: SOEP; Berechnung und Darstellung Prognos

10.6 Schutz und Hilfen

Menschen, die Gewalt erfahren haben, brauchen schnelle und wirksame Hilfe, um die Gewalterlebnisse zu verarbeiten sowie zum Schutz vor weiterer Gewaltausübung. Damit Hilfsmaßnahmen und Notrufe für Menschen mit Beeinträchtigungen nutzbar sind, müssen sie Standards der Barrierefreiheit genügen und besonders auf die Lebenssituation der Zielgruppe abgestimmt sein.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Gemindert werden kann das Gewaltrisiko durch spezifische Instrumente wie Anti-Gewalt-Verordnungen oder Programme, die Schutz- und Fürsorgeleistungen anbieten und technische Vorkehrungen²⁴¹ treffen, um Gewalt vorzubeugen. Da insbesondere Menschen mit Beeinträchtigungen in Institutionen – und hier vor allem Frauen – einem grundsätzlich höheren Gewaltrisiko ausgesetzt sind, bedarf es in Bezug auf diese Zielgruppe besonderer Schutzmaßnahmen, vor allem passgenauer Gewaltschutzkonzepte und interner Anlauf- oder Beschwerdestellen. Denn das Leben in Einrichtungen befördert Abhängigkeiten, verringert die Möglichkeiten zur Selbstbestimmung und erschwert die Inanspruchnahme externer Schutz- und Unterstützungsmechanismen.

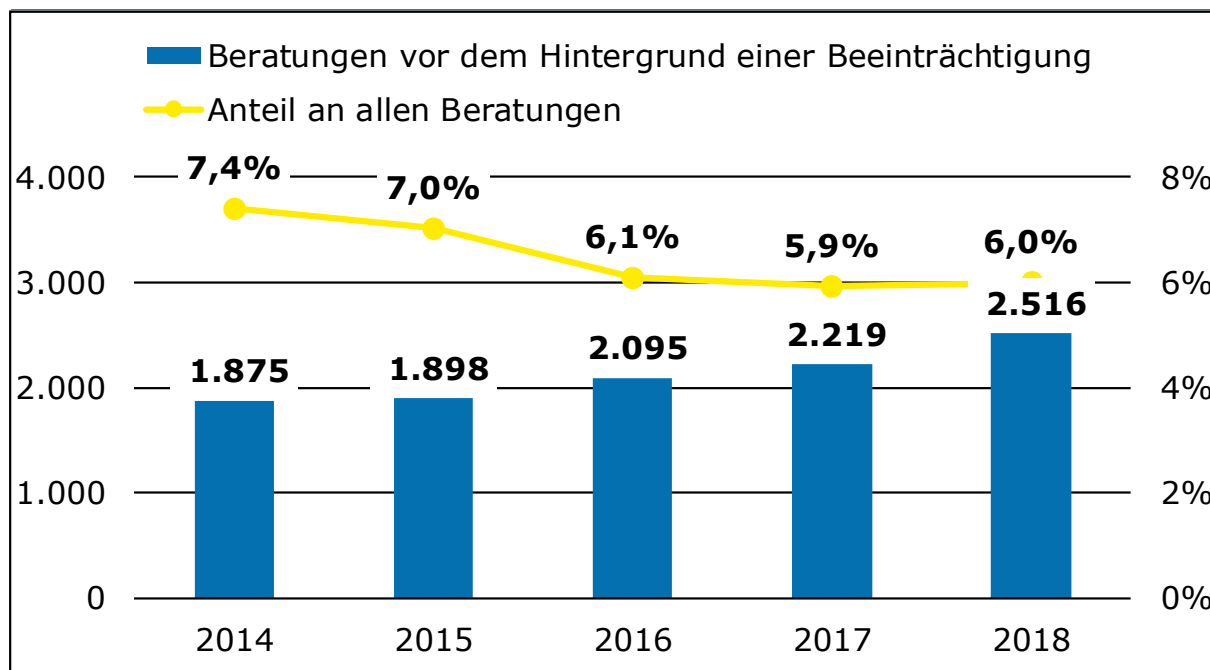
10.6.1 Hilfen bei Gewalterfahrung

Als bundesweites Unterstützungsangebot für Gewaltopfer wurde im Jahr 2013 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) das Hilfetelefon *Gewalt gegen Frauen* ins Leben gerufen. Es bietet Hilfesuchenden die Möglichkeit, sich zu jeder Zeit anonym beraten zu lassen. Es richtet sich an eine breite Zielgruppe; durch verschiedene Kontaktmöglichkeiten (Telefon, Online-Beratung, Sofort-Chat), einen Übersetzungsdienst für Gebärdensprache und qualifizierte Beraterinnen für leichte Sprache soll der Zugang von Menschen mit Beeinträchtigungen und Gewalterfahrung bestmöglich gewährleistet werden.

Im Rahmen der insgesamt durchgeführten 41.926 Beratungen im Jahr 2018 wurde bei 2.516 Beratungskontakten des Hilfetelefons eine Beeinträchtigung der betroffenen Person dokumentiert (Abbildung 117). In den meisten Fällen (83 %) riefen Frauen mit Beeinträchtigungen und Gewalterfahrungen selbst beim Hilfetelefon an, bei knapp 17 Prozent der Beratungen wandten sich Unterstützungspersonen des Gewaltopfers an das Hilfsangebot. Die Anzahl der Nutzerinnen des Hilfetelefons mit Beeinträchtigungen stieg im Zeitverlauf von 2014 bis 2018 kontinuierlich an. Die Gesamtnutzerinnenzahl wuchs stark an, sodass der Anteil der Beratungen von Menschen mit Beeinträchtigungen leicht rückläufig war und im Jahr 2018 bei 6,0 Prozent lag.

²⁴¹ Als Beispiel einer technischen Vorkehrung zur Gewaltprävention wäre z. B. die Einrichtung von Videoüberwachung zu nennen.

Abbildung 117: Beratungskontakte des Hilfetelefons Gewalt gegen Frauen vor dem Hintergrund einer Beeinträchtigung



Quelle: Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) 2015 bis 2019; Sonderauswertung BAFzA, Berechnung und Darstellung Prognos

Abgesehen vom beschriebenen Angebot stehen Menschen mit Beeinträchtigungen grundsätzlich auch alle weiteren von der Bundesregierung geförderten Hilfeprogramme, wie beispielsweise das Hilfeportal *Sexueller Missbrauch* sowie das *Hilfetelefon Sexueller Missbrauch* als Angebote des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, offen. Das Hilfetelefon ist die bundesweite, kostenfreie und anonyme Anlaufstelle für Betroffene von sexueller Gewalt, für Angehörige sowie Personen aus dem sozialen Umfeld von Kindern, für Fachkräfte und für alle Interessierten. Die Fachkräfte des Hilfetelefons sind geschult, auch in Leichter Sprache zu beraten. Das Hilfeportal wird aktuell einer umfassenden Überarbeitung unterzogen und voraussichtlich im zweiten Quartal 2021 freigeschaltet. Dabei werden auch Menschen mit Beeinträchtigungen, die sexualisierte Gewalt erfahren haben, gezielt und barrierefrei Unterstützungsangebote finden. Im Jahr 2020 wurde vom BMJV zudem die Opferschutzplattform *Hilfe-Info* ins Leben gerufen. Die Plattform enthält niedrigschwellige Informationen zu psychologischen Unterstützungsangeboten, Opferhilfeeinrichtungen, finanziellen Hilfen oder auch Informationen zum Strafverfahren für alle Opfer von

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Straftaten. Eine Beschreibung des Inhalts der Opferschutzplattform steht auch in leichter Sprache zur Verfügung. (BMJV 2021).

Am 18. Februar 2020 startete als Teil des Bundesförderprogramms *Gemeinsam gegen Gewalt an Frauen* ein Bundesinvestitionsprogramm. Hierfür werden im Rahmen der Förderkompetenz des Bundes in den Jahren 2020 bis 2024 insgesamt bis zu 150 Mio. Euro für den Aus-, Um- und Neubau, die Sanierung und den Erwerb von Hilfseinrichtungen innovativer Projekte bereitgestellt. Diese sollen in erster Linie der weiteren Verbesserung der Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von Schutz- und Beratungseinrichtungen für gewaltbetroffene Frauen, insbesondere von Frauen mit Beeinträchtigungen, dienen.

Weiterhin fördert das BMFSFJ die Frauenhauskoordinierung und den Bundesverband der Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe. Beide Vernetzungsstellen setzen sich dafür ein, Gewalt gegen Frauen zu verhindern und die Hilfen für misshandelte Frauen und Kindern zu verbessern. Hierzu gehört auch der Zugang für alle zum Hilfesystem und die Absenkung von Zugangsschwellen.

Neben den genannten vom Bund geförderten Maßnahmen gibt es eine Vielzahl kommunal und zivilgesellschaftlich initiierten Projekte und Beratungsstellen in ganz Deutschland. Viele von ihnen sind besonders sensibilisiert für Menschen mit Beeinträchtigungen, die Gewalt erfahren haben. Inwieweit die entsprechenden Informationen allen Frauen mit Beeinträchtigungen, insbesondere denen in Einrichtungen, zugänglich sind, lässt sich nicht beurteilen. Ebenso ist nicht bekannt, inwieweit es spezialisierte Hilfesysteme für Männer mit Beeinträchtigungen gibt. Im Bereich der spezialisierten Fachberatungsstellen gegen sexualisierte Gewalt ist eine Unterversorgung für die Zielgruppe der Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen mit Beeinträchtigungen festzustellen (Kavemann et al. 2016).

Mit dem Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts vom 12. Dezember 2019 wurde eine weitreichende Reform des Sozialen Entschädigungsrechts auf den Weg gebracht. Das neu geschaffene Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch (SGB XIV), das in Deutschland schrittweise bis zum 1. Januar 2024 in Kraft tritt, wird neben dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) insbesondere das Opferentschädigungsgesetz (OEG) ablösen. Das Grundprinzip der Sozialen Entschädigung zielt darauf ab, Menschen zu unterstützen, die durch ein schädigendes Ereignis eine langfristige gesundheitliche Schädigung davontragen und erwerbsunfähig, hilflos oder pflegebedürftig werden und für das die staatliche Gemeinschaft eine besondere Verantwortung trägt. Berechtigte nach dem SGB XIV sind unter anderem Gewaltopfer und ihre Angehörigen. Als neue Leistungen werden sogenannte Schnelle Hilfen eingeführt. Fallmanager begleiten demnach betroffene Menschen durch das Antrags- und Leistungsverfahren. Darüber hinaus sollen die

Entschädigungszahlungen wesentlich steigen. Zudem bekommen erstmals auch Opfer psychischer Gewalttaten einen Anspruch auf Leistungen.²⁴² (BMAS 2020)

10.6.2 Gewaltprävention

Im Kontext von Artikel 16 UN-BRK hat der UN-Fachausschuss Deutschland in seinen Abschließenden Bemerkungen empfohlen, eine umfassende, wirksame und mit angemessenen Finanzmitteln ausgestattete Strategie zu entwickeln, um in allen öffentlichen und privaten Umfeldern den wirksamen Gewaltschutz für Frauen und Mädchen mit Behinderungen zu gewährleisten. Außerdem wird Deutschland empfohlen, umgehend unabhängige Stellen zur Verhinderung von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch einzurichten oder zu bestimmen sowie die unabhängige Bearbeitung von Beschwerden in Einrichtungen sicherzustellen (CRPD 2015).

Gesetzliche Schutzvorkehrungen für Menschen mit Behinderungen in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe vor Gewalt und Missbrauch sind in Deutschland nicht bundesweit einheitlich verankert. Das SGB IX enthält keine entsprechende Regelung. Mindestanforderungen an die Qualität der Betreuung und Pflege in stationären Einrichtungen sowie konkrete Pflichten der Leistungserbringer sehen die Heimgesetze der einzelnen Bundesländer²⁴³ vor. Eine systematische Auswertung des Deutschen Instituts für Menschenrechte (DIMR) der Heimgesetze aller 16 Länder aus dem Jahr 2017 kommt zu dem Schluss, dass der Schutz vor Gewalt dort nur sehr wenig berücksichtigt wird. Beispielsweise wird der Schutz vor Gewalt lediglich in drei Bundesländern als Gesetzesziel formuliert, konkrete Maßnahmen zur Gewaltprävention sind ebenfalls nur gemäß drei Heimgesetzen verpflichtend. (Rabe / Leisering 2018)

Als unzureichend stuft das DIMR auch die Rolle der Heimaufsichtsbehörden ein. Eine eigens durchgeführte Umfrage ergab, dass die jeweiligen Stellen nicht in der Lage waren, adäquaten Schutz vor Gewalt und Missbrauch durchzusetzen. So wurde beispielsweise das Thema Gewalt in Prüflaufäden der Heimaufsicht nicht explizit aufgegriffen. Außerdem verließen sich die Behörden weitgehend auf die im Rahmen der Heimgesetze bestehende Meldepflicht bei Gewaltvorkommnissen durch die Einrichtungen. (Rabe / Leisering 2018)

²⁴² Zur Reform des Sozialen Entschädigungsrechts äußert sich auch der wissenschaftliche Beirat im Kommentar zu diesem Kapitel.

²⁴³ Seit der Föderalismusreform 2006 liegt der öffentlich-rechtliche Teil des Heimrechts in der Gesetzgebungskompetenz der Länder. Die einzelnen Heimgesetze unterscheiden sich in ihrer Namensgebung sehr stark zwischen den Bundesländern (z. B. Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege Baden-Württemberg oder Hessisches Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen), Aufbau und Inhalte sind jedoch sehr ähnlich.

Die Empfehlung aus den Abschließenden Bemerkungen zur Entwicklung einer umfassenden, wirksamen und mit angemessenen Finanzmitteln ausgestatteten Strategie zum Gewaltschutz von Mädchen mit Behinderungen (CRPD 2015) wurde von der Bundesregierung im Nationalen Aktionsplan 2.0 aufgegriffen. Die Maßnahme mit dem Titel *Entwicklung/Formulierung einer ebenenübergreifenden Gewaltschutzstrategie für Menschen mit Behinderungen* (BMAS 2016e) sieht hierfür Bund-Länder-Gespräche vor, die im April 2017 begonnen haben. Angestrebt wird in diesem Zusammenhang jedoch explizit nicht, eine einzelne bundesweite Gewaltschutzstrategie zu schaffen. Vielmehr sollen die Gespräche ein gemeinsames Problemverständnis ermöglichen und die verschiedenen (zum Teil bestehenden) Konzepte und Maßnahmen Ebenen übergreifend miteinander abstimmen. (Deutscher Bundestag 2018b)

Erwähnenswert von den auf Bundesebene umgesetzten Maßnahmen ist neben anderen das Projekt *Politische Interessenvertretung behinderter Frauen*, das vom Verein Weibernetz e. V. durchgeführt wird. Das seit 2003 laufende Projekt, in dessen Rahmen die Interessen behinderter Frauen in Gremien und auf Fachtagungen vertreten werden, legt einen Schwerpunkt auf die Prävention von beziehungsweise die Intervention bei Gewalt. Gefördert wird es in der aktuellen Förderperiode von 2018 bis 2021 vom BMFSFJ. (BMFSFJ 2018) Ein weiteres Beispiel ist das im zweiten Teilhabebericht angesprochene und 2020 abgeschlossene Modellprojekt *BeSt – Beraten und Stärken*, das sich auf den Schutz von Mädchen und Jungen mit Behinderungen vor sexualisierter Gewalt in Einrichtungen konzentriert. Hierzu wurden in bundesweit mehr als 80 Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen spezifische Maßnahmen der Implementierung und Optimierung von Kinderschutzkonzepten, zur Qualifizierung und Sensibilisierung der Fachkräfte sowie zur Prävention umgesetzt. (DGfPI 2020) Konzepte für Schutz und Hilfe bei sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche werden vom Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) von allen Einrichtungen und Organisationen, denen Kinder und Jugendliche mit und ohne Behinderung anvertraut sind, gefordert und mit fachlichen Initiativen (*Kein Raum für Missbrauch* und *Schule gegen sexuelle Gewalt*) unterstützt.

Darüber hinaus haben die ebenfalls schon im zweiten Teilhabebericht geschilderten Bestrebungen des BMFSFJ zur Etablierung von Frauenbeauftragten in Einrichtungen mit der Gründung eines Bundesnetzwerks im September 2019 einen erfolgreichen Abschluss gefunden. Bereits seit dem 1. Januar 2017 sind Frauenbeauftragte durch die Novellierung der Werkstätten-Mitwirkungsverordnung verpflichtend für alle Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). Grundlage ist die Idee, dass insbesondere Frauen mit Lernschwierigkeiten in ihrer Funktion als

Frauenbeauftragte einen Beitrag zum Gewaltschutz in Einrichtungen leisten können, da sie oftmals einen besseren und direkteren Kontakt zu anderen Frauen haben als pädagogisches Personal. Seit Oktober 2019 wird von Seiten des BMFSFJ das Projekt *Das Bundesnetzwerk der Frauen-Beauftragten in Einrichtungen stark machen* gefördert. Mit diesem Projekt sollen Strukturen erprobt, demokratische Meinungsbildungsprozesse ausgetestet und das Bundesnetzwerk sowie die verantwortlichen Akteurinnen in die Lage versetzt werden, eigenständig und selbstbestimmt als dauerhafte Interessenvertretung der Frauenbeauftragten in Werkstätten und Wohneinrichtungen zu agieren. (BFMSFJ 2019; Weibernetz e. V. 2020a)

Das BMAS hat im August 2020 eine Studie zur Erhebung von vorhandenen Gewaltschutzstrukturen für Menschen mit Behinderungen in Deutschland in Auftrag gegeben. Im Rahmen des Forschungsvorhabens wird das Ziel verfolgt, mit Hilfe von Einzel- und Gruppeninterviews wissenschaftlich basierte politische Handlungsempfehlungen zur Verbesserung des Gewaltschutzes in Einrichtungen der Behindertenhilfe zu entwickeln. Ergebnisse sollen im Sommer 2021 vorliegen.²⁴⁴

Zudem beabsichtigt das BMFSFJ eine neue Untersuchung über „Gewalt gegen Frauen mit Behinderungen in Einrichtungen“. Im Jahr 2012 wurde die vom BMFSFJ in Auftrag gegebene wissenschaftliche Untersuchung „Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland“ veröffentlicht. Durch diese Studie lagen erstmals in Deutschland umfassende und repräsentative Daten über Gewalterfahrungen sowie über die Vielfalt der Lebenssituationen und Belastungen von Frauen mit Behinderungen vor. Aufbauend auf den Ergebnissen und Erkenntnissen der durchgeführten Studie soll jetzt eine Neubetrachtung erfolgen, um weiterführende Daten in diesem Bereich zu erhalten. Die Studie soll in 2021 starten und ist auf drei Jahre angelegt.

²⁴⁴ Zu Handlungsbedarfen im Bereich der Prävention von Gewalt gegen Menschen mit Beeinträchtigungen äußert sich auch der wissenschaftliche Beirat im Kommentar zu diesem Kapitel.

10.7 Entwicklung im Bereich Sicherheit und Schutz der Person

Um zu einer Gesamteinschätzung der Entwicklungen im Bereich Sicherheit und Schutz der Person zu gelangen, werden zusammenfassend folgende drei Fragen beantwortet.

1. In welchem Ausmaß sind die Freiheits- und Persönlichkeitsrechte von Menschen mit Beeinträchtigungen gefährdet und in welchen Situationen zeigen sich solche Gefährdungen?

Eingriffe in Freiheits- und Persönlichkeitsrechte lassen sich grob unterteilen in solche, die staatlich legitimiert oder veranlasst werden, und solche, die Mitmenschen ohne staatliche Beteiligung verursachen. Grundsätzlich lassen sich bei dieser Thematik selten zahlenbasierte vergleichende Aussagen zur Gruppe der Menschen ohne Beeinträchtigungen machen, zumindest dann nicht, wenn es um staatlich legitimierte Eingriffe geht. Aus diesem Grunde werden in diesen Fällen vor allem die zahlenmäßigen Entwicklungen eingeordnet. Zu berücksichtigen ist auch, dass Daten zur Thematik oft nicht so aktuell sind wie Daten zu anderen Lebensbereichen und daher jüngste Entwicklungen nicht immer abgebildet werden.

Zu den staatlich legitimierten Einschränkungen gehören rechtliche Betreuungen, die zugleich der am weitesten verbreitete derartige Eingriff in die Freiheits- und Persönlichkeitsrechte sind. Sie werden dadurch legitimiert, dass sie eine notwendige Schutzfunktion für die betroffenen Personen vor Schädigung, missbräuchlicher Einflussnahme oder Fremdbestimmung erfüllen, sowie zur Geltendmachung ihrer Rechte, die diese aufgrund ihrer Krankheit oder Beeinträchtigung nicht selbst wahrnehmen können. Die Gesamtzahl laufender Betreuungen wurde zuletzt im Jahr 2014 für alle Bundesländer erfasst, für das Jahr 2015 lässt sich trotz unvollständiger Erfassung näherungsweise eine geringfügige Verringerung der Gesamtzahl vermuten. Aktuellere Entwicklungen werden durch die Anzahl der Erstbestellungen von Betreuerinnen und Betreuern besser abgebildet, da bei diesen langjährig bestehende Betreuungen nicht mitgezählt werden. Bei den Erstbestellungen ist ein deutlicher Rückgang der Fallzahlen festzustellen. Demgegenüber steigt die Zahl der Vorsorgevollmachten in der Bevölkerung stark an. Vorsorgevollmachten können zwar dazu dienen, einen Eingriff durch rechtliche Betreuung zu vermeiden, da sie die Selbstbestimmung in stärkerem Maße erhalten. (Abschnitt 10.1)

Einen erheblichen staatlichen Eingriff in die persönlichen Freiheitsrechte sowie eine Einschränkung der persönlichen Selbstbestimmung stellen freiheitsentziehende Unterbringungen und sonstige Maßnahmen dar. Sie werden damit begrün-

det, dass sie entweder zum Schutz der betroffenen Person oder für die öffentliche Sicherheit erforderlich sind. Aufgrund der Schwere des Eingriffs in die Persönlichkeitsrechte sind sie besonders zurückhaltend und kontrolliert zu handhaben. Genehmigungsverfahren zur freiheitsentziehenden Unterbringung in stationären psychiatrischen Einrichtungen zum Schutz vor Selbstgefährdungen im Zusammenhang mit psychischen Beeinträchtigungen nahmen in den Jahren 2012 bis 2015 insgesamt ab. Demgegenüber stieg die Zahl der Genehmigungsverfahren für die freiheitsentziehende Unterbringung zur Verhinderung von Fremdgefährdungen im gleichen Zeitraum kontinuierlich. Die Datenlage zur Zahl psychisch beeinträchtigter Straftäter, die aufgrund ihrer Gefährlichkeit für die Allgemeinheit im sogenannten Maßregelvollzug in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht sind, lässt die Bewertung der Entwicklungen über die Zeit nur eingeschränkt zu. Vorsichtig kann jedoch formuliert werden, dass keine großen Änderungen beobachtbar sind.

Die Anzahl ärztlicher Zwangsbehandlungen ging in den Jahren 2014 bis 2016 leicht zurück. Der besonders schwerwiegende Eingriff der Sterilisation, der nicht gegen den Willen der betreuten Person durchgeführt werden darf, wurde nur in sehr kleinen Fallzahlen genehmigt und nahm im beobachteten Zeitraum ab. (Abschnitt 10.2)

Die in ihrer medizinischen Legitimation spätestens seit 2016 grundsätzlich infrage gestellten geschlechtsangleichenden Operationen bei Kindern mit Variationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale fanden zwischen 2005 und 2016 in etwa gleichbleibender Zahl statt und betrafen circa 20 bis 40 Prozent der Kinder mit diesen Merkmalen. (Abschnitt 10.3)

Gewalt durch Mitmenschen stellt ebenfalls einen schwerwiegenden Eingriff in die Selbstbestimmung und Unverletzlichkeit der Opfer dar. Menschen mit Behinderungen haben keinen überdurchschnittlichen Anteil an den polizeilich erfassten Opfern körperlicher Gewalt. Vorurteilsgeleitete Körperverletzungen aufgrund von Behinderungen geschehen auch im Vergleich zu Körperverletzungen, die aus anderen Vorurteilen heraus verübt werden, eher selten. Betrachtet man die in Studien erfragten Gewalterfahrungen im Lebensverlauf, so berichten Menschen mit Beeinträchtigungen deutlich häufiger als Menschen ohne Beeinträchtigungen, dass sie in ihrem Leben körperliche Gewalt erfahren haben. Besonders stark ist der Unterschied zwischen Kindern mit und ohne Beeinträchtigungen: Kinder unter 18 Jahren mit Beeinträchtigungen sind um ein Mehrfaches häufiger Opfer körperlicher Gewalt, deren Folgen ärztlich behandelt werden müssen. Neben der Gruppe der Kinder ist auch bei Frauen mit Beeinträchtigungen eine überproportionale Gewaltbetroffenheit im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt zu verzeichnen.

Über das Ausmaß sexualisierter Gewalt können Statistiken nur unsichere Auskunft geben, da entsprechende Erfahrungen aus Scham oft nicht mitgeteilt werden und eine hohe Dunkelziffer angenommen werden muss. Der *Polizeilichen Kriminalstatistik* zufolge sind Menschen mit Behinderungen relativ betrachtet deutlich stärker von sexualisierter als von körperlicher Gewalt betroffen, die aufgrund ihrer Behinderung erfolgte. Insgesamt weist die Statistik eine nicht geringfügige Anzahl an Opfern sexualisierter Gewalt aus, die aufgrund einer Beeinträchtigung ausgeübt wurde. Ebenso berichten Menschen mit Beeinträchtigungen, insbesondere des weiblichen Geschlechts, deutlich häufiger über sexuellen Missbrauch als Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Etwas seltener kommt es zu psychischer Gewalt aufgrund von Behinderung und auch ihr Anteil an den polizeistatistisch registrierten Opfern einer solchen Gewalttat ist eher unterdurchschnittlich. Im Unterschied dazu kommen auf Befragungen beruhende Studien zu dem Ergebnis, dass Menschen mit Beeinträchtigungen im Erwachsenenalter sehr viel häufiger Erfahrungen mit psychischer Gewalt machen als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Kinder zwischen sieben und 13 Jahren mit Beeinträchtigungen schließlich sind wesentlich häufiger Hänseleien oder Schikanen ausgesetzt als gleichaltrige Kinder ohne Beeinträchtigungen. (Abschnitt 10.4)

Menschen mit Beeinträchtigungen machen sich wesentlich häufiger Sorgen über die Entwicklung der Kriminalität in Deutschland als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Bei insgesamt zunehmender Sorge in der Bevölkerung besteht dieser Unterschied im Zeitverlauf fort. (Abschnitt 10.5)

2. Welche Entwicklungen zeigen sich im Bereich der Einschränkungen und Verletzungen von Freiheits- und Persönlichkeitsrechten und bei der Wahrnehmung der staatlichen Achtungs- und Schutzpflicht?

Die Freiheits- und Persönlichkeitsrechte haben eine grundlegende und herausragende Bedeutung für die menschenrechtsbasierte UN-BRK. Entsprechend wird im Staatenprüfungsprozess besonderes Augenmerk daraufgelegt, dass der Staat seinen Achtungs- und Schutzpflichten gegenüber diesen Rechten nachkommt. Ein Ergebnis dieser Prüfung sind umfassende Kritikpunkte des UN-Fachausschusses in seinen Abschließenden Bemerkungen zum ersten Staatenbericht Deutschlands.

In den dargestellten Statistiken ist erkennbar, dass staatliche Eingriffe in die genannten Rechte weiter fortbestehen, sich aber teilweise positiv entwickeln:

- Im Bereich der rechtlichen Betreuung ist eine sinkende Anzahl an Erstbestellungen zu erwähnen. (Abschnitt 10.1)
- Ebenfalls positiv zu deuten ist, dass freiheitsentziehende Unterbringungen in stationären psychiatrischen Einrichtungen zum Schutz vor Selbstgefährdungen im Zusammenhang mit psychischen Beeinträchtigungen leicht abnehmen.
- Bei den genehmigten freiheitsentziehenden Maßnahmen in stationären Einrichtungen ist ein deutlicher Rückgang zu erkennen, entsprechende Daten liegen allerdings nur bis 2015 vor. Der gesetzeskonforme Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der stationären Pflege hat sich Überprüfungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen zufolge verbessert, es bleibt aber immer noch ein Rest an Maßnahmen, bei denen Einwilligungen oder Genehmigungen nicht vorliegen oder vorgesehene regelmäßige Überprüfungen nicht stattfinden.
- Ein Handlungsbedarf zeigte sich bei der ansteigenden durchschnittlichen Verweildauer in der strafrechtlichen Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, der kein erkennbarer entsprechender Anstieg in der Gefährlichkeit der untergebrachten Personen gegenüberstand. Hierauf reagierte der Gesetzgeber im Jahr 2016 mit einer Gesetzesreform, in der die Voraussetzungen zur Anordnung und vor allem Fortdauer der Unterbringung konkretisiert und Maßnahmen der prozessualen Sicherung ausgebaut wurden. (Abschnitt 10.2)
- Problematisch bleibt, dass geschlechtsangleichende Operationen – Daten liegen bis zum Jahr 2016 vor – bei Kindern mit Variationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale nach wie vor zu einem erheblichen Anteil durchgeführt werden. (Abschnitt 10.3)

Auf Bundesebene hat das BMJV einen interdisziplinären und partizipativen Diskussionsprozess angestoßen mit dem Ziel, die Selbstbestimmung und Autonomie unterstützungsbedürftiger Menschen sowohl im Vorfeld als auch innerhalb der rechtlichen Betreuung zu stärken und die Qualität der Betreuung zu verbessern. Die Ergebnisse dieses Diskussionsprozesses sind in einen Gesetzentwurf zur Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts eingeflossen, der nach Abschluss der parlamentarischen Beratungen noch in der 19. Legislaturperiode verabschiedet werden soll. Die Rechtsänderungen sind zentral darauf ausgerichtet, auf den verschiedenen Umsetzungsebenen eine konsequent an der Verwirklichung des Selbstbestimmungsrechts der Betroffenen orientierte Anwendungspraxis zu gestalten.

Einige staatliche Aktivitäten auf Bundesebene sollen den Schutz vor Gewalt und die Hilfe bei Gewalterfahrungen fördern. Im Bereich der Hilfen bei Gewalterfah-

rungen trifft das vom BMFSFJ im Jahr 2013 ins Leben gerufene Hilfetelefon *Gewalt gegen Frauen* auf eine wachsende Nachfrage. Die Beratungszahlen von Frauen mit Beeinträchtigungen nehmen kontinuierlich zu. Für die barrierefreie Zugänglichkeit und Nutzbarkeit werden umfangreiche Vorkehrungen getroffen.

Die Empfehlung aus den Abschließenden Bemerkungen zur Entwicklung einer umfassenden, wirksamen und mit angemessenen Finanzmitteln ausgestatteten Strategie zum Gewaltschutz von Mädchen mit Behinderungen wurde durch ein Projekt unter der Leitung des BMAS aufgegriffen. Im Jahr 2017 wurde mit der Entwicklung einer Ebenen-übergreifenden Gewaltschutzstrategie für Menschen mit Behinderungen mit dem Ziel begonnen, ein gemeinsames Problemverständnis von Bund und Ländern herzustellen und die verschiedenen Konzepte und Maßnahmen Ebenen-übergreifend miteinander abzustimmen.

Das DIMR kritisiert, dass der Schutz vor Gewalt in den Heimgesetzen der Bundesländer nur sehr wenig berücksichtigt wird. Beispielsweise wird der Schutz vor Gewalt lediglich in drei Bundesländern als Gesetzesziel formuliert, konkrete Maßnahmen zur Gewaltprävention sind ebenfalls nur gemäß drei Heimgesetzen verpflichtend. Das Institut kritisiert auch die Rolle der Heimaufsichtsbehörden. Sie seien einer Umfrage zufolge nicht in der Lage, adäquaten Schutz vor Gewalt und Missbrauch durchzusetzen, das Thema Gewalt werde in Prüflaufplänen nicht aufgegriffen und die Behörden verließen sich weitestgehend auf die im Rahmen der Heimgesetze bestehende Meldepflicht bei Gewaltvorkommnissen seitens der Einrichtungen.

Ein Zugang zur Prävention von Gewalt liegt in der Stärkung der kollektiven Selbstvertretung der eigenen Angelegenheiten in der Politik. Mit diesem Ziel wird auf Bundesebene das Projekt *Politische Interessenvertretung behinderter Frauen*, getragen vom Verein Weibernetz e. V. durch das BMFSFJ unterstützt. Im Rahmen dieses Projekts werden die Interessen beeinträchtigter Frauen in Gremien und auf Fachtagungen vertreten.

Ähnlich ausgerichtet ist die vom BMFSFJ initiierte Etablierung von Frauenbeauftragten in Einrichtungen, die sich seit 2019 in einem Bundesnetzwerk zusammengeschlossen haben. Auch hier soll durch die Stärkung der Selbstvertretung von Menschen mit Beeinträchtigungen ein Beitrag zur Gewaltprävention geleistet werden. Seit 2017 wurden durch eine Novellierung der Werkstätten-Mitwirkungsverordnung Frauenbeauftragte in allen Werkstätten für behinderte Menschen verpflichtend etabliert. Diese sollen aufgrund ihres direkteren Kontakts zu anderen Frauen einen Beitrag zum Gewaltschutz leisten können.

Ein weiteres Beispiel der Gewaltprävention mit dem Schwerpunkt auf Empowerment ist das 2020 abgeschlossene Modellprojekt *BeSt – Beraten und Stärken*, das sich auf den Schutz von Mädchen und Jungen mit Behinderungen vor sexualisierter Gewalt in Einrichtungen konzentriert. Hierzu wurden in bundesweit mehr als 80 Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen spezifische Maßnahmen der Implementierung und Optimierung von Kinderschutzkonzepten, zur Qualifizierung und Sensibilisierung der Fachkräfte sowie Präventionsmaßnahmen umgesetzt. (Abschnitt 10.6)

Zu 3.: Für welche Teilgruppen der Menschen mit Beeinträchtigungen lassen sich anhand der dargestellten Statistiken besondere Gefährdungen von Freiheits- und Persönlichkeitsrechten erkennen?

Bei einigen Gruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen sind Freiheits- und Persönlichkeitsrechte besonders gefährdet:

- Ein Einflussfaktor, der zusätzlich zu einer Beeinträchtigung spezifische Gefährdungen begünstigt, ist das Geschlecht. Das trifft vor allem auf das Risiko zu, Opfer von Gewalt durch Mitmenschen zu werden. Frauen mit Beeinträchtigungen berichten deutlich häufiger davon, sexualisierte Gewalt im Laufe ihres Lebens zu erfahren als Männer mit Beeinträchtigungen und ebenfalls deutlich häufiger als Frauen ohne Beeinträchtigungen. Die Grundaussage, dass Frauen stärker von dieser Gewaltform betroffen sind, wird durch die Polizeiliche Kriminalitätsstatistik gestützt. Weiterhin sind Frauen mit Beeinträchtigungen in ihrer Kindheit und Jugend auch häufiger Opfer psychischer beziehungsweise seelischer Gewalt gewesen. Nochmals besonders betroffen sind hier Frauen mit einer Gehörlosigkeit oder einer Sehbeeinträchtigung.
- Männer mit Beeinträchtigungen erleben den eigenen Angaben zufolge im Laufe ihres Lebens häufiger körperliche Gewalt als Frauen. Die Polizeiliche Kriminalitätsstatistik untermauert auch in diesem Fall die stärkere Betroffenheit der Männer mit Beeinträchtigungen. Schließlich bilden Männer die große Mehrheit der Personen, die aufgrund eigener Straftaten und ihrer Gefährlichkeit strafrechtlich in psychiatrischen Krankenhäusern untergebracht werden.
- Die zahlenmäßig kleine Gruppe der Kinder, die mit Variationen der Geschlechtsorgane zur Welt gekommen ist, wird – Daten liegen nur bis zum Jahr 2016 vor – häufig geschlechtsangleichenden Operationen unterzogen, obwohl die gültige medizinische Leitlinie Intergeschlechtlichkeit nicht mehr als körperliche Störung oder Krankheit ansieht und verändernde medizinische Eingriffe ablehnt.

- Eine schwerere psychische Beeinträchtigung erhöht das Risiko, dass eine rechtliche Betreuung eingerichtet wird, erheblich. Vor allem aber sind psychisch beeinträchtigte Menschen von freiheitsentziehenden Maßnahmen wie der zwangsweisen Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus betroffen, überwiegend zum Schutz vor Selbstgefährdung. Eine ähnlich ausgeprägte Gefährdung der Freiheits- und Persönlichkeitsrechte findet sich bei keiner anderen Teilgruppe mit einer anderen Beeinträchtigungsform.
- Kinder mit Beeinträchtigungen erleben öfter körperliche Gewalt als Kinder ohne Beeinträchtigungen. Hinzu kommt, dass Kinder im Alter von sieben bis 13 Jahren öfter gehänselt und schikaniert werden.
- Frauen mit Beeinträchtigungen, die in einer Einrichtung wohnen, erleben häufiger sexualisierte Gewalt – über Männer mit Beeinträchtigungen gibt es die entsprechenden Informationen nicht. Frauen mit Beeinträchtigungen, die in Privathaushalten leben, sind hiervon deutlich seltener betroffen. Freiheitsentziehende Maßnahmen für Personen, die in stationären Einrichtungen leben, werden – trotz eines zu verzeichnenden Rückgangs – nach wie vor in nicht geringfügigem Maße genehmigt. Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen in Einrichtungen weisen ein reduziertes Sicherheitsgefühl auf, sowohl in Bezug auf die anderen Bewohnerinnen und Bewohner als auch in Bezug auf Pflegekräfte und Unterstützungspersonal.

10.8 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Sicherheit und Schutz der Person

Vorbemerkung:

Im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD für die laufende Legislaturperiode heißt es:

„Schutz vor Gewalt

Menschen mit Behinderungen werden besonders häufig Opfer von Gewalt in unterschiedlichster Form. Wir wollen die Aufklärung und Stärkung der Menschen fördern sowie Gewaltschutzkonzepte in Einrichtungen und eine Verbesserung der Unterbringungsmöglichkeiten nach Übergriffen, z.B. in barrierefreien oder mit speziell geschultem Personal besetzten Frauenhäusern.“ (Bundesregierung 2018: 95)

Nach wie vor fehlende Gewaltschutzkonzepte in Einrichtungen

Bereits 2016 hat der Wissenschaftliche Beirat angemahnt, flächendeckende Maßnahmen zur Bekämpfung sexualisierter Gewalt sowie zur Stärkung behinderter Frauen zu entwickeln und zu etablieren; notwendig seien auch grundsätzliche

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Strategien zur Verhinderung gewaltsamer Übergriffe auf behinderte Menschen jeden Geschlechts (BMAS 2016). Es sind seither zwar einige Einzelmaßnahmen getroffen worden, die Fortschritte erwarten lassen, eine umfassende und wirksame Strategie zum Gewaltschutz in Einrichtungen ist aber noch nicht recht erkennbar, auch nicht aus den jüngsten Antworten der Bundesregierung zum zweiten und dritten Staatenbericht (Deutscher Bundestag 2019c: 5 f., 21 ff.). Dort werden zwar mehrere Einzelmaßnahmen (z. B. Hilfetelefon, Frauenbeauftragte in Werkstätten, dazu sogleich) genannt, aber es wird auch deutlich, dass vieles nach wie vor über Absichtserklärungen und Verweise auf Dritte (Länder, Zivilgesellschaft, lokale Akteure) nicht hinauskommt, trotz einer eindeutigen und seit über zehn Jahren durch Studien belegten Faktenlage (siehe bereits BMAS 2016: 415 f.; auch der vorliegende Teilhabebericht nimmt unter Abschnitt 10.4 im Wesentlichen auf frühere Studien Bezug), wonach Menschen mit Behinderungen, insbesondere Frauen, im Vergleich zur restlichen Bevölkerung viel öfter - Frauen zweibis dreimal häufiger - Gewalt erleben.

„Zur Bestandsaufnahme der aktuellen Situation und zur Identifizierung von Handlungsbedarfen sind Bund-Länder-Gespräche zum Gewaltschutz von Menschen, insbesondere Frauen und Mädchen mit Behinderungen geführt worden. Ziel der Bundesregierung ist es eine Konzeption für einen umfassenden Schutz von Menschen mit Behinderungen, speziell in Wohneinrichtungen zu erarbeiten. Dies soll auch die Diskussion zur Schaffung von unabhängigen Aufsichts- und Beschwerdemechanismen mit einbeziehen. Länder, Kommunen sowie die Zivilgesellschaft sollen an diesem Diskussionsprozess beteiligt werden.“ (Deutscher Bundestag 2019c: 21)

Die aktuellen Ausführungen der Bundesregierung könnten konkreter sein; weitere Bestandsaufnahmen und Forschungsvorhaben scheinen insoweit nicht erforderlich, die Feststellungen im Koalitionsvertrag (siehe oben) werden durch die jetzt vorliegenden Daten zu Gewalterfahrungen von Menschen mit Behinderungen (erneut und zum wiederholten Male) bestätigt. Angesichts der Anfang 2018 formulierten konkreten Vorgabe des Koalitionsvertrages zu „Gewaltschutzkonzepten in Einrichtungen“ sollten daher jetzt ohne Verzögerung flächendeckend koordinierte Maßnahmen ergriffen werden, um solche Konzepte zu erarbeiten und zu implementieren. Auch der Fachausschuss hat bereits 2015 von der Bundesregierung gefordert, „eine umfassende, wirksame und mit angemessenen Finanzmitteln ausgestattete Strategie aufzustellen, um in allen öffentlichen und privaten Umfeldern den wirksamen Gewaltschutz für Frauen und Mädchen mit Behinderungen zu gewährleisten“ (CRPD 2015: 9).

Die im aktuellen ebenso wie im vorangegangenen Teilhabebericht vorgetragenen Befunde werden weiter gestützt durch jüngste österreichische Studienergebnisse (BMASGK 2019), auf die der aktuelle Teilhabebericht in den Abschnitten 10.4

und 10.5 Bezug nimmt. Diese zeigen ebenfalls, wie häufig Menschen mit Behinderungen oder psychischer Erkrankung, die ihr Leben in erheblichem Ausmaß in institutionellen Settings, das heißt in besonders gestalteten Wohn- und Arbeitsumgebungen verbringen, von psychischer, körperlicher, sexueller oder auch struktureller Gewalt betroffen sind, beispielsweise über asymmetrische Abhängigkeitsverhältnisse in Einrichtungen, Machtungleichgewichte und Hierarchien, Isolation, Abhängigkeiten, mangelnde Partizipation und mangelnde Beschwerde- und Rechtsschutzmöglichkeiten. Auch diese Studie belegt, dass sie in ihrem Leben in wesentlich höherem Ausmaß Gewalt erfahren als Menschen ohne Behinderung. Auch diese Studie kommt zum Ergebnis, dass ein breites Maßnahmenbündel erforderlich ist, um Gewalt entgegenzuwirken. Der Schlüssel für eine gewaltfreie Umgebung sei eine Organisationskultur auf Basis der UN-Behindertenrechtskonvention. Dazu gehörten die Achtung der Würde der Person, Selbstbestimmung, Ermächtigung („Empowerment“), Selbstvertretung und Partizipation. Die Einrichtungsgröße alleine lasse hingegen keinen Schluss darauf zu, ob möglicherweise Gewalt droht. Empfohlen werden eigene Gewaltschutzkonzepte, Interventionspläne, ausreichendes und geschultes Personal sowie der barrierefreie Zugang zu Informationen. Die Verfasserinnen weisen insbesondere darauf hin, dass – wenig überraschend – unzureichende Personalressourcen und schlechte Betreuungsschlüssel besondere Risikofaktoren für Gewalt im institutionellen Kontext sind (BMASGK 2019: 34 f.).

Positiv hervorzuheben ist die seit 30.12.2016 feste und verpflichtende Einrichtung von Frauenbeauftragten in den Werkstätten (§ 222 Abs. 5 SGB IX). Danach sind in jeder WfbM eine Frauenbeauftragte und eine Stellvertreterin zu wählen. In großen Einrichtungen ist in Anlehnung an § 19 Abs. 4 des Bundesgleichstellungsgesetzes die Wahl von bis zu drei Stellvertreterinnen vorgesehen, um die wirksame Erfüllung der Aufgaben der Frauenbeauftragten sicherzustellen. Zur Regelung der Einzelheiten enthält der neu gefasste § 227 Abs. 2 Satz 2 SGB IX eine Verordnungsermächtigung. Die Regelung erfolgte in der Werkstätten-Mitwirkungsverordnung (§§ 39a-39c WMVO). Es geht dabei ausdrücklich um Frauenbeauftragte, nicht um Gleichstellungsbeauftragte. Als Frauenbeauftragte sollen die beauftragten Frauen zu den Ratsuchenden einen Zugang auf „Augenhöhe“ haben, um auf diese Weise besser der Diskriminierung von Frauen in Einrichtungen im Sinne des „Peer-Support“ entgegenzuwirken. Nach § 39a WMVO vertritt die Frauenbeauftragte die Interessen der in der Werkstatt beschäftigten Frauen gegenüber der Werkstattdirektion, insbesondere in den Bereichen Gleichstellung von Frauen und Männern, Vereinbarkeit von Familie und Beschäftigung sowie Schutz vor körperlicher, sexueller und psychischer Belästigung oder Gewalt. Werkstattdirektion und Frauenbeauftragte sollen in der Regel einmal im Monat zu Besprechungen zusammentreten. Können Maßnahmen Auswirkungen auf die oben genannten Bereiche haben, besteht ein Unterrichtsanspruch der Frauenbeauftragten. Auch zu den Sitzungen des Werkstatttrates ist die Frauenbeauftragte

rechtzeitig unter Mitteilung der Tagesordnung zu laden. Sie hat das Recht, an den Sitzungen des Werkstattrates teilzunehmen und dort zu sprechen. Die Arbeitsgerichte sind für Streitigkeiten aus § 222 SGB IX einschließlich der hierzu erlassenen WMVO zuständig. Dazu stellt § 10 des Arbeitsgerichtsgesetzes (ArbGG) klar, dass die nach § 222 SGB IX beteiligten Personen und Stellen, also auch die Frauenbeauftragten, parteifähig sind. Die Verletzung der Mitwirkungsrechte der Frauenbeauftragten aus § 222 SGB IX ist allerdings keine Ordnungswidrigkeit im Sinne des § 238 Abs. 1 SGB IX, weshalb eine Ahndung mit einer Geldbuße nicht möglich ist. Dies sollte in die derzeit laufende Umsetzungsbegleitung des Bundesteilhabegesetzes (Kooperationsprojekt der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation *Partizipatives Monitoring der aktuellen Entwicklung des Rehabilitations- und Teilhaberechts* bis August 2021) und in die dortige Evaluation einbezogen werden, damit ggf. nachgesteuert werden kann.

Hingewiesen werden muss auf den vielfältigen Aufgabenbereich der Frauenbeauftragten, der zu Spannungsfeldern führen kann. Die Beauftragten dienen in erster Linie als Interessenvertreterin und Informantin für ihre Kolleginnen, sind aber gleichzeitig auch die Vertrauensperson für alle in der Werkstatt arbeitenden Frauen. Und sie selbst arbeiten ebenfalls in der WfbM. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie die professionelle Distanz, die in Beratungssettings gefordert beziehungsweise vorausgesetzt wird, eingehalten werden soll. Herausforderungen, auf die die Beauftragten bei der Unterstützung von Ratsuchenden, stoßen könnten, müssen Gegenstand von Schulungen sein, die auf die Amtsausführung und alle damit verbundenen Aufgaben vorbereiten. In der Handreichung *Frauenbeauftragte in Werkstätten* der Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V. (BAG WfbM 2020), welche Handlungsempfehlungen für die direkte Unterstützung der Frauenbeauftragten in WfbM beinhaltet, wird darauf hingewiesen, dass neben dem Auf- und Ausbau von Beratungskompetenz auch theoretische Grundlagen und Kenntnisse für den Umgang mit Frauen, die Gewalt erfahren haben, zwingend erforderlich sind, nicht zuletzt, weil selbst Fachpersonal mit langjähriger Erfahrung die Auseinandersetzung mit Betroffenen häufig als herausfordernd erlebt.

Das BMFSFJ hat seit Oktober 2016 für drei Jahre das Projekt *Bundes-Netzwerk für Frauenbeauftragte in Einrichtungen* gefördert, das vom Verein Weibernetz e.V. durchgeführt wurde: Ziel war der Aufbau einer bundesweiten Vernetzungsstruktur für Frauenbeauftragte in Einrichtungen, ihre Unterstützerinnen und Trainerinnen. Die Idee der Frauenbeauftragten hat sich danach in der Praxis als ein erfolgreicher Beitrag zur Stärkung von Frauen mit Lernschwierigkeiten und zum Gewaltschutz in Einrichtungen erwiesen. Die Ergebnisse und Erfahrungen, die der vorliegende Teilhabebericht im Abschnitt 10.6.2 lediglich kurz streift, haben deutlich gezeigt, dass Frauen mit Lernschwierigkeiten sehr gut als Frauenbeauftragte arbeiten können und oftmals einen besseren, direkteren Zugang zu den

Frauen in Einrichtungen haben als pädagogisches Personal. Gleichzeitig können sie als Schnittstelle zwischen dem System der Behindertenhilfe und den Angeboten für gewaltbetroffene Frauen auftreten. (BMFSFJ 2018) Im September 2019 haben die Frauen-Beauftragten aus Werkstätten und Einrichtungen ein Bundesnetzwerk gegründet. (BMFSFJ 2019) Die Ergebnisse des Projekts waren außerdem wichtige Grundlagen für die gesetzliche Festschreibung der institutionalisierten Einrichtung von Frauenbeauftragten durch die Novellierung der Werkstätten-Mitwirkungsverordnung und im SGB IX.

Als weitere wichtige denkbare Maßnahme wird in der Bundesrepublik schon seit geraumer Zeit die Implementierung von Gewaltschutzkonzepten in Einrichtungen der Behindertenhilfe als Voraussetzung für die Zulassung und die Betriebserlaubnis thematisiert. Mehrere Empfehlungen zu Gewaltschutzkonzepten liegen bereits vor (z. B. Bundesvereinigung Lebenshilfe 2017; Der Paritätische 2015; Weibernetz e. V. 2016), auch insofern wäre keine Zeit mit weiteren Bestandsaufnahmen und „breit angelegten Beteiligungsprozessen“ zu verlieren, sondern es könnte z. B. aus dem BMAS ein Musterkonzept zügig erarbeitet und vorgelegt werden. Damit die Erstellung von präventiven Gewaltschutzkonzepten dann auch tatsächlich flächenendeckend vorankommt, sollte ihre verpflichtende Implementierung und Verknüpfung mit der Erteilung der Betriebserlaubnis geregelt werden, wie das bereits für die Jugendhilfe in § 45 SGB VIII vorgesehen ist. Gemäß § 45 SGB VIII sind die Träger von teilstationären und stationären Einrichtungen der Jugendhilfe sowie von Tageseinrichtungen für Kinder verpflichtet, im Rahmen des Betriebserlaubnisverfahrens geeignete Verfahren zur Sicherung der Rechte von Kindern und Jugendlichen in den Einrichtungen schriftlich darzulegen (Schutzkonzepte). Zwar gibt es auch landesrechtliche Regelungen, die Einrichtungen der Behindertenhilfe verpflichten, eine fachliche Konzeption vorzulegen, die die UN-BRK und die Charta der Rechtehilfe- und pflegebedürftiger Menschen berücksichtigen (z. B. § 11 Abs. 3 Nr. 13 Wohn- und Teilhabegesetz [WTG] Sachsen-Anhalt).²⁴⁵ Insgesamt aber, darauf weist der vorliegende Teilhabebericht Abschnitt 10.6.2 hin, wird in den Heimgesetzen der Länder der Schutz vor Gewalt nur sehr wenig berücksichtigt. Besser wäre es daher im Interesse einer bundeseinheitlichen Vorgehensweise im SGB IX für Werkstätten, Wohneinrichtungen und ähnliche Einrichtungen der Behindertenhilfe, eine dem § 45 SGB VIII vergleichbare Regelung zu schaffen und die Vorlage eines präventiven Gewaltschutzkonzeptes für die Erlangung der Betriebserlaubnis verpflichtend zu regeln. Außerdem müsste eine unabhängige Prüfstelle eingerichtet werden, die solche Vorkehrungen in Einrichtungen überprüft und deren Erhebung auch der nach Artikel 33 UN-BRK tätigen Koordinierungsstelle wichtige Daten liefern würde.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

²⁴⁵ Vgl. zu weiteren landesrechtlichen Regelungen Zinsmeister / Schröttle (2018).

Nicht zuletzt sind im Sinne einer individuellen Prävention in Einrichtungen auch einrichtungsspezifische sexualpädagogische Konzepte notwendig, die in das Einrichtungskonzept integriert werden müssen (Beck et al. 2013: 31 ff.). Ziel muss sein, einerseits Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu sensibilisieren und zu schulen, um Qualitätsstandards einzuhalten. Dabei muss auch die Situation des Personals und die Rolle der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mitbedacht werden:

„Zukünftige Forschungen sollten die Rolle des Personals in den Institutionen berücksichtigen. Sie werden leider nicht von den Behinderten bezahlt sondern von dem Träger der Institution, der wiederum vom Staat. Der Träger weiß um die Wichtigkeit der Eltern und gesetzlichen Betreuer, die einen Behinderten auch in eine andere Einrichtung lenken kann. Damit würden Einnahmen verloren gehen. Das Betreuungspersonal ist wiederum an seiner eigenen Sicherheit interessiert und will seinen Job nicht verlieren. Also tut er das, was Staat, Träger und Eltern wollen. [...] Die öffentliche Meinung will die Illusion behalten, die Behinderten seien in den Heimen gut versorgt. Ruhe, Ordnung, keine Presse, keine Polizei im Haus, keine Schwangerschaft, das will der Träger, ganz egal was er in die Leitbilder schreibt.“ (Sandfort 2007)

Ziel der genannten Konzepte muss es weiter sein, auch die betroffenen behinderten Menschen selbst aufzuklären und – soweit es irgend geht – zu befähigen, Gefahrensituationen und Grenzverletzungen zu erkennen und zu artikulieren, das heißt „nein“ zu sagen beziehungsweise – angesichts der häufig nonverbalen Kommunikation – zu äußern. Diese Konzepte müssen in leichter Sprache verfasst und barrierefrei zugänglich sein.

„Zunächst sollten Frauen und Männer mit Behinderungen darüber informiert und aufgeklärt werden, was sexuelle Übergriffe und sexuelle Gewalt sind. Alle Menschen sollten wissen, welche Verhaltensweisen in Ordnung sind und wo persönliche Grenzen überschritten werden. Nicht alle Menschen haben gelernt, ihre (Körper)Grenzen klar zu definieren, um z.B. einordnen zu können, welche Berührungen angenehm und erlaubt und welche unangenehm und verboten sind. Nicht alle Menschen merken, wenn sie die (Körper)Grenzen anderer überschreiten. Es empfiehlt sich deshalb, sich gemeinsam mit Menschen mit Behinderungen mit dem Thema „Meine (Körper)Grenzen“ auseinander zu setzen und Regeln für den Umgang miteinander aufzustellen. [...]

Menschen mit Behinderungen sollten über ihre Rechte aufgeklärt werden, z. B. um zu wissen, dass sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz vom Arbeitgeber verhindert werden muss und dass Heimleitungen zum Schutz der Würde der Bewohner/innen verpflichtet sind. Sie sollten wissen, wie die Beschwerdewege aussehen: Wer sind die internen und externen Ansprechpersonen, wie und wann erreiche ich diese, was muss ich sagen, was nicht, was macht der Beschwerderat mit den Informationen. Es empfiehlt sich, die Information über Ansprechpersonen

und ihre Erreichbarkeit für alle sichtbar in der Einrichtung zu platzieren. Darüber hinaus sollte ein „Notfall-Leitfaden“ mit kurzen Hinweisen zum Umgang mit akuter sexueller Gewalt sowie mit relevanten Kontaktdaten an alle Bewohner/innen und Nutzer/innen (in unterschiedlichen Darstellungsformen) verteilt werden.“ (Beck et al. 2013: 39).

Sauer / Teubert (2018: 51 ff.) haben jüngst darauf hingewiesen, dass die aus den Cultural Studies stammende Frage „Who Can Speak and Who Is Heard/Hurt?“ auch in diesem Kontext von grundlegender Bedeutung ist. Wichtige Voraussetzung für Prävention von Gewalt bei Menschen mit (kognitiven) Beeinträchtigungen sei es, diesen Möglichkeiten der Äußerung und Artikulation zu eröffnen, damit sie Gehör finden und auf individueller, institutioneller und struktureller Ebene Resonanz auslösen.

(Zwangs-)Sterilisation und Missbrauch in Einrichtungen

In der UN-BRK wird in Artikel 17 das Recht auf Achtung der körperlichen und seelischen Unversehrtheit gleichberechtigt mit anderen festgeschrieben. In Artikel 23 wird geregelt, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen ihre Fruchtbarkeit behalten. Bereits im zweiten Teilhabebericht 2016 wird das Verbot von Zwangssterilisationen und Abtreibungen bei einwilligungsunfähigen Personen angesprochen (BMAS 2016: 417). Der Fachausschuss, der den Begriff der Zwangssterilisation in einem weiteren Begriffsverständnis verwendet, als der deutsche Rechtsbegriff, hat 2015 im ersten Staatenbericht „die Praxis der Zwangssterilisierung und Zwangsabtreibungen an Erwachsenen mit Behinderungen auf der Grundlage einer ersetzenden Entscheidung“ beanstandet (CRPD 2015: 9). Die Sterilisation behinderter Menschen ist - auch bei scheinbar „freiwilliger“ Einwilligung der Betroffenen - in verschiedener Hinsicht fragwürdig. So heißt es zur Problematik der „Freiwilligkeit“ einer Einwilligung in die Sterilisation im Positionspapier der Staatlichen Koordinierungsstelle nach Artikel 33 UN-BRK vom April 2017, dass äußere Umstände die scheinbare Freiwilligkeit häufig durchkreuzten und das Zustandekommen der „Freiwilligkeit“ kritisch hinterfragt werden müsse:

„Wenn Frauen mit Lernschwierigkeiten einer Sterilisation zustimmen, kann in diesen Fällen im rechtlichen Sinne nicht von Zwangssterilisation gesprochen werden. Dennoch üben sowohl die Umstände als auch Einstellungen in der Gesellschaft auf Frauen mit Lernschwierigkeiten einen enormen Druck aus. Bei Schwanger- und Mutterschaft droht nicht selten das Verlassen des gesamten bislang gewohnten Umfeldes (Wohnen/Arbeit/Freizeit/Partnerschaft oder Familie) sowie die Unklarheit, in wieweit eine Unterstützung von anderen Personen und Einrichtungen erfolgen wird. Nach den Ergebnissen der Studie [„Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in

Deutschland" (Schröttle et al. 2013)], aber auch aus Erkenntnissen aus Seminaren mit Frauen mit Behinderungen sowie Befragungen, stimmen Frauen mit Lernschwierigkeiten sogar bei einem vorhandenen Kinderwunsch einer Sterilisation zu. Eine Entscheidung für eine Sterilisation unter diesen Bedingungen kann jedoch nicht wirklich „freiwillig“ genannt werden, da zwar keine gesetzlichen, wohl aber gesellschaftliche und strukturelle Zwänge eine maßgebliche Rolle spielen.“ (Staatliche Koordinierungsstelle 2017: 11)

In ebendiesem Kontext verwendet auch der Fachausschuss den Begriff „Zwangssterilisation“, was nach unserem Rechtsverständnis die Problematik des Zustandekommens einer - je nach den Umständen - fragwürdigen Einwilligung meint.

Die Norm des § 1905 BGB (Einwilligung des Betreuers in eine Sterilisation bei einer nicht einwilligungsfähigen betreuten Person) ist seit Jahren hinsichtlich ihrer Auswirkungen und in ihrer Existenzberechtigung überhaupt sehr umstritten. Die Fallzahlen (Anträge auf Genehmigung zur Sterilisation) schwanken zwischen circa 30 und 70 jährlich (Abbildung 114). Der UN-Fachausschuss hat bereits empfohlen, die notwendigen Maßnahmen, einschließlich gesetzgeberischer Art, zu treffen, um einerseits § 1905 BGB aufzuheben und außerdem die Sterilisierung ohne die volle und informierte Einwilligung der beziehungsweise des Betroffenen gesetzlich zu verbieten und sämtliche Ausnahmen abzuschaffen, einschließlich der ersetzenden Entscheidung beziehungsweise nach richterlicher Genehmigung (CRPD 2015: 9). Mittlerweile hat sich auch der Petitionsausschuss des Deutschen Bundestags in seiner Sitzung am 09. September 2020 für eine Überprüfung der Vorschrift des § 1905 BGB ausgesprochen und eine Petition mit der Forderung nach ersatzloser Streichung der Vorschrift an das BMJV überwiesen. Nach Aussage des Petitionsausschusses gehört die genannte Vorschrift schon seit Verabschiedung des Betreuungsgesetzes im Jahr 1992 zu dessen umstrittensten Regelungen. "Im Hinblick auf die Anforderungen der UN-BRK soll diese Vorschrift daher erneut überprüft werden", heißt es in der Vorlage. Hierzu bedürfe es zunächst hinreichender Tatsachenkenntnis darüber, in welchen Konstellationen in der gerichtlichen Praxis Sterilisationen bei Betreuten auf Grundlage des § 1905 BGB genehmigt beziehungsweise abgelehnt werden. Ein entsprechendes Forschungsvorhaben werde derzeit durch die Bundesregierung/BMJV vorbereitet. Aus Sicht des Petitionsausschusses ist die Petition geeignet, „in die diesbezüglichen Untersuchungen und Entscheidungsprozesse einbezogen zu werden“. (Deutscher Bundestag 2020)

Die Bundesregierung vertritt die Auffassung, § 1905 BGB diene dem Schutz von Betreuten gegen Sterilisation ohne ausreichende Aufklärung, Beratung und Ermittlung ihres tatsächlichen Willens. Eine ersatzlose Streichung der Vorschrift könne auch zu der nicht gewollten Reduzierung des Schutzes für betreute Personen führen, da ein Betreuer – bei Vorliegen des entsprechenden Aufgabenkreises – auch ohne Erfüllung der strengen Voraussetzungen des § 1905 BGB in eine

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Sterilisation einwilligen könne²⁴⁶. Die Bundesregierung plant derzeit die Durchführung eines Forschungsvorhabens zur Sterilisation im Betreuungsrecht, (Deutscher Bundestag 2019: 24) was angesichts der Fragen und Hinweise des CRPD vor fünf Jahren vom Zeitablauf her befremdet. Wieso wurde das nicht längst durchgeführt, obwohl ein Blick in die Rechtswirklichkeit gravierende Probleme aufzeigt?

In der Praxis sind folgenschwere Fehlanreize des § 1905 BGB zu beobachten, indem die Sterilisation behinderter Menschen als bequemer Ausweg aus der realen Missbrauchsgefahr in Einrichtungen angeführt und damit nicht nur Ursache und Wirkung verdreht, sondern Menschenrechtsverletzungen faktisch gedoppelt und auf Dauer gestellt werden. Dass Gerichte sich dem entgegenstellen (BayObLG 1997, 2001), ist zwar zu begrüßen, die Frage ist aber, ob das in jedem Fall so gewährleistet ist. Generell sollten solche Gerichtsentscheidungen im 21. Jahrhundert nicht mehr notwendig sein und dürfen nicht über ein massives Einstellungsproblem bei manchen Betreuerinnen und Betreuern und offenbar einschneidende Fehlanreize des § 1905 BGB hinwegtäuschen. Beispielhaft sei ein aktuelles Urteil des Landgerichts Flensburg vom 14.11.2019 zitiert:

„Soweit die Verfahrenspflegerin und die Betreuerin darauf verweisen, dass die reale und für die Betroffene im Vergleich zu gesunden aber auch leistungsfähigeren, geistig behinderten Menschen auch erhöhte Gefahr bestehe, dass die Betroffene insbesondere innerhalb der Behindertenwerkstatt oder künftig in einem Wohnheim sexuell missbraucht oder gar vergewaltigt und infolgedessen schwanger werden könnte, ist dieser Gefahr vorliegend nicht mittels einer Sterilisation zu begegnen. [...] Da auf der Hand liegt, dass derartige Taten - auch ohne dass es zu einer Schwangerschaft kommt - für die Betroffene ganz dramatische Folgen bzgl. ihrer körperlichen und geistigen Gesundheit haben dürften, sind primär Maßnahmen zu ergreifen, die schon ihre Begehung verhindern. Daran ändert auch nicht, dass die Betroffene sicherlich besonders schutzbedürftig ist und dass es in der Vergangenheit in der Behindertenwerkstatt in [X] schon zu solchen Taten gekommen ist.“ (LG Flensburg 2019)

Angesichts solcher Sachverhalte wäre zu überlegen, ob es nicht bis zum Abschluss des angedachten Forschungsvorhabens generell ein Sterilisationsmoratorium geben sollte, das heißt die Forderungen des CRPD aus 2015 sofort umgesetzt werden sollten.

Geplante Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts

Der Gesetzentwurf des BMJV vom Sommer 2020 zur Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts (BMJV 2020) soll den Fokus hin zur unterstützten Entscheidungsfindung und weg von stellvertretendem und ersetzendem Handeln

²⁴⁶ Letzteres empfiehlt der Ausschuss ebenfalls zur Streichung (CRPD 2015: 10).

durch Betreuerinnen und Betreuer lenken. Die wichtigsten Punkte der Reform sind nach der Entwurfsbegründung des BMJV (BMJV 2019):

- Stärkung der Selbstbestimmung und der Autonomie unterstützungsbedürftiger Menschen im Vorfeld und innerhalb einer rechtlichen Betreuung im Sinne von Artikel 12 UN-Behindertenrechtskonvention,
- Verdeutlichung, dass die rechtliche Betreuung in erster Linie eine Unterstützung der betreuten Person bei der Besorgung ihrer Angelegenheiten durch eigenes selbstbestimmtes Handeln gewährleistet und die betreuende Person das Mittel der Stellvertretung nur einsetzen darf, soweit es erforderlich ist,
- Normierung des Vorrangs der Wünsche der betreuten Person wird als zentraler Maßstab des Betreuungsrechts herausgestellt,
- die betroffene Person soll in sämtlichen Stadien des Betreuungsverfahrens besser informiert und stärker eingebunden werden, insbesondere in die gerichtliche Entscheidung über das Ob und das Wie der Betreuerbestellung, in die Auswahl der konkreten betreuenden Person, aber auch in deren Kontrolle durch das Betreuungsgericht,
- Sicherstellung einer einheitlichen Qualität der beruflichen Betreuung durch ein formales Registrierungsverfahren mit persönlichen und fachlichen Mindeststeigerungsvoraussetzungen zur beruflichen Betreuung.

Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen hat den Gesetzentwurf begrüßt (Behindertenbeauftragter 2020) und angeregt, im weiteren Verfahren für alle Verfahrensbeteiligten in Verwaltung und Justiz sowie für Bestandsbetreuerinnen und -betreuer verbindlich Kenntnisse über die Kommunikation mit Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen zu verankern. Zum Beispiel auch die Kenntnis darüber, wann Gebärdensprachdolmetscherinnen und -dolmetscher oder Taubblinden-Assistenz hinzugezogen oder Leichte Sprache verwendet werden sollte. Um die Qualität der Betreuung zu verbessern, sollten auch ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer verbindlich an Betreuungsvereine angebunden werden. Darüber hinaus sollte ein niedrighschweliges Beschwerdemanagement eingerichtet und auch ein Betreuerwechsel erleichtert werden, wenn es im Betreuer-Betreuten-Verhältnis einmal zu Schwierigkeiten kommen sollte. Der Beirat schließt sich diesen Ausführungen vollumfänglich an und unterstützt diese Anliegen.

Neues Soziales Entschädigungsrecht 2024

Das neue SGB XIV erweitert zum 01.01.2024 den Kreis anspruchsberechtigter Gewaltopfer. Zukünftig können auch Opfer psychischer Gewalt Leistungen des Sozialen Entschädigungsrechts erhalten. Gleiches gilt für Opfer von Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung, unabhängig vom Alter der Betroffenen. Die neuen §§ 13 und 14 SGB XIV erfassen auch Betroffene, die im Rahmen einer

Unterbringung in Kinder- und Jugendheimen, Einrichtungen der Behindertenhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrien usw. Opfer von Gewalttaten und gleichgestellten Taten werden. (Deutscher Bundestag 2019a, b) Diese Verbesserungen sind zu begrüßen. Soweit Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung durch die Aufnahme des § 177 StGB in den Katalog in § 13 SGB XIV als schwerwiegende Straftat eingestuft und damit dem Grundsatz „nein heißt nein“ Rechnung getragen wird, bleibt es aber von größter Bedeutung, es den Betroffenen durch geeignete sexualpädagogische Konzepte sowie Schulungen/Förderungen/Trainingsmaßnahmen (siehe oben) den Weg zur selbstbestimmten Äußerung ihres „nein“ überhaupt erst zu ermöglichen. Die steigende Zahl der Inanspruchnahme des Hilfefonns (Abbildung 117) zeigt auch hier die Dringlichkeit des Handelns auf.

Literatur zu diesem Kommentar

BAG WfbM (Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V.) (2020): Handreichung Frauenbeauftragte in Werkstätten für behinderte Menschen. <https://www.bagwfbm.de/file/1290/> (online, abgerufen am 16.12.2020).

BayObLG (Bayerisches Oberstes Landesgericht) (1997): Konkrete Gefahr einer Schwangerschaft als Voraussetzung einer Sterilisation (Beschluss vom 15.01.1997, 3Z BR 281/96). <https://dejure.org/dienste/vernetzung/rechtsprechung?Gericht=BayObLG&Datum=15.01.1997&Aktenzeichen=3Z%20BR%20281/96> (online, abgerufen am 16.12.2020).

BayObLG (Bayerisches Oberstes Landesgericht) (2001): Zur Frage der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung einer Sterilisation bei einer Schwangerschaftserwartung (Beschluss vom 23.05.2001, 3Z BR 97/01). https://www.judicialis.de/Bayerisches-Oberstes-Landesgericht_3Z-BR-97-01_Beschluss_23.05.2001.html (online, abgerufen am 16.12.2020).

Beck, Heike / Bretländer, Bettina / Flügge, Sibylla (2013): Handlungsempfehlung und Muster-Dienstvereinbarung zum Umgang mit Grenzverletzungen, sexuellen Übergriffen und sexueller Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen in voll- und teilstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe. https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/Hochschule/Fachbereich_4/Kontakte/ProfessorInnen/Heike_Beck/HE_und_DV_Endfassung_2013.pdf (online, abgerufen am 16.12.2020).

Behindertenbeauftragter (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen) (2020): Selbstbestimmung statt Paternalismus. Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts. Behindertenbeauftragter Dusel begrüßt Kabinettsentwurf des BMJV (Pressemitteilung vom 23.09.2020). https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2020/PM17_Reform%20des%20Vormundschafts-%20und%20Betreuungsrechts.html (online, abgerufen am 16.12.2020).

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2016): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. BMAS, Bonn.

BMASGK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz Österreich) (2019): Erfahrungen und Prävention von Gewalt an Menschen mit Behinderungen. BMASGK, Wien.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2018): Frauen vor Gewalt schützen. Gewalt gegen Frauen mit Behinderungen. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/gleichstellung/frauen-vor-gewalt-schuetzen/frauen-mit-behinderungen-schuetzen> (online, abgerufen am 16.12.2020).

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2019): Frauen mit Behinderungen schützen. Bundesnetzwerk für Frauen-Beauftragte gegründet. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/bundesnetzwerk-fuer-frauen-beauftragte-gegruendet/138056> (online, zuletzt abgerufen: 16.12.2020).

BMJV (Bundesamt der Justiz und für Verbraucherschutz) (2019): Abschluss des Diskussionsprozesses „Selbstbestimmung und Qualität im Betreuungsrecht“. https://www.bmjv.de/SharedDocs/Artikel/DE/2019/112819_Betreuungsrecht.html (online, angerufen am 16.12.2020).

BMJV (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz) (2020): Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts. Bundeskabinett beschließt Gesetzentwurf (Presse-Artikel vom 23.09.2020). https://www.bmjv.de/SharedDocs/Artikel/DE/2020/092320_Betreuungs-_und_Vormundschaftsrecht.html (online, abgerufen am 16.12.2020).

Bundesregierung (2018): Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land (Koalitionsvertrag

zwischen CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode). <https://www.bundesregierung.de/re-source/blob/975226/847984/5b8bc23590d4cb2892b31c987ad672b7/2018-03-14-koalitionsvertrag-data.pdf?download=1> (online, abgerufen am 16.12.2020).

Bundesvereinigung Lebenshilfe (2017): Gewalt in Diensten und Einrichtungen verhindern. Eine Praxishilfe der Bundesvereinigung Lebenshilfe. Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V., Marburg.

CRPD (Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen) (2015): Abschließende Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschlands, dreizehnte Tagung, 25. März - 17. April 2015, Version vom 13. Mai 2015. https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/UN-Dokumente/CRPD_Abschliessende_Bemerkungen_ueber_den_ersten_Staatenbericht_Deutschlands_ENTWURF.pdf (online, abgerufen am 16.12.2020).

Der Paritätische (2015): Empfehlungen an ein Gewaltschutzkonzept zum Schutz von Frauen und Kindern vor geschlechtsspezifischer Gewalt in Gemeinschaftsunterkünften. Arbeitshilfe. https://www.gewaltschutz-gu.de/fileadmin/user_upload/PDFs/2015-07-parit_empf_gewaltschutzkonzept_gemeinschaftsunterkuenfte_web.pdf (online, abgerufen am 16.12.2020).

Deutscher Bundestag (2019a): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Sven Lehmann, Katja Dörner, Katja Keul, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Auswirkungen der Reform des Sozialen Entschädigungsrechts (Drucksache 19/14904). <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/149/1914904.pdf> (online, abgerufen am 16.12.2020).

Deutscher Bundestag (2019b): Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Arbeit und Soziales (11. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts (Drucksache 19/14870). <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/148/1914870.pdf> (online, abgerufen am 16.12.2020).

Deutscher Bundestag (2019c): Unterrichtung durch die Bundesregierung. Zweiter und dritter Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Drucksache 19/11745). <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/117/1911745.pdf> (online, abgerufen am 16.12.2020).

- Deutscher Bundestag (2020): Paragraf 1905 BGB soll überprüft werden (hib-Kurzmeldung vom 09.09.2020). <https://www.bundestag.de/presse/hib/791010-791010> (online, abgerufen am 16.12.2020).
- LG Flensburg (Landgericht Flensburg) (2019): Zu den Voraussetzungen der Bestellung eines Sterilisations-Betreuer (Beschluss vom 14. November 2019, 5 T 100/19). <https://rabüro.de/zu-den-voraussetzungen-der-bestellung-eines-sterilisations-betreuer/> (online, abgerufen am 16.12.2020).
- Sandfort, Lothar (2007): Rezension zu: Fegert, Jörg M. / Jeschke, Karin / Thomas, Helgard / Lehmkuhl, Ulrike (Hrsg.) (2006): Sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Gewalt. Ein Modellprojekt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung. Juventa Verlag, Weinheim. <https://www.socialnet.de/rezensionen/4459.php> (online, abgerufen am 16.12.2020).
- Sauer, Karin E. / Teubert, Anja (2018): Prävention von (sexualisierter) Gewalt gegenüber Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. In: Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, Jg. 21, Nr. 1, S. 46 – 57.
- Schröttle, Monika / Hornberg, Claudia / Glammeier, Sandra / Sellach, Brigitte / Kavemann, Barbara / Puhe, Henry / Zinsmeister, Julia (2013): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Langfassung. Publikationsversand der Bundesregierung, Berlin.
- Staatliche Koordinierungsstelle (Staatliche Koordinierungsstelle nach Artikel 33 UN-Behindertenrechtskonvention) (2017): Zwangssterilisation (Positionspapier der Staatlichen Koordinierungsstelle nach Art. 33 UN-BRK, Fachausschuss Freiheits- und Schutzrechte). https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Downloads/DE/20170426_Positionspapier_Zwangssterilisation.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (online, abgerufen am 16.12.2020).
- Weibernetz e. V. (2016): Checkliste zum Erstellen eines Leitfadens zum Umgang mit (sexualisierter) Gewalt für Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie bei ambulanten und teilstationären Diensten und Einrichtungen. https://www.weibernetz.de/Checkliste_Leitfaden_Gewaltschutz_2016.pdf (online, abgerufen am 16.12.2020).
- Zinsmeister, Julia / Schröttle, Monika (2018): Die Rechte behinderter Menschen auf Schutz vor Gewalt. In: Gemeinsam leben Nr. 1/2018, S. 21 – 28.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

11 Politische und gesellschaftliche Teilhabe

i

Faktenblatt „Politische und gesellschaftliche Teilhabe“

Wie intensiv Menschen mit Beeinträchtigungen an der Gestaltung von Politik und Gesellschaft mitwirken, ist von besonderer Bedeutung, weil damit unter anderem die Berücksichtigung ihrer Interessen in den institutionalisierten Formen der Interessenvertretung verbunden ist.

- Es zeigt sich, dass Menschen mit Beeinträchtigungen ihr passives Wahlrecht nur geringfügig weniger nutzen als Menschen ohne Beeinträchtigungen und dass sie an politischer Kommunikation Anteil nehmen. Zugleich deuten eine seltenere aktive politische Beteiligung und ein selteneres zivilgesellschaftliches Engagement auf bestehende Zugangsbarrieren hin, die mit Beeinträchtigungen im Zusammenhang stehen können.
- Der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, die sich an der Bundestagswahl 2017 beteiligten, war mit 84,6 % etwas geringer als bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen (87,1 %). Im Vergleich zur Bundestagswahl 2013 (Wahlbeteiligung von 78,2 % beziehungsweise 83,3 %) näherte sich die Wahlbeteiligung der Menschen mit Beeinträchtigungen jedoch an die der Menschen ohne Beeinträchtigungen an.
- Inwieweit in Deutschland für Menschen mit Beeinträchtigungen Barrieren bei der Ausführung ihres aktiven Wahlrechts bestehen, lässt sich derzeit empirisch nicht gesichert feststellen. Ein mangelndes Interesse an Politik scheint hierfür jedoch kein zentraler Grund zu sein. Im Jahr 2018 gaben 44,6 % der Menschen mit Beeinträchtigungen an, sich stark oder sehr stark für Politik zu interessieren. Damit war der Anteil etwas höher als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen (40,7 %).
- Bei einem relativ kleinen Teil der Bevölkerung drückt sich politisches Interesse in einer aktiven Beteiligung in Bürgerinitiativen, Parteien oder in der Kommunalpolitik aus. Im Jahr 2017 war der Anteil der

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Menschen mit Beeinträchtigungen, die in dieser Form häufig oder zumindest ab und zu politisch aktiv sind, mit 7,4 % etwas geringer als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen (8,9 %).

- In Deutschland engagiert sich ein knappes Viertel (24,2 %) der Menschen mit Beeinträchtigungen regelmäßig oder gelegentlich in Vereinen oder Verbänden, in sozialen Diensten oder Selbsthilfegruppen. Menschen ohne Beeinträchtigungen engagieren sich häufiger (33,5 %) – in den letzten Jahren vergrößerte sich der Abstand eher. Unabhängig vom Vorliegen einer Beeinträchtigung engagieren sich Männer häufiger als Frauen; die Unterschiede zwischen den Geschlechtern gingen in den letzten Jahren jedoch zurück.
- Strukturen der Interessenvertretung von Menschen mit Beeinträchtigungen gibt es auf unterschiedlichen Ebenen. Sie reichen von informellen Initiativen und Selbsthilfeorganisationen bis zu formalen Vertretungsorganen auf der politischen Ebene. Über deren Wirkungen liegen keine Untersuchungsergebnisse oder Einschätzungen vor.

Es ist Aufgabe und Ziel der Politik, das Gemeinwesen zu gestalten, dabei die Interessen unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen auszugleichen und so zur Erhöhung des Gemeinwohls beizutragen (von Prittwitz 1994: 48). In einer lebendigen Demokratie sind Bürgerinnen und Bürger eng in diese Gestaltungsaufgabe eingebunden. Indem die Menschen an gesellschaftlichen Debatten teilnehmen und die politischen Entscheidungsprozesse mitgestalten, wird die demokratische Gesellschaft gestärkt. Diese institutionell verfasste Form der Teilnahme am politischen und gesellschaftlichen Leben, um die es in diesem Kapitel geht, findet in formalen Organisationen und Gremien, in informellen Initiativen oder Formen des zivilgesellschaftlichen Engagements statt, in die sich unterschiedliche Bevölkerungsgruppen mit ihren Interessen und Gestaltungsvorschlägen einbringen (Weisser 2012).

Es lassen sich folgende Arenen, in denen Teilhabe organisiert wird, unterscheiden (Meyer 2005):

1. Die staatliche Politik, die in Deutschland als repräsentative Demokratie auf den Ebenen des Bundes, der Länder und der Kommunen organisiert ist. Dieser Arena sind auch die politischen Parteien mit ihrer Funktion, Interessen zu bündeln und zu organisieren, zuzuordnen. Grundlegend für eine demokratische Politikgestaltung sind freie Wahlen auf diesen drei Ebenen, bei denen die

Bürgerinnen und Bürger sich beteiligen (aktives Wahlrecht) und sich wählen lassen können (passives Wahlrecht).

2. Politische Strukturen und Verfahren zur Klärung von Interessenunterschieden in allen gesellschaftlichen Bereichen beziehungsweise Politikfeldern, z. B. in der Wirtschafts- und Arbeitsmarktpolitik mit ihren sozialpartnerschaftlichen Strukturen, in der Bildungs-, Gesundheits-, Sozialpolitik et cetera.
3. Vielfältige Formen des zivilgesellschaftlichen Engagements in Vereinen und Verbänden, Kirchen und Bürgerinitiativen bis hin zu Selbsthilfegruppen und Aktivitäten auf lokaler Ebene. Hierzu gehören auch kommunale Beiräte und Beauftragte, die die Lebensbedingungen in der Gemeinde mitgestalten.

Eine Voraussetzung für effektive politische Teilhabe ist, über politische Themen, Strukturen und Prozesse informiert zu sein. Wie groß Einflussmöglichkeiten sind, hängt wesentlich davon ab, wie gut die Bürgerinnen und Bürger ihren Interessen Gehör verschaffen können und welche Mittel sie haben, ihren Forderungen Nachdruck zu verleihen. Hierfür ist es entscheidend, dass sie Zugang zur durch Medien bestimmten Öffentlichkeit haben. Hierüber artikulieren sie öffentliche Meinungen und Positionen und konfrontieren den Staat mit gesellschaftlichen Bedürfnissen.

Die UN-BRK sieht Partizipation als Querschnittsanliegen an und schreibt vor, dass Menschen mit Behinderungen beziehungsweise die sie vertretenden Organisationen aktiv an der Gestaltung und Umsetzung der Konvention zu beteiligen sind (Artikel 4 Absatz 3 UN-BRK). Somit darf kein Gesetz, keine Verwaltungsvorschrift oder Maßnahme entwickelt und durchgeführt werden, ohne Menschen mit Behinderungen beziehungsweise ihre Interessenvertretungen umfangreich und aktiv einzubeziehen (Hirschberg 2010). Dies setzt jedoch voraus, dass der Interessenvertretung von Menschen mit Behinderungen ausreichende Ressourcen und Befugnisse eingeräumt werden, um ihre Aufgaben wahrzunehmen, und dass ihre Einbindung in politische Abstimmungsprozesse institutionell gesichert ist. Die Vertragsstaaten sind dazu verpflichtet, eine solche Partizipation aktiv zu fördern.

Die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen an allen Bereichen des politischen und öffentlichen Lebens ist explizit Gegenstand des Artikels 29 UN-BRK. Dieser enthält die staatliche Verpflichtung, (a) sicherzustellen, dass alle Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen unmittelbar oder durch Vertretungspersonen vermittelt am politischen und öffentlichen Leben teilhaben können einschließlich des Rechts und der Möglichkeit, selbst zu wählen und sich wählen zu lassen; (b) ein Umfeld zu fördern, in dem Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt und ohne Diskriminierung umfassend an der Gestaltung öffentlicher Angelegenheiten mitwirken können. Hierzu gehört z. B. das zivilgesellschaftliche Engagement, also die Mitarbeit in nicht staatlichen Organisationen und Vereinigungen, die sich mit dem öffentlichen und politischen Leben ihres

Landes befassen. Ebenso gehört die Bildung von und Mitwirkung in Organisationen dazu, die die Interessen von Menschen mit Beeinträchtigungen auf allen Ebenen vertreten.

*i***Artikel 4 UN-BRK: Allgemeine Verpflichtungen**

(1) Die Vertragsstaaten verpflichten sich, die volle Verwirklichung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten für alle Menschen mit Behinderungen ohne jede Diskriminierung aufgrund von Behinderung zu gewährleisten und zu fördern. Zu diesem Zweck verpflichten sich die Vertragsstaaten: a) alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs- und sonstigen Maßnahmen zur Umsetzung der in diesem Übereinkommen anerkannten Rechte zu treffen; b) alle geeigneten Maßnahmen einschließlich gesetzgeberischer Maßnahmen zur Änderung oder Aufhebung bestehender Gesetze, Verordnungen, Gepflogenheiten und Praktiken zu treffen, die eine Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen darstellen; c) den Schutz und die Förderung der Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen in allen politischen Konzepten und allen Programmen zu berücksichtigen; d) Handlungen oder Praktiken, die mit diesem Übereinkommen unvereinbar sind, zu unterlassen und dafür zu sorgen, dass die staatlichen Behörden und öffentlichen Einrichtungen im Einklang mit diesem Übereinkommen handeln; e) alle geeigneten Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung aufgrund von Behinderung durch Personen, Organisationen oder private Unternehmen zu ergreifen; f) Forschung und Entwicklung für Güter, Dienstleistungen, Geräte und Einrichtungen in universellem Design, wie in Artikel 2 definiert, die den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen mit möglichst geringem Anpassungs- und Kostenaufwand gerecht werden, zu betreiben oder zu fördern, ihre Verfügbarkeit und Nutzung zu fördern und sich bei der Entwicklung von Normen und Richtlinien für universelles Design einzusetzen; g) Forschung und Entwicklung für neue Technologien, die für Menschen mit Behinderungen geeignet sind, einschließlich Informations- und Kommunikationstechnologien, Mobilitätshilfen, Geräten und unterstützenden Technologien, zu betreiben oder zu fördern sowie ihre Verfügbarkeit.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Artikel 29 UN-BRK: Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben

(1) Die Vertragsstaaten garantieren Menschen mit Behinderungen die politischen Rechte sowie die Möglichkeit, diese gleichberechtigt mit anderen zu genießen, und verpflichten sich, a) sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen wirksam und umfassend am politischen und öffentlichen Leben teilhaben können, sei es unmittelbar oder durch frei gewählte Vertreter oder Vertreterinnen, was auch das Recht und die Möglichkeit einschließt, zu wählen und gewählt zu werden; unter anderem i) stellen sie sicher, dass die Wahlverfahren, -einrichtungen und -materialien geeignet, zugänglich und leicht zu verstehen und zu handhaben sind; ii) schützen sie das Recht von Menschen mit Behinderungen, bei Wahlen und Volksabstimmungen in geheimer Abstimmung ohne Einschüchterung ihre Stimme abzugeben, bei Wahlen zu kandidieren, ein Amt wirksam innezuhaben und alle öffentlichen Aufgaben auf allen Ebenen staatlicher Tätigkeit wahrzunehmen, indem sie gegebenenfalls die Nutzung unterstützender und neuer Technologien erleichtern; iii) garantieren sie die freie Willensäußerung von Menschen mit Behinderungen als Wähler und Wählerinnen und erlauben zu diesem Zweck im Bedarfsfall auf Wunsch, dass sie sich bei der Stimmabgabe durch eine Person ihrer Wahl unterstützen lassen; b) aktiv ein Umfeld zu fördern, in dem Menschen mit Behinderungen ohne Diskriminierung und gleichberechtigt mit anderen wirksam und umfassend an der Gestaltung der öffentlichen Angelegenheiten mitwirken können, und ihre Mitwirkung an den öffentlichen Angelegenheiten zu begünstigen, unter anderem i) die Mitarbeit in nichtstaatlichen Organisationen und Vereinigungen, die sich mit dem öffentlichen und politischen Leben ihres Landes befassen, und an den Tätigkeiten und der Verwaltung politischer Parteien; ii) die Bildung von Organisationen von Menschen mit Behinderungen, die sie auf internationaler, nationaler, regionaler und lokaler Ebene vertreten, und den Beitritt zu solchen Organisationen.

In den *Abschließenden Bemerkungen des Vertragsausschusses der Vereinten Nationen (UN) zum ersten Staatenbericht Deutschlands* bemängelt der Ausschuss grundlegend, dass Menschen mit Behinderungen die „sinnstiftende und wirksame

Partizipation an ihr Leben berührenden Entscheidungen nicht garantiert wird“ (CRPD 2015: 2). Er äußert insbesondere Besorgnis über den Ausschluss bestimmter Gruppen von Menschen mit Behinderungen vom allgemeinen Wahlrecht sowie über die praktischen Barrieren für Menschen mit Behinderungen bei der Ausübung des aktiven Wahlrechts. Dies betrifft Menschen, für die eine gesetzliche Betreuung in allen Angelegenheiten bestellt wurde, sowie Menschen, die sich aufgrund einer Anordnung nach § 63 in Verbindung mit § 20 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus befinden. Diese Kritik wird auch im *Bericht der Zivilgesellschaft zur Umsetzung der UN-BRK* formuliert. Darüber hinaus werden auch Schwierigkeiten bei der Ausübung von Ehrenämtern sowie eine mangelhafte Unterstützung von politischen Selbstvertretungsorganisationen genannt (BRK-Allianz 2013: 69 f.).

Gegenstand der kombinierten zweiten und dritten Staatenprüfung in Bezug auf Artikel 29 UN-BRK ist die Frage der gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit und ohne Behinderungen an Wahlsacheangelegenheiten sowie der Vertretung von Menschen mit Behinderungen – insbesondere von Frauen mit Behinderungen – in politischen und öffentlichen Entscheidungspositionen (CRPD 2018). Auch die Zivilgesellschaft thematisiert die Nichteinhaltung entsprechender Gewährleistungen (DBR et al. 2018a).

Vor diesem Hintergrund beleuchtet das folgende Kapitel zur Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen im Bereich Politik und Öffentlichkeit folgende Aspekte:

- **Ausübung des Wahlrechts:** Freie Wahlen sind eine grundlegende Voraussetzung für eine demokratische Politikgestaltung. In diesem Zusammenhang ist unter anderem zu beleuchten, welche Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen bei der Ausübung des Wahlrechts bestehen.
- **Politisches Interesse, politische Aktivitäten und zivilgesellschaftliches Engagement:** Zur aktiven Gestaltung des Gemeinwesens zählen auch eigenes politisches und zivilgesellschaftliches Engagement, und es ist darüber zu berichten, in welchem Ausmaß sich Menschen mit Beeinträchtigungen aktiv politisch und zivilgesellschaftlich engagieren.
- **Interessenvertretung:** Zur Vertretung ihrer Interessen und Anliegen stehen Menschen mit Beeinträchtigungen verschiedene Organisationsformen zur Verfügung, die in diesem Kapitel dargestellt werden. Die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen werden dadurch beeinflusst, welche faktische Möglichkeit sie zur politischen Mitgestaltung haben, inwieweit sie sich gleichberechtigt mit anderen zivilgesellschaftlich engagieren und inwieweit sie gleichberechtigt ihre Interessen vertreten können.

Abschließend werden die Entwicklungen der politischen und gesellschaftlichen Teilhabe zusammengefasst. Es werden drei Leitfragen beantwortet:

1. Menschen mit Beeinträchtigungen sollen die gleichen Möglichkeiten der politischen und gesellschaftlichen Beteiligung haben. An welchen Stellen wird dieses Ziel noch nicht vollständig erreicht?
2. Die Rahmenbedingungen für die politische und gesellschaftliche Beteiligung sollen möglichst inklusiv gestaltet sein. Wo besteht – abgeleitet aus den vorgestellten Daten – noch Handlungsbedarf?
3. Welche Teilgruppen der Menschen mit Beeinträchtigungen sind mit besonderen Zugangsschwierigkeiten bei der politischen und gesellschaftlichen Beteiligung konfrontiert?

11.1 Politische Beteiligung

11.1.1 Wahlrecht und Wahlbeteiligung

Wahlrecht

Die Möglichkeit, politische Repräsentantinnen und Repräsentanten zu wählen und selbst als gewählte Repräsentantin oder gewählter Repräsentant an der Gestaltung von Politik und Gesellschaft mitzuwirken, ist ein Grundrecht der deutschen Staatsbürgerinnen und Staatsbürger, das in Artikel 38 (Bundesebene) und Artikel 28 (Ebene der Länder und Kommunen) Grundgesetz verankert ist. Nach dem verfassungsrechtlichen Grundsatz der Allgemeinheit der Wahl steht in Deutschland Menschen mit Beeinträchtigungen das aktive und passive Wahlrecht zu.

Die Beteiligung an Wahlen ist eine grundlegende Möglichkeit der politischen Mitgestaltung. Artikel 29 UN-BRK beinhaltet nicht nur das Recht von Menschen mit Beeinträchtigungen zu wählen und gewählt zu werden, sondern auch den barrierefreien Zugang zu Informationen, Wahlveranstaltungen, Wahllokalen einschließlich gegebenenfalls notwendiger Assistenz. Die Bundeswahlordnung (BWO) sieht vor, die Wahlberechtigten in schriftlicher Form darüber zu informieren, ob der zugeordnete Wahlraum barrierefrei ist, und darüber hinaus Hinweise darauf zu geben, wo Wahlberechtigte Informationen über barrierefreie Wahlräume und Hilfsmittel erhalten können (§ 19 Absatz 1 Nummern 2 und 7 BWO).

Von der Bundestags- und Europawahl ausgeschlossen waren bisher Personen, die unter Vollbetreuung standen und wegen Schuldunfähigkeit in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebrachte Straftäterinnen und Straftäter.

Nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts²⁴⁷ hat der Deutsche Bundestag in seiner Sitzung vom 16. Mai 2019 ein Gesetz beschlossen, mit dem für das Bundestags- und Europawahlrecht die bisherigen Wahlrechtsausschlüsse für wegen Schuldunfähigkeit in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebrachte Straftäter/-innen und für Personen unter Vollbetreuung aufgehoben werden.²⁴⁸ Zugleich werden zur Sicherung des Charakters der Wahl als eines Integrationsvorgangs bei der politischen Willensbildung des Volkes²⁴⁹ die Grenzen zulässiger Assistenz bei der Ausübung des Wahlrechts bestimmt und die Strafbarkeit einer Stimmabgabe entgegen der oder ohne eine geäußerte Wahlentscheidung des Wahlberechtigten im Rahmen zulässiger Assistenz klargestellt.²⁵⁰

Auch in den Bestimmungen der Länder zu Landtags- und Kommunalwahlen fanden sich entsprechende Wahlrechtsausschlüsse. Einige Länder haben diese schon in den vergangenen Jahren aufgehoben. Auch infolge des oben genannten Urteils des Bundesverfassungsgerichts haben die Länder nun die Wahlrechtsausschlüsse aufgehoben beziehungsweise planen, dies vor den nächsten Wahlen zu tun.

In den wahlrechtlichen Vorschriften finden sich Bestimmungen zur Erleichterung der Wahlteilnahme für Menschen mit Behinderungen zur Bundestags- beziehungsweise Europawahl: Wahlräume sollen so ausgewählt und eingerichtet werden, dass allen Wahlberechtigten die Teilnahme an der Wahl möglichst erleichtert wird.²⁵¹ Die Gemeinden müssen den Wahlberechtigten frühzeitig und in geeigneter Weise mitteilen, welche Wahlräume barrierefrei sind. Die Wahlbenachrichtigung muss entsprechende Angaben in Textform oder mittels Piktogramm und neuerdings eine Telefonnummer enthalten, unter der Auskünfte zu barrierefreien Wahlräumen und zu Hilfsmitteln zu erhalten sind.²⁵² Sollte der für den Wahlberechtigten vorgesehene Wahlraum für ihn nicht geeignet sein, erfährt der Wahlberechtigte von seiner Gemeindebehörde einen barrierefreien Wahlraum in seinem Wahlkreis und kann mit Wahlschein dort am Wahltag seine Stimme abgeben.²⁵³

²⁴⁷ Urteil vom 29. Januar 2019; Az.: 2 BvC 62/14. Das BVerfG erklärte den Wahlrechtsausschluss für wegen Schuldunfähigkeit in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebrachte/n Straftäter/-innen als mit dem Grundgesetz (Artikel 38 Absatz 1 und Artikel 3 Absatz 3 Seite 2) unvereinbar und nichtig. Den Wahlrechtsausschluss von Personen unter Vollbetreuung erklärte es als mit dem Grundgesetz (Artikel 38 Absatz 1 und Artikel 3 Absatz 3 Seite 2) unvereinbar und für die Gerichte und Verwaltungsbehörden im Umfang der festgestellten Unvereinbarkeit als nicht mehr anwendbar.

²⁴⁸ Gesetz zur Änderung des Bundeswahlgesetzes und weiterer Gesetze; BT-Drs. 19/9228; BGBl I, S. 834.

²⁴⁹ Zur Integrationsfunktion gehört nach BVerfG auch die Sicherung der Kommunikationsfunktion der Wahl.

²⁵⁰ In § 107a StGB.

²⁵¹ § 46 Abs. 1 BWO sowie § 39 Abs. 1 EuWO.

²⁵² §§ 19 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 und 7 BWO, Anlage 3 zu § 19 Abs. 1 BWO sowie

§§ 18 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 und 7 EuWO, Anlage 3 zu § 18 Abs. 1 EuWO.

²⁵³ § 14 Abs. 3 BWG sowie § 4 EuWG i.V.m. § 14 Abs. 3 BWG.

Zudem steht allen Wahlberechtigten die Möglichkeit der Briefwahl zur Verfügung. Wählerinnen und Wähler, die des Lesens unkundig oder wegen einer Behinderung gehindert sind, den Stimmzettel zu kennzeichnen, zu falten oder selbst in die Wahlurne zu werfen, können sich bei der Stimmabgabe der Hilfe einer von ihnen bestimmten Hilfsperson bedienen. Wählerinnen und Wähler mit einer Sehbeeinträchtigung können zur selbständigen Kennzeichnung des Stimmzettels auch eine Stimmzettelschablone nutzen.²⁵⁴ Durch eine Vorgabe zur Kennzeichnung der Stimmzettel in der rechten oberen Ecke wird das richtige Anlegen der Stimmzettelschablonen gewährleistet.²⁵⁵ Bei Stimmzetteln und Briefwahlunterlagen muss bei Schriftart, Schriftgröße und Kontrast auf erleichterte Lesbarkeit geachtet werden.²⁵⁶ Durch genaue Farbvorgaben wird ein stärkerer Kontrast der Beschriftung auf den roten Wahlbriefen sichergestellt.²⁵⁷ Zum Ablauf der Bundestags- und Europawahl stellt der Bundeswahlleiter auf seiner Internetseite Informationen in Leichter Sprache zur Verfügung. Für Menschen mit Hörbeeinträchtigungen erleichtert ein zentrales Einstiegsangebot die Orientierung auf der Internetseite durch zentrale Informationen in Gebärdensprache. Auch die Bundeszentrale für politische Bildung bietet Informationen für die Zielgruppe in gedruckter und elektronischer Form sowie als Hördokument zum Download und als CD an.

Für Landes- oder Kommunalwahlen gibt es vergleichbare – auch durch Gesetz oder Verordnung gestützte – Maßnahmen. Dabei geht es um die zunehmende Barrierefreiheit von Wahllokalen einschließlich der Ausschilderung zum Auffinden dieser, das Bereitstellen von Stimmzettelschablonen, die verständliche Formulierung von Wahl- beziehungsweise Abstimmungsbenachrichtigungen sowie weitere Informationsmaterialien in Leichter Sprache, Videos in Gebärdensprache oder Audiodateien und die Sensibilisierung der Wahlvorstände für die Belange von Menschen mit Behinderungen.

Die Wahlbeteiligung ist bei Bundestagswahlen grundsätzlich höher als bei Wahlen auf der Landes- und kommunalen Ebene oder bei den Wahlen des Europäischen Parlaments.²⁵⁸ In diesem Abschnitt wird die Entwicklung der Wahlbeteiligung bei

²⁵⁴ § 50 Abs. 4 BWG. Zur Kennzeichnung des Stimmzettels kann eine durch die Blindenvereine erstellte Wahl-schablone genutzt werden, für die der Bund die Kosten erstattet.

²⁵⁵ Zur Bundestagswahl 2017 eingeführter § 45 Abs. 2 BWO sowie § 38 Abs. 2 EuWO.

²⁵⁶ § 45 Abs. 5 BWO sowie § 38 Abs. 5 EuWO.

²⁵⁷ § 45 Abs. 4 BWO sowie § 38 Abs. 4 EuWO.

²⁵⁸ Laut Statistischem Bundesamt lag die Wahlbeteiligung bei der Bundestagswahl 2017 bei 76,2 Prozent, bei den jeweils letzten Landtagswahlen in den Jahren 2014 bis 2018 bei 62,7 Prozent (ungewichteter Durchschnitt, Berechnung Prognos) und bei der Wahl zum Europäischen Parlament 2019 bei 61,4 Prozent (Statistisches Bundesamt 2019). Die vom Statistischen Bundesamt ausgewiesene Wahlbeteiligung bei den Bundestagswahlen war damit deutlich geringer als die Wahlbeteiligung gemäß der Auswertung der im Folgenden berichteten SOEP-Daten.

den Bundestagswahlen betrachtet. Im Rahmen des SOEP wurden in den Befragungswellen 2014 und 2018 die Teilnehmenden zu den jeweils letzten Bundestagswahlen (September 2013 und 2017) befragt.²⁵⁹

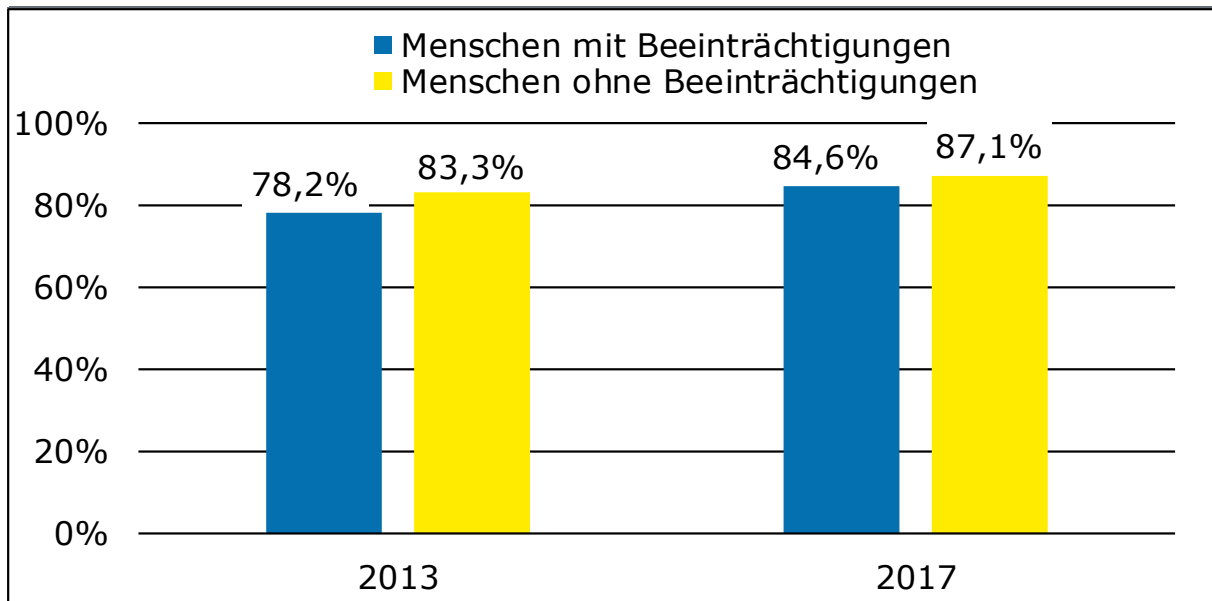
Ein Rechercheprojekt der Süddeutschen Zeitung (SZ) zur Zusammensetzung des 19. Deutschen Bundestags (gewählt am 24. September 2017) konnte 23 Parlamentarierinnen und Parlamentarier mit einer Behinderung identifizieren, was 3,3 Prozent aller Abgeordneten entspricht. Im Vergleich zur deutschen Gesamtbevölkerung fehlten damit 43 Menschen mit Behinderungen, um Repräsentativität zu erreichen. (SZ 2017) Weitere Informationen zur Vertretung von Menschen mit Beeinträchtigungen in Länderparlamenten oder anderen politischen Ämtern in Deutschland sind nicht bekannt.

Wahlbeteiligung (Bundestagswahlen)

An der Bundestagswahl 2017 beteiligten sich insgesamt 86,4 Prozent der Wahlberechtigten, die in der SOEP-Befragungswelle 2018 befragt wurden.²⁶⁰ Bei Menschen mit Beeinträchtigungen lag die Wahlbeteiligung bei 84,6 Prozent und war damit etwas geringer als bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen (87,1 %). Im Vergleich zur vorangegangenen Bundestagswahl im Jahr 2013 stieg die Wahlbeteiligung insgesamt leicht an (Abbildung 63). Da der Zuwachs bei Menschen mit Beeinträchtigungen (+ 6,4 Prozentpunkte) deutlich höher ausfiel als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen (+ 3,8 Prozentpunkte), näherte sich die Wahlbeteiligung von Menschen mit Beeinträchtigungen im Jahr 2017 derjenigen von Menschen ohne Beeinträchtigungen an (Differenz von 2,5 Prozentpunkten).

²⁵⁹ In den Befragungswellen des SOEP 2014 und 2018 wurde nach den Parteien gefragt, die gewählt wurden. Weitere Antwortoptionen waren *nicht gewählt* sowie *nicht wahlberechtigt*.

²⁶⁰ Die amtliche Wahlbeteiligung lag laut Statista bei 76,2 Prozent.

Abbildung 118: Wahlbeteiligung der Bundestagswahlen 2013 und 2017

Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Die Wahlbeteiligung von Männern war bei den letzten beiden Bundestagswahlen – unabhängig vom Vorliegen einer Beeinträchtigung – etwas höher als bei Frauen (Tabelle 134). Bei der Bundestagswahl 2017 war der Geschlechterunterschied im Hinblick auf die Wahlbeteiligung bei Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen ähnlich groß (1,2 Prozentpunkte versus 1,4 Prozentpunkte).

Jüngere Menschen beteiligten sich in geringerem Maße an Wahlen als ältere Menschen, wobei die Wahlbeteiligung bei den Hochaltrigen wieder leicht zurückging. In jeder der in Tabelle 134 betrachteten Altersgruppen war die Wahlbeteiligung der Menschen mit Beeinträchtigungen bei den letzten beiden Bundestagswahlen niedriger als die der Menschen ohne Beeinträchtigungen – jedoch verringerten sich die Abstände im Zeitverlauf. Im Jahr 2017 war die Wahlbeteiligung der Menschen mit Beeinträchtigungen bei den 18- bis 49-Jährigen beziehungsweise bei den 50- bis 64-Jährigen um 6,2 beziehungsweise 7,8 Prozentpunkte niedriger als die der Gleichaltrigen ohne Beeinträchtigungen. Bei den beiden Altersgruppen fiel die Differenz mit 3,2 beziehungsweise 2,5 Prozentpunkten deutlich geringer aus. In der Altersgruppe der 18- bis 49-jährigen Menschen mit Beeinträchtigungen war im Jahr 2017 im Vergleich zur Bundestagswahl 2013 ein überdurchschnittlich hoher Zuwachs um 9,4 Prozentpunkte zu verzeichnen.

Menschen mit Migrationshintergrund beteiligten sich deutlich seltener an den letzten beiden Bundestagswahlen als Menschen ohne Migrationshintergrund. Bei

Menschen mit Migrationshintergrund sowohl mit als auch ohne Beeinträchtigungen stieg die Wahlbeteiligung bei der Bundestagswahl 2017 sichtbar – um 6,8 Prozentpunkte auf 75,3 Prozent (Menschen mit Beeinträchtigungen) beziehungsweise um 3,0 Prozentpunkte auf 74,1 Prozent (Menschen ohne Beeinträchtigungen). Damit war die Wahlbeteiligung im Jahr 2017 in der Personengruppe der Menschen mit einem Migrationshintergrund und mit Beeinträchtigungen um 1,2 Prozentpunkte höher als bei Menschen mit Migrationshintergrund und ohne Beeinträchtigungen.

Ein deutlicher Unterschied in der Wahlbeteiligung bestand bei den letzten beiden Bundestagswahlen je nach Bildungsstatus der Wahlberechtigten. Sowohl bei Menschen mit als auch ohne Beeinträchtigungen steigt die Wahlbeteiligung mit dem Bildungsstatus an. Von den Menschen mit Beeinträchtigungen mit niedrigem Bildungsstatus beteiligten sich 72,1 Prozent an der Bundestagswahl 2017, von denen mit mittlerem Bildungsstatus 84,8 Prozent und von denen mit höherem Bildungsstatus 93,6 Prozent. Die Wahlbeteiligung war bei Menschen mit Beeinträchtigungen mit mittlerer und höherer Bildung damit etwas geringer als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen (- 1,0 beziehungsweise - 1,7 Prozentpunkte). Bei der Gruppe der Wahlberechtigten mit niedrigem Bildungsstatus war die Wahlbeteiligung von Menschen mit Beeinträchtigungen dagegen um 1,9 Prozentpunkte höher. Im Vergleich zur Bundestagswahl 2013 erhöhte sich die Wahlbeteiligung insbesondere in den beiden unteren Kategorien (niedriger und mittlerer Bildungsstatus) der Anstieg fiel bei den Menschen mit Beeinträchtigungen (+ 6,3 beziehungsweise + 6,5 Prozentpunkte) dabei höher aus als bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen (+ 4,7 beziehungsweise + 4,1 Prozentpunkte).

Innerhalb der drei Teilgruppen der Beeinträchtigungen fiel die Wahlbeteiligung sowohl bei der Bundestagswahl 2013 als auch 2017 bei den Menschen mit einer anerkannten Behinderung (GdB unter 50) mit 83,3 Prozent beziehungsweise 86,1 Prozent am höchsten aus. Diese Wahlbeteiligung erreichte damit (fast) das Ausmaß der Wahlbeteiligung von Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Tabelle 134: Wahlbeteiligung bei der Bundestagswahl 2013 und 2017
nach Geschlecht, Altersgruppen, Herkunft, Bildungsstatus und Teilgruppen der
Beeinträchtigungen

	Menschen mit Beeinträchtigungen		Menschen ohne Beeinträchtigungen	
	2013	2017	2013	2017
Insgesamt	78,2 %	84,6 %	83,3 %	87,1 %
Geschlecht				
Männer	79,6 %	85,3 %	83,7 %	87,8 %
Frauen	77,1 %	84,1 %	82,9 %	86,4 %
Alter				
18 bis 49 Jahre	67,4 %	76,8 %	78,7 %	83,0 %
50 bis 64 Jahre	75,9 %	83,1 %	85,1 %	90,9 %
65 bis 79 Jahre	85,6 %	89,7 %	93,0 %	92,9 %
ab 80 Jahre	81,1 %	87,1 %	86,8 %	89,6 %
Migrationshintergrund				
ohne	79,4 %	85,6 %	84,9 %	89,3 %
mit	68,5 %	75,3 %	71,1 %	74,1 %
Bildungsstatus				
niedrige Bildung	65,8 %	72,1 %	65,5 %	70,2 %
mittlere Bildung	78,3 %	84,8 %	81,7 %	85,8 %
höhere Bildung	90,1 %	93,6 %	93,1 %	95,3 %
Teilgruppen der Beeinträchtigungen				
chronisch kranke Menschen ohne anerkannte Behinderung	76,8 %	84,1 %		
Menschen mit einer anerkannten Behinderung GdB unter 50	83,3 %	86,1 %		
Menschen mit einer anerkannten Behinderung GdB ab 50	77,8 %	84,6 %		

Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Zwischen der Wahlbeteiligung von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen gibt es kaum noch Unterschiede. Aus welchen Gründen Menschen mit Beeinträchtigungen gegebenenfalls nicht wählen gehen, ist aktuell nicht bekannt. Ein geringes Interesse an Politik scheint eher kein Grund zu sein, da das politische Interesse von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen gleich groß ist (Abschnitt 11.1.2). Es liegen keine repräsentativen Daten dazu vor, ob eine fehlende oder mangelnde Barrierefreiheit, die Wahlkabine zu erreichen, barrierefreie Wahlunterlagen zu erhalten oder eine Assistenz bei der Stimmabgabe zu haben, bei der Bundestagswahl 2017 die Wahlbeteiligung von Menschen mit Beeinträchtigungen verhinderten oder zumindest einschränkten. In der Teilhabebefragung werden jedoch neben der Abfrage der regelmäßigen Wahlbeteiligung von Menschen mit Beeinträchtigungen an Bundestags-, Landtags- oder Kommunalwahlen auch Gründe für die Nichtwahl erfragt, wie beispielsweise das Fehlen einer Wahl-
schablone für blinde Menschen.

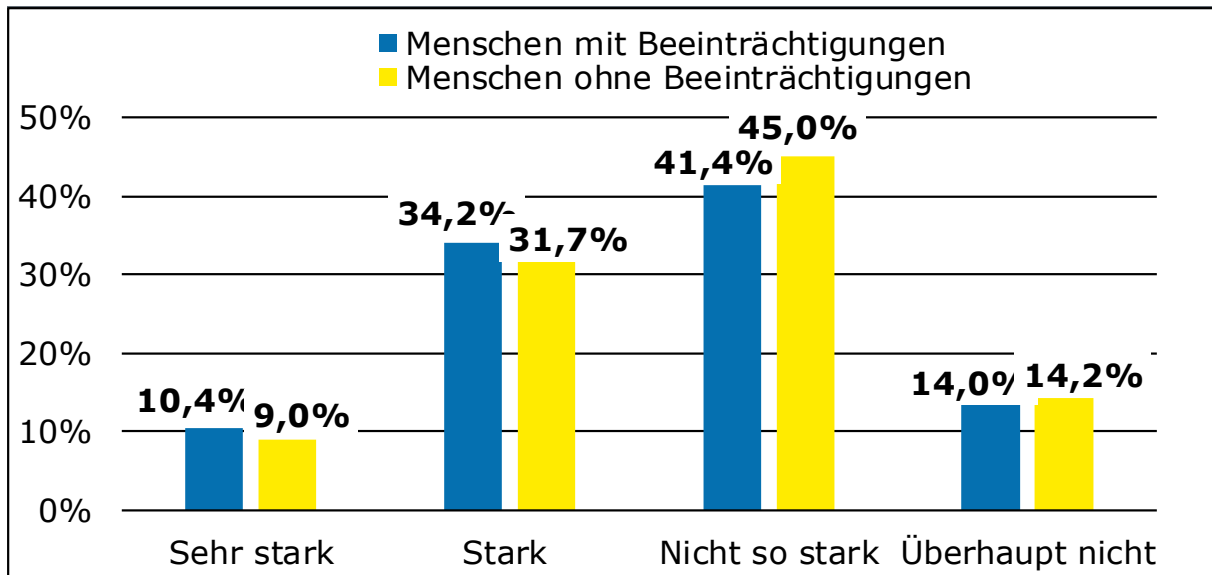
In Bezug auf eine geringere Wahlbeteiligung von Menschen mit Beeinträchtigungen ist auch ein Zusammenhang zwischen politischer Beteiligung und sozialer Ungleichheit denkbar, der in der Partizipationsforschung vielfach belegt wurde. So beteiligen sich Personen mit niedrigerem sozialem Status in geringerem Maße an politischen Diskussions- und Entscheidungsprozessen (Nieß 2016). Für die Bundestagswahl 2017 konnte nachgewiesen werden, dass die Wahlbeteiligung in Wahlbezirken mit sozial gehobenen Milieus überproportional hoch war (Vehrkamp / Wegschaidt 2017). Weitere Forschungsarbeiten deuten darauf hin, dass das Vorliegen einer Beeinträchtigung immer nur in Verbindung mit anderen Merkmalen, wie z. B. dem Alter, dem Geschlecht und dem Bildungsstatus, betrachtet werden sollte, wenn die politische Partizipation von Menschen mit Beeinträchtigungen erörtert wird (Waldschmidt 2009).

11.1.2 Interesse an Politik und eigene politische Aktivitäten

Interesse an Politik

Die aktive Gestaltung der Politik setzt ein grundsätzliches Interesse an Politik sowie den ungehinderten Zugang zu Informationen voraus. Das politische Interesse von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen unterscheidet sich nur geringfügig. Im Jahr 2018 interessierten sich 44,6 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen stark für Politik (darunter 10,4 % sehr stark). Damit war der Anteil etwas höher als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen, von denen sich 40,8 Prozent stark für Politik interessierten (darunter 9,0 % sehr stark; Abbildung 119). Der Anteil der Menschen, die sich überhaupt nicht für Politik interessieren, war bei Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen fast gleich (14,0 % versus 14,2 %).

Abbildung 119: Interesse an Politik
2018



Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Männer interessieren sich grundsätzlich deutlich stärker für Politik als Frauen; dies gilt sowohl für Menschen mit als auch ohne Beeinträchtigungen. Dasselbe gilt für das Vorliegen eines Migrationshintergrundes: Menschen ohne Migrationshintergrund sind unabhängig von einer bestehenden Beeinträchtigung stärker politisch interessiert als Menschen mit einem Migrationshintergrund (Tabelle 135).

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass Menschen sich mit steigendem Alter zunehmend stärker für Politik interessieren. Dabei sind Menschen mit Beeinträchtigungen etwas weniger an Politik interessiert als die jeweils Gleichaltrigen ohne Beeinträchtigungen. Das insgesamt größere Interesse an Politik von Menschen mit Beeinträchtigungen ist somit darauf zurückzuführen, dass der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen in den älteren (stärker politisch interessierten) Kohorten höher ist als in den jüngeren Alterskohorten (Tabelle 135).

Das starke Interesse an Politik schwankt je nach Teilgruppe der Beeinträchtigung. Im Jahr 2018 war es höher, je stärker die Menschen beeinträchtigt waren: Von den Menschen mit chronischen Erkrankungen interessierten sich 41,0 Prozent stark für Politik, von den Menschen mit einer Schwerbehinderung 48,3 Prozent (Tabelle 135).

Tabelle 135: Starkes Interesse an Politik

nach Geschlecht, Altersgruppen, Herkunft und Teilgruppen der Beeinträchtigungen

	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen		
	2014	2016	2018	2014	2016	2018
Insgesamt	43,7 %	41,6 %	44,6 %	40,7 %	40,0 %	40,8 %
Geschlecht						
Männer	52,9 %	50,1 %	53,7 %	50,9 %	49,2 %	50,1 %
Frauen	36,0 %	34,7 %	36,9 %	30,4 %	30,7 %	31,2 %
Alter						
18 bis 49 Jahre	33,1 %	33,1 %	31,1 %	34,5 %	34,4 %	34,7 %
50 bis 64 Jahre	38,7 %	39,9 %	41,4 %	43,3 %	42,7 %	42,0 %
65 bis 79 Jahre	52,7 %	47,5 %	52,6 %	56,3 %	53,7 %	55,9 %
ab 80 Jahre	49,4 %	46,5 %	53,7 %	56,5 %	49,8 %	56,5 %
Migrationshintergrund						
ohne	44,9 %	43,0 %	46,1 %	43,3 %	43,3 %	44,1 %
mit	37,3 %	35,6 %	37,1 %	32,2 %	30,4 %	30,4 %
Teilgruppen der Beeinträchtigungen						
chronisch kranke Menschen ohne anerkannte Behinderung	42,6 %	40,3 %	41,0 %			
Menschen mit einer anerkannten Behinderung GdB unter 50	45,4 %	39,1 %	45,5 %			
Menschen mit einer anerkannten Behinderung GdB ab 50	44,2 %	44,0 %	48,3 %			

Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Seit dem Jahr 2014 erhöhte sich der Anteil der Menschen mit einem starken Interesse an Politik insgesamt nur geringfügig (Tabelle 135). Während bei Menschen ohne Beeinträchtigungen im Zeitverlauf über alle Alterskohorten hinweg

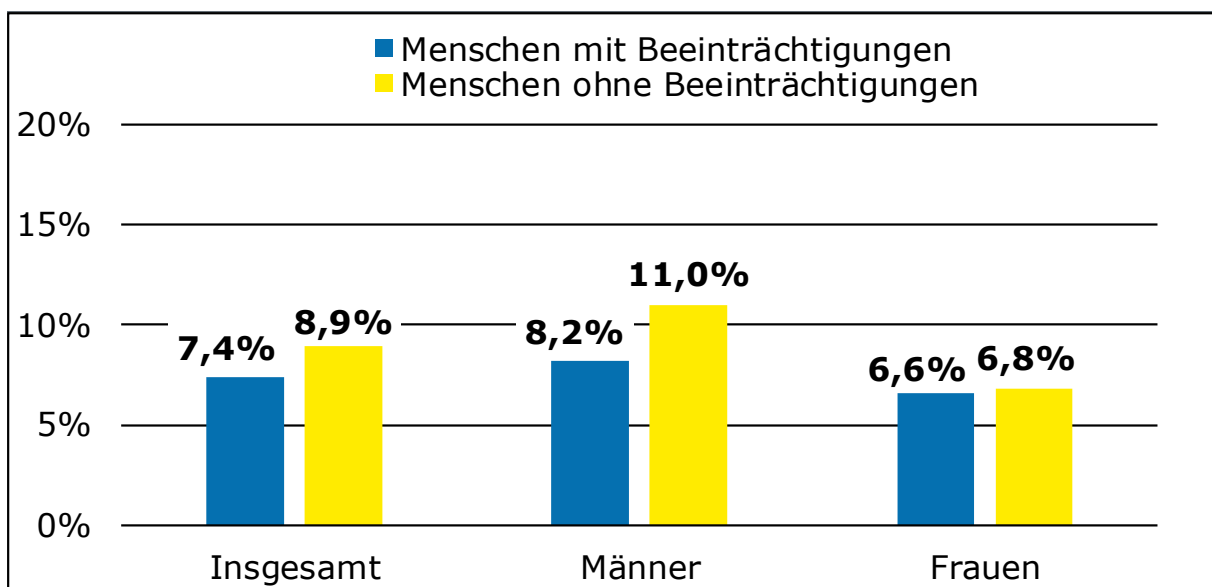
Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

lediglich geringfügige Steigerungen beziehungsweise Rückgänge zu verzeichnen waren, kam es bei Menschen mit Beeinträchtigungen in den Altersgruppen 50 bis 64 Jahre (+ 2,7 Prozentpunkte) und 80 Jahre und älter (+ 4,3 Prozentpunkte) zu relevanten Steigerungen. Dasselbe galt für Menschen mit einer Schwerbehinderung (+ 4,1 Prozentpunkte). Insgesamt stieg der Anteil von Menschen mit Beeinträchtigungen, die ein starkes Interesse an Politik haben, zwischen 2014 und 2018 jedoch lediglich um 0,9 Prozentpunkte (Menschen ohne Beeinträchtigungen: + 0,1 Prozentpunkte).

Eigene politische Aktivitäten

Bei einem relativ kleinen Teil der Bevölkerung drückt sich politisches Interesse in einer aktiven Beteiligung in Bürgerinitiativen, Parteien oder in der Kommunalpolitik aus. Weniger als 10 Prozent der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen sind häufig oder zumindest ab und zu politisch aktiv, wobei der Anteil bei den Menschen mit Beeinträchtigungen mit 7,4 Prozent geringer ist als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen (8,9 %). Männer sind dabei aktiver als Frauen, wobei der Anteil bei Männern mit Beeinträchtigungen deutlich geringer ist (8,2 %) als bei Männern ohne Beeinträchtigungen (11,0 %). Bei Frauen gibt es keine größeren beeinträchtigungsbezogenen Unterschiede (Abbildung 120).

Abbildung 120: Politische Beteiligung in der Freizeit
insgesamt und nach Geschlecht, 2017



Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Die Differenzierung nach dem Alter zeigt, dass sich Menschen zwischen 50 und 80 Jahren in der Regel zu höheren Anteilen politisch beteiligen als die jüngeren und älteren Altersgruppen. Die Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen sind bei den jüngeren Menschen (18 bis 49 Jahre) am kleinsten. Im Jahr 2017 beteiligten sich unter 50-jährige Menschen mit Beeinträchtigungen etwas häufiger politisch als Menschen ohne Beeinträchtigungen derselben Altersgruppe (7,7 % versus 7,1 %). In allen anderen Fällen waren die Anteile bei den Menschen mit Beeinträchtigungen niedriger als bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Menschen mit einem Migrationshintergrund beteiligten sich deutlich seltener politisch als Menschen ohne Migrationshintergrund. Das galt sowohl für Menschen mit als auch ohne Beeinträchtigungen.

Die politische Beteiligung von Menschen mit einer anerkannten Behinderung hängt auch vom GdB ab. Im Jahr 2017 waren insbesondere Menschen mit einer Schwerbehinderung (GdB ab 50) überdurchschnittlich häufig politisch aktiv (8,2 %; **Tabelle** 136). Vergleichsweise gering war der Anteil bei chronisch kranken Menschen ohne anerkannte Behinderung (5,6 %).

Tabelle 136: Politische Beteiligung in der Freizeit

nach Geschlecht, Altersgruppen, Herkunft und Teilgruppen der Beeinträchtigungen

	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen		
	2013	2015	2017	2013	2015	2017
Insgesamt	10,4 %	7,6 %	7,4 %	12,1 %	8,5 %	8,9 %
Geschlecht						
Männer	13,7 %	9,0 %	8,2 %	14,9 %	10,5 %	11,0 %
Frauen	7,5 %	6,4 %	6,6 %	9,5 %	6,6 %	6,8 %
Alter						
18 bis 49 Jahre	9,4 %	6,2 %	7,7 %	10,9 %	6,6 %	7,1 %
50 bis 64 Jahre	11,8 %	8,4 %	6,7 %	13,3 %	10,7 %	10,6 %
65 bis 79 Jahre	10,8 %	8,5 %	9,0 %	14,5 %	12,0 %	11,8 %
ab 80 Jahre	7,7 %	5,7 %	5,0 %	10,1 %	5,9 %	8,2 %
Migrationshintergrund						
ohne	11,4 %	8,2 %	8,2 %	12,5 %	9,3 %	9,6 %
mit	5,0 %	4,7 %	3,5 %	10,0 %	5,9 %	6,4 %
Teilgruppen der Beeinträchtigungen						
chronisch kranke Menschen ohne anerkannte Behinderung	8,5 %	6,1 %	5,6 %			
Menschen mit einer anerkannten Behinderung GdB unter 50	13,1 %	9,3 %	7,1 %			
Menschen mit einer anerkannten Behinderung GdB ab 50	10,2 %	7,6 %	8,2 %			

Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Zwischen den Jahren 2013 und 2017 nahm die Beteiligung an Bürgerinitiativen, Parteien oder an der Kommunalpolitik sowohl bei Menschen mit als auch ohne Beeinträchtigungen um jeweils rund 3 Prozentpunkte ab. Dieser Rückgang betraf

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

beide Geschlechter, alle Alters- und Herkunftsgruppen sowie alle Teilgruppen der Beeinträchtigungen. Überdurchschnittlich hoch fiel der Rückgang sowohl bei Menschen mit als auch ohne Beeinträchtigungen bei den Männern aus (- 5,5 beziehungsweise - 3,9 Prozentpunkte). Bei Menschen mit Beeinträchtigungen nahm insbesondere die politische Beteiligung der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen (- 5,1 Prozentpunkte) sowie der Menschen mit einer anerkannten Behinderung und einem GdB unter 50 (- 6,0 Prozentpunkte) überdurchschnittlich stark ab (**Tabelle 136**).

Innerhalb der politischen Parteien haben Menschen mit Beeinträchtigungen Arbeitsgemeinschaften aufgebaut mit dem Ziel, die Interessen von Menschen mit Beeinträchtigungen auf unterschiedlichen politischen Ebenen durchzusetzen.²⁶¹ Die Zahl der Menschen mit Beeinträchtigungen, die politisch aktiv sind und in einer Partei, Gewerkschaft oder Nichtregierungsorganisation mitarbeiten, ist aber nicht bekannt.²⁶² Eine Umfrage der SZ unter allen Bundestagsabgeordneten des 19. Bundestags weist darauf hin, dass Menschen mit Beeinträchtigungen im Bundestag zahlenmäßig nicht hinreichend vertreten sind (Abschnitt 11.1.1).

11.2 Zivilgesellschaftliches Engagement

Zivilgesellschaftliches Engagement ist ebenso wie politisches Engagement eine Möglichkeit für Bürgerinnen und Bürger, an der Gestaltung ihrer Lebensverhältnisse mitzuwirken. Unter zivilgesellschaftlichem Engagement wird ein individuelles Handeln verstanden, das sich durch Freiwilligkeit, fehlende persönliche materielle Gewinnabsicht und eine Ausrichtung auf das Gemeinwohl auszeichnet. Institutionalisiert wird dieser vielschichtige und dynamische Bereich z. B. in Vereinen, Verbänden, Stiftungen, gemeinnützigen Gesellschaften mit beschränkter Haftung und weniger formalisierten Organisationen der Bürgerinitiativen oder Selbsthilfegruppen. (Statistisches Bundesamt 2018a) Bundesprogramme, z. B. das Programm *Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz*, sollen zivilgesellschaftliches Engagement für und mit Menschen mit Beeinträchtigungen befördern (BMFSFJ 2021c).

Die Chancen zu einer solchen Mitgestaltung können für Bevölkerungsgruppen in unterschiedlichem Maße bestehen, da die Motivation zu diesem Engagement

²⁶¹ Beispielsweise gibt es die Arbeitsgemeinschaft Selbst Aktiv – Menschen mit Behinderungen in der SPD, die Bundesarbeitsgemeinschaft Behindertenpolitik von Bündnis 90/Die Grünen, die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbstbestimmte Behindertenpolitik der Partei Die Linke sowie auf Landesebene das Netzwerk für Menschen mit Beeinträchtigungen der CDU Nordrhein-Westfalen (Bündnis 90/Die Grünen 2020; CDU NRW 2020; Die Linke 2020; SPD 2020).

²⁶² Die neue Teilhabebefragung erfragt die Mitgliedschaft unter anderem in einem Selbsthilfeverein oder einer Selbsthilfegruppe für Belange von Menschen mit Beeinträchtigungen, in einem Behindertenverband sowie in einer Bürgerinitiative, Gewerkschaft und/oder Partei.

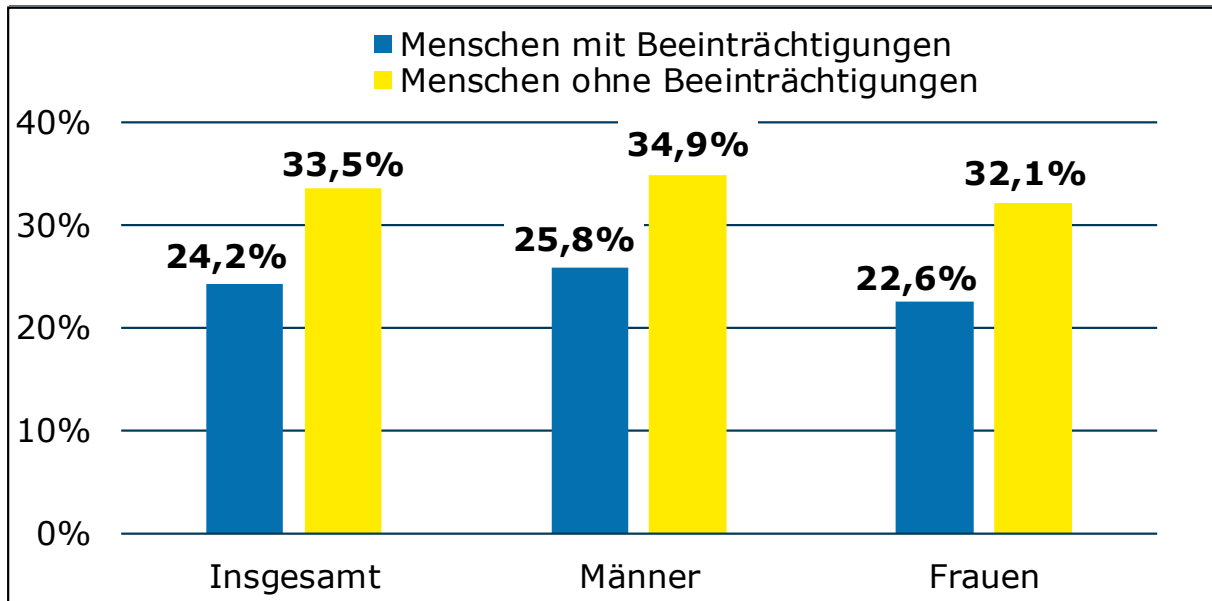
auch von den Teilhabechancen in den Bereichen Bildung, Einkommen, soziale Netzwerke und Integration ins Wohnquartier beeinflusst wird. Besonders engagierte Personen sind oft in mehreren gesellschaftlichen Bereichen gut eingebunden. (BMAS 2013) Laut dem aktuellen Armuts- und Reichtumsbericht kann aktives bürgerschaftliches Engagement Menschen verschiedener Herkunft und mit unterschiedlichen Bildungshintergründen verbinden. So eröffne freiwilliges und politisches Engagement Chancen, Kontakte zu knüpfen, Netzwerke aufzubauen, Kompetenzen zu stärken und Erfahrungen zu sammeln. Gerade jüngere Menschen aus einkommensschwächeren Haushalten sowie junge Erwachsene mit eingeschränktem sozialem Netzwerk könnten von solchen Kontakten und Erfahrungen profitieren. (BMAS 2017) Die Einbindung von Menschen mit Behinderungen im Rahmen des zivilgesellschaftlichen Engagements kann dazu beitragen, Hemmschwellen abzubauen und soziale Kontakte untereinander zu ermöglichen. Dies fördert einen selbstverständlicheren Umgang miteinander und beugt Stigmatisierung vor. Im Bereich der Freiwilligenarbeit für Menschen mit Behinderungen kann der Erfahrungswert von Freiwilligen mit Beeinträchtigungen zudem einen wichtigen Mehrwert darstellen. (bagfa 2017)

In Deutschland engagiert sich ein knappes Viertel (24,2 %) der Menschen mit Beeinträchtigungen regelmäßig oder gelegentlich in Vereinen oder Verbänden, in sozialen Diensten oder Selbsthilfegruppen. Im Vergleich engagieren sich Menschen mit Beeinträchtigungen damit deutlich seltener als Menschen ohne Beeinträchtigungen (33,5 %).²⁶³ Unabhängig vom Vorliegen einer Beeinträchtigung engagieren sich Männer häufiger als Frauen (Abbildung 121).

²⁶³ Zum zivilgesellschaftlichen Engagement von Menschen mit Beeinträchtigungen äußert sich der wissenschaftliche Beirat im Kommentar zu diesem Kapitel.

Abbildung 121: Ehrenamtliche Tätigkeit in Vereinen, Verbänden und sozialen Diensten

Insgesamt und nach Geschlecht, 2017



Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Über alle Altersklassen hinweg engagieren sich Menschen mit Beeinträchtigungen in geringerem Maße in sozialen Organisationen als Menschen ohne Beeinträchtigungen (Tabelle 137). Im Jahr 2017 war die Differenz im Engagement zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen bei den 18- bis 49-Jährigen mit 5,4 Prozentpunkten am geringsten. Mit zunehmendem Alter der Befragten vergrößerte sich dieser Abstand deutlich auf 12,0 Prozent bei den hochaltrigen Menschen (80 Jahre und älter). Bei Menschen mit Beeinträchtigungen war die Altersgruppe der 18- bis 49-Jährigen von allen Altersgruppen am häufigsten ehrenamtlich tätig (27,0 %), mit dem Alter nahm das Engagement ab.

Menschen mit einem Migrationshintergrund beteiligten sich deutlich seltener politisch als Menschen ohne Migrationshintergrund. Das galt für Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen gleichermaßen; eine Beeinträchtigung verstärkte den Unterschied zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund hinsichtlich ihres aktiven zivilgesellschaftlichen Engagements demnach nicht zusätzlich.

Die politische Beteiligung von Menschen mit einer anerkannten Behinderung hängt auch vom GdB ab. Im Jahr 2017 waren insbesondere Menschen mit einer anerkannten Behinderung (GdB unter 50) und Menschen mit einer Schwerbehinderung (GdB ab 50) überdurchschnittlich häufig ehrenamtlich tätig (29,2 % be-

ziehungsweise 24,9 %; Tabelle 137). Unterdurchschnittlich fiel dagegen das ehrenamtliche Engagement von Menschen mit chronischen Erkrankungen ohne anerkannte Behinderung aus (17,7 %).

Tabelle 137: Ehrenamtliche Tätigkeit in Vereinen, Verbänden, sozialen Diensten

nach Geschlecht, Altersgruppen, Herkunft und Teilgruppen der Beeinträchtigungen

	Menschen mit Beeinträchtigungen			Menschen ohne Beeinträchtigungen		
	2013	2015	2017	2013	2015	2017
Insgesamt	23,9 %	24,9 %	24,2 %	31,4 %	33,3 %	33,5 %
Geschlecht						
Männer	28,3 %	27,3 %	25,8 %	34,0 %	34,9 %	34,9 %
Frauen	19,9 %	22,7 %	22,6 %	28,9 %	31,8 %	32,1 %
Alter						
18 bis 49 Jahre	23,9 %	23,0 %	27,0 %	31,7 %	33,3 %	32,4 %
50 bis 64 Jahre	29,0 %	28,6 %	26,4 %	33,2 %	36,2 %	35,7 %
65 bis 79 Jahre	24,7 %	27,0 %	25,1 %	30,4 %	32,7 %	35,9 %
ab 80 Jahre	10,1 %	13,0 %	12,8 %	21,8 %	19,5 %	24,8 %
Migrationshintergrund						
ohne	25,8 %	26,5 %	26,5 %	33,1 %	37,0 %	36,9 %
mit	13,2 %	17,1 %	13,4 %	22,1 %	21,6 %	22,7 %
Teilgruppen der Beeinträchtigungen						
chronisch kranke Menschen ohne anerkannte Behinderung	20,0 %	19,0 %	17,7 %			
Menschen mit einer anerkannten Behinderung GdB unter 50	29,1 %	30,8 %	29,2 %			
Menschen mit einer anerkannten Behinderung GdB ab 50	23,6 %	25,0 %	24,9 %			

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

| Quelle: SOEP, Berechnung und Darstellung Prognos

Tabelle 137 zeigt, dass das ehrenamtliche Engagement von Menschen mit Beeinträchtigungen seit dem Jahr 2013 tendenziell stagnierte (+ 0,3 Prozentpunkte), während es bei Menschen ohne Beeinträchtigungen leicht zunahm (+ 2,1 Prozentpunkte). Während das Engagement von Frauen mit Beeinträchtigungen sich erhöhte (+ 2,7 %), ging es bei Männern mit Beeinträchtigungen zurück (- 2,5 %). Bei Menschen mit Beeinträchtigungen nahm insbesondere das ehrenamtliche Engagement der Altersgruppe der 18- bis 49-Jährigen zu (+ 3,1 Prozentpunkte), bei Menschen ohne Beeinträchtigungen das Engagement der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen (+ 5,5 Prozentpunkte).

Das insgesamt geringe freiwillige Engagement von Menschen mit Beeinträchtigungen kann durch bestehende Teilhabebbarrieren begründet sein. Im Rahmen des (seit September 2019 abgeschlossenen) Projekts *bagfa-Inklusion* der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen e. V. (bagfa) wurden in dem im Jahr 2017 entwickelten Praxisleitfaden zum Thema Freiwilligenarbeit und Inklusion eine Übersicht über Teilhabebbarrieren unterschiedlicher Gruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen erstellt und Lösungsvorschläge unterbreitet.²⁶⁴ Je nach Form der Beeinträchtigung sehen die Teilhabebbarrieren sehr unterschiedlich aus. Das freiwillige Engagement von Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung wird dem Leitfaden zufolge beispielsweise eher durch Zugangsbarrieren und/oder bauliche Gegebenheiten erschwert. Für Menschen mit Lernschwierigkeiten oder psychischen Einschränkungen stellen dagegen bestehender Zeitdruck, zu wenige Pausen (bei Veranstaltungen et cetera) sowie Angst vor Stigmatisierung und das Bestehen von Vorurteilen mögliche Teilhabebbarrieren dar. (bagfa 2017) Belastbare Daten zu den Gründen einer Nichtbeteiligung sowie zu Art und Umfang möglicherweise bestehender Schwierigkeiten liegen aktuell nicht vor.

Eine spezifische Form des Engagements, das mit einer Selbstverpflichtung über einen bestimmten Zeitraum verbunden ist, stellen die sogenannten Freiwilligendienste dar. Zu den seit Längerem bestehenden Jugendfreiwilligendiensten *Freiwilliges Soziales Jahr* (FSJ) und *Freiwilliges Ökologisches Jahr* (FÖJ) kam nach Aussetzung des Zivildienstes im Juli 2011 der *Bundesfreiwilligendienst* (BFD) hinzu.

²⁶⁴ Die vollständigen Übersichten sind auf Seite 11ff. des Praxisleitfadens (bagfa 2017) zu finden. Die genannten Barrieren und Lösungsvorschläge beziehen sich, den Autorinnen und Autoren zufolge, in vielen Bereichen direkt auf Formate von Freiwilligenagenturen wie Beratung, Vermittlung und Veranstaltungsorganisation. Die bagfa weist zudem einleitend darauf hin, dass die Aufstellung in dieser Kürze keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann und dass Teilhabebbarrieren auch bei einer ähnlichen Beeinträchtigung individuell sehr unterschiedlich wahrgenommen werden können.

Während FSJ und FÖJ für junge Menschen unter 27 Jahren offen sind, besteht die Möglichkeit zu einem Engagement im BFD ohne Altersbegrenzung. Sowohl die Jugendfreiwilligendienste als auch der BFD können in einem Zeitraum zwischen sechs und 24 Monaten geleistet werden. Ein Gros der Freiwilligen absolviert einen Dienst mit einer Dauer von zwölf Monaten.²⁶⁵ (BMFSFJ 2020b)

In der gemeinsamen Evaluation des Gesetzes über den Bundesfreiwilligendienst (BFDG) und des Gesetzes zur Förderung von Jugendfreiwilligendiensten (JFDG) (2012 bis 2015) wurde ermittelt, dass von den Freiwilligendienstleistenden unter 27 Jahren 1 Prozent eine anerkannte Behinderung hatte. Damit waren Menschen mit einer anerkannten Behinderung unter 27 Jahren im Vergleich zu ihrem Anteil an der gleichaltrigen Bevölkerung (2 % bei den 15- bis unter 24-Jährigen) leicht unterrepräsentiert. Weitere 2 Prozent der Freiwilligendienstleistenden unter 27 Jahren gaben an, eine (noch) nicht anerkannte Behinderung zu haben. Darüber hinaus hatten 7 Prozent der Freiwilligen unter 27 Jahren eigenen Angaben zufolge eine Teilleistungsschwäche, darunter 55 Prozent eine Lese- oder Rechtschreibschwäche (Anteil an Teilnehmenden unter 27 Jahren insgesamt: 4 %), 29 Prozent ein Aufmerksamkeits-Defizit- oder Hyperaktivitäts-Syndrom (Anteil an Teilnehmenden unter 27 Jahren insgesamt: 2 %) und 21 Prozent eine Rechenschwäche (Anteil an Teilnehmenden unter 27 Jahren insgesamt: 1 %). Von den Teilnehmenden ab 27 Jahren hatten im Zeitraum von 2012 bis 2015 11 Prozent eine anerkannte Behinderung. Damit waren Menschen mit einer anerkannten Behinderung ab 27 Jahren im Vergleich zu ihrem Anteil an der gleichaltrigen Bevölkerung (8 % bei den 25- bis 69-Jährigen) leicht überrepräsentiert. 4 Prozent der Freiwilligen hatten darüber hinaus eine nicht anerkannte Behinderung. Die Evaluation der Freiwilligendienste ergab zudem, dass bei der Auswahl der Teilnehmenden häufig bestimmte Kriterien zugrunde gelegt wurden, das heißt, dass bestimmte Zielgruppen bei der Auswahl besonders berücksichtigt wurden. Teilnehmende mit Behinderungen stellten bei einem größeren Teil der FSJ-Träger (21%) eine besondere Zielgruppe dar. Von den FÖJ-Trägern gaben 6% an, bei der Auswahl ein besonderes Augenmerk auf Teilnehmende mit Behinderungen zu legen. Bei den im BFD maßgeblichen Stellen waren es 4%. (Huth et al. 2015)

Hinzuweisen ist auch auf die Engagement und Beteiligung fördernden Angebote der Kinder- und Jugendhilfe. Empirische Untersuchungen von Erfahrungen mit dem Thema Inklusion in der Kinder- und Jugendarbeit liegen exemplarisch vor, so z. B. für Baden-Württemberg (Meyer 2016) und für spezifische Angebote wie Jugendtreffs (Seckinger 2014). Demnach ist die Mitwirkung beziehungsweise Teilnahme von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in Einrichtungen

²⁶⁵ Seit Einführung des Freiwilligendienste-Teilzeit-Gesetzes im Mai 2019 können sowohl der BFD als auch der Jugendfreiwilligendienst auch von unter 27-Jährigen in Teilzeit absolviert werden – vormals war dies nur entsprechend älteren Freiwilligen vorbehalten.

und an Angeboten der Kinder- und Jugendarbeit nach wie vor keine Selbstverständlichkeit. Fehlende Zielgruppenorientierung, Konzepte und zielgruppenspezifische Organisations- und Teamentwicklung werden als zentrale Hemmfaktoren identifiziert.

Weitere Daten zum zivilgesellschaftlichen Engagement werden im Abstand von fünf Jahren im Rahmen des Freiwilligensurveys erhoben. Es handelt sich dabei um eine repräsentative Befragung, die sich an Personen ab 14 Jahren richtet. Neben Angaben zur Engagementquote in unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen einschließlich des zeitlichen Umfangs dieses Engagements werden auch Motivationen und Potenziale für zukünftiges Engagement erhoben. Zudem werden individuelle Merkmale wie Geschlecht, Alter und Bildung sowie die Gesundheit der Befragten herangezogen, um über gruppenspezifische Engagementquoten zu berichten. Das Vorliegen einer anerkannten Behinderung wird nicht erhoben, jedoch eine dauerhaft starke Einschränkung im Alltag durch Krankheit. Nach dem aktuellen Freiwilligensurvey 2014 engagierten sich Menschen mit krankheitsbedingten Alltagseinschränkungen deutlich seltener als Menschen ohne Erkrankungen beziehungsweise ohne krankheitsbedingte Einschränkungen. So lag die Engagementquote von Personen, die krankheitsbedingt stark eingeschränkt sind bei gut einem Viertel (25,8 %). Bei Personen, die keine Erkrankung haben beziehungsweise durch Krankheit nicht eingeschränkt sind, waren die Engagementquoten fast doppelt so hoch (48,5 % beziehungsweise 47,4 %). Im Freiwilligensurvey wird auch erfasst, an welche Zielgruppen sich das freiwillige Engagement richtet. Im Jahr 2014 gaben im Freiwilligensurvey 11,1 Prozent aller Engagierten an, dass sich ihre freiwillige Tätigkeit (auch) an die Zielgruppe der Menschen mit Behinderungen richtet – Frauen deutlich häufiger (13,2 %) als Männer (9,2 %). Besonders hoch war das freiwillige Engagement für Menschen mit Behinderungen in der Altersgruppe der ab 65-Jährigen (18,6 %). In der Altersgruppe der 14- bis 29-Jährigen Engagierten lag der Anteil bei 8,7 Prozent. (BMFSFJ 2017b)

11.3 Interessenvertretung

Formen der Interessenvertretung

Menschen mit Beeinträchtigungen stehen auf allen staatlichen Ebenen Organisationsformen zur Vertretung ihrer Interessen auf gesetzlicher Grundlage zur Verfügung.²⁶⁶

²⁶⁶ Zum Thema Interessenvertretung von Menschen mit Beeinträchtigungen äußert sich der wissenschaftliche Beirat im Kommentar zu diesem Kapitel

Nach § 17 des Bundesbehindertengleichstellungsgesetzes (BGG) bestellt die Bundesregierung für den Zeitraum einer Legislaturperiode eine Beauftragte oder einen Beauftragten für die Belange von Menschen mit Behinderungen. Deren beziehungsweise dessen Aufgabe ist es, „darauf hinzuwirken, dass die Verantwortung des Bundes, für gleichwertige Lebensbedingungen für Menschen mit und ohne Behinderungen zu sorgen, in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens erfüllt wird“ (§ 18 Absatz 1 BGG). Dabei sollen unterschiedliche Lebensbedingungen von Frauen und Männern mit Behinderungen berücksichtigt und die Beseitigung geschlechtsspezifischer Benachteiligungen erreicht werden. Damit die oder der Beauftragte für die Belange von Menschen mit Behinderungen die ihr beziehungsweise ihm zugewiesenen Aufgaben erfüllen kann, wird sie beziehungsweise er von allen Bundesministerien bei allen relevanten Entscheidungen beteiligt, die Fragen der Inklusion von Menschen mit Behinderungen behandeln oder berühren. Darüber hinaus sind alle Bundesbehörden und sonstigen staatlichen Stellen im Bereich des Bundes dazu verpflichtet, die beauftragte Person bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu unterstützen (§ 18 Absätze 2 und 3 BGG). Die oder der Beauftragte ist nicht nur innerhalb der Bundesregierung zentrale Ansprechperson in allen Angelegenheiten, die Menschen mit Beeinträchtigungen berühren, sondern sie beziehungsweise er hält zudem auch engen Kontakt mit Menschen mit Behinderungen, ihren Verbänden, Selbsthilfegruppen und Organisationen (Behindertenbeauftragter 2020).

Auch auf Ebene der Bundesländer und Kommunen gibt es gemäß der jeweiligen BGG der Länder Beauftragte für die Belange von Menschen mit Beeinträchtigungen.²⁶⁷ Die Beauftragten auf Landesebene werden meist durch einen Beirat unterstützt, der aus Vertreterinnen und Vertretern der Verbände und Selbsthilfegruppen der Menschen mit Behinderungen, Werkstatträten, Behinderten- und Rehabilitationssportverbänden, Leistungsträgern, behördlichen Institutionen und anderen Mitgliedern besteht.²⁶⁸

Wie gut die Einbeziehung der jeweiligen Behindertenbeauftragten funktioniert, inwieweit sie über ausreichende Ressourcen und Befugnisse verfügen und in welchem Maße ihre Einbindung in politische Abstimmungsprozesse nicht nur formal, sondern auch faktisch umgesetzt wird, ist nicht bekannt, da es dazu keine repräsentativen Daten gibt. Einen Einblick in die Arbeit und die Rahmenbedingungen

²⁶⁷ Auf der Webseite der Bayerischen Staatsregierung existiert eine Übersicht der Kontaktdaten der Behindertenbeauftragten in den Bundesländern: <https://www.behindertenbeauftragte.bayern.de/adressen/bba-bl.php> (online, abgerufen am 19.03.2020). Entsprechende Informationen, beispielsweise auch zu den Behindertenbeauftragten auf kommunaler Ebene, finden sich zudem auf den Webseiten der Landesregierungen, so z. B. für Baden-Württemberg: <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/ministerium/landes-behindertenbeauftragte/beauftragte-der-stadt-und-landkreise/> (online, abgerufen am 19.03.2020).

²⁶⁸ Auch hierzu gibt es Informationen auf den Webseiten der Landesregierungen, so z. B. für das Saarland: <https://www.saarland.de/SID-86F311EB-085B7D3B/98320.htm> (online, abgerufen am 19.03.2020).

der Behindertenbeauftragten geben aktuell lediglich die vereinzelt vorliegenden qualitativen Tätigkeitsberichte der Behindertenbeauftragten.

Im zivilgesellschaftlichen Rahmen werden die Anliegen und Interessen von Menschen mit Beeinträchtigungen durch Interessenverbände und Selbsthilfeorganisationen oder gewählte Gremien vertreten. Deren Ziel ist es, in allen politischen und gesellschaftlichen Bereichen für eine Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen einzutreten. Diese Formen der Interessenvertretung sind im Kontext eines umfassenden Verständnisses von Partizipation als gleichberechtigter Teilhabe in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens zu sehen. (Nieß 2016)

Die größte Dachorganisation zur Interessenvertretung von Menschen mit Beeinträchtigungen ist die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG Selbsthilfe) der bundesweit rund 117 Bundesorganisationen der Selbsthilfe chronisch Kranker und Menschen mit Behinderung. Auf Länderebene ist die BAG Selbsthilfe in 13 Landesarbeitsgemeinschaften und sechs Fachverbände gegliedert. (BAG Selbsthilfe 2020)

Die BAG Selbsthilfe, die großen Sozialverbände sowie unabhängige Behindertenverbände gründeten im Dezember 1999 den Deutschen Behindertenrat, um die Interessen von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen verbandsübergreifend offensiv zu vertreten (DBR 2020). Ziel des Rats ist es, eine Gleichstellung von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen zu erreichen, Diskriminierung entgegenzuwirken und so eine gleichberechtigte Teilhabe in allen Lebensbereichen zu realisieren (DBR 2013). Die BAG Selbsthilfe und der Deutsche Behindertenrat sind z. B. auch in Maßnahmen im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie einbezogen, die die Teilhabe von Menschen mit kognitiven Einschränkungen in verschiedenen Handlungsfeldern verbessern soll (BMFSFJ / BMG 2020).

Der 1998 gegründete Verein Weibernetz e. V. ist ein bundesweiter Zusammenschluss von Frauen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen sowie den Landesnetzwerken und Koordinierungsstellen behinderter Frauen. Ziel des Vereins ist es, die Lebenssituation von Frauen und Mädchen mit Behinderungen und/oder chronischen Erkrankungen zu verbessern. (Weibernetz e. V. 2020b) Seit 2008 arbeitet der Verein mit Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) an der Stärkung, Unterstützung und Vernetzung von Frauen-Beauftragten in Werkstätten und Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung. Ausgangspunkt für die Initiative war die hohe Gewalt-

betroffenheit von Frauen mit Behinderung, insbesondere in solchen Einrichtungen. Im Rahmen des Modellprojektes *Frauen-Beauftragte in Wohnheimen und Werkstätten für behinderte Menschen*, das in den Jahren 2008 bis 2011 vom BMFSFJ gefördert und von Weibernetz e. V. in Kooperation mit dem Verein Mensch zuerst e. V. durchgeführt wurde, wurden Schulungen für Frauen-Beauftragte in Einrichtungen konzipiert und in 16 Werkstätten und Wohnheimen für Menschen mit Behinderungen aus acht Bundesländern durchgeführt. (Weibernetz e. V. 2011) Die Erfahrungen aus der Praxis wurden in einer vom BMFSFJ in Auftrag gegebenen und im Jahr 2012 abgeschlossenen Studie (getrennt in einen quantitativen und einen qualitativen Berichtsteil) dargestellt (BMFSFJ 2012a). Unter finanzieller Beteiligung von insgesamt zehn Bundesländern förderte das BMFSFJ im Anschluss von 2013 bis 2016 das abermals durch den Verein Weibernetz e. V. durchgeführte Projekt *Frauen-Beauftragte in Einrichtungen. Eine Idee macht Schule!*, in dem Trainerinnen für Frauen-Beauftragten in Einrichtungen ausgebildet wurden. Mit diesem Projekt wurde die Idee der Frauen-Beauftragten in Einrichtungen der Behindertenhilfe in die Fläche getragen. Zum Abschluss des Projektes konnten mehr als 70 neue Frauen-Beauftragte bundesweit ihre Arbeit aufnehmen.²⁶⁹ (Weibernetz e. V. 2015) Seit der Novellierung der Werkstätten-Mitwirkungsverordnung zum 1. Januar 2017 muss jede Werkstatt und Einrichtung für Menschen mit Behinderungen eine Frauen-Beauftragte besitzen. Um sich deutschlandweit besser austauschen und vernetzen zu können, gründeten die Frauen-Beauftragten im September 2019 ein Bundesnetzwerk. Der Gründung des Bundesnetzwerks war das vom BMFSFJ geförderte und vom Verein Weibernetz e. V. durchgeführte Modellprojekt *Ein Bundes-Netzwerk für Frauen-Beauftragte in Einrichtungen* vorausgegangen, das im Oktober 2016 gestartet war und mit der Gründungsversammlung und der Wahl der Sprecherinnen des Netzwerks abgeschlossen wurde. (BMFSFJ 2019) Seit 2018 (bis 2021) fördert das BMFSFJ zudem das Projekt *Politische Interessenvertretung behinderter Frauen – für Chancengleichheit und Schutz vor Gewalt* in Trägerschaft des Weibernetz e. V. (BMFSFJ 2018).

Im Dezember 2015 haben sich bundesweit elf aktive Selbstvertretungs-Organisationen behinderter Menschen zur Dachorganisation LIGA Selbstvertretung – DPO²⁷⁰ Deutschland zusammengeschlossen, die sich als die politische Interessenvertretung der Selbstvertretungs-Organisationen behinderter Menschen in Deutschland versteht. Die LIGA will Ansprechpartnerin sein für Politik, Verwaltung und Öffentlichkeit, wenn es um die Umsetzung der UN-BRK und die Stimme der Verbände von Menschen mit Behinderungen geht, ohne die Einzelvertretung der Mitgliedsorganisationen ersetzen zu wollen. Sie wirkt damit offensiv an der

²⁶⁹ Im Laufe des Projektes wurde die Veröffentlichung des Vereins Weibernetz e. V. zum Pilotprojekt aus dem Jahr 2011 überarbeitet und erneut aufgelegt.

²⁷⁰ Auf internationaler Ebene steht die Abkürzung DPO für Disabled Persons Organizations.

Bewusstseinsbildung im Sinne der UN-BRK mit und veröffentlicht gemeinsame inhaltliche Stellungnahmen und Positionspapiere zu aktuellen behindertenpolitischen Fragen. (LIGA Selbstvertretung 2020)

In Betrieben und Behörden des öffentlichen Dienstes sind die Personal- und Betriebsräte grundsätzlich dazu verpflichtet, die Eingliederung von Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung zu fördern und darauf zu achten, dass die entsprechenden Verpflichtungen der Arbeitgeber eingehalten werden (§ 176 SGB IX). In Betrieben oder Dienststellen mit mindestens fünf dauerhaft beschäftigten Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung sind eine Vertrauensperson der Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung sowie mindestens eine Stellvertretung vorgesehen, die unter anderem auf die Wahrung der Rechte von Beschäftigten mit einer Schwerbehinderung achten und als Ansprechpersonen für Beschwerden bereitstehen (§§ 177 ff. SGB IX). Über die genaue Zahl der Schwerbehindertenvertretungen in Deutschland liegen keine Statistiken vor. An den Informationsveranstaltungen der Integrationsämter (IA) nahmen im Jahr 2017 insgesamt 34.530 Personen teil. Bei 55 Prozent der Teilnehmenden (knapp 19.000 Personen) handelte es sich um Mitglieder von Schwerbehindertenvertretungen. (BIH 2018)

Zur Mitwirkung an der Gestaltung der Lebens- und Arbeitsbedingungen in Werkstätten für behinderte Menschen gibt es Werkstatträte, die in den Betrieben von den dort Tätigen gewählt werden (§ 222 SGB IX). Menschen mit Beeinträchtigungen, die in stationären Wohneinrichtungen leben, können Wohnbeziehungsweise Heimbeiräte zur Vertretung ihrer Interessen gegenüber dem Einrichtungsträger wählen. Die gesetzliche Grundlage hierfür bilden die Heimgesetze beziehungsweise die Heimmitwirkungsverordnungen auf Länderebene. Wie viele dieser Interessenvertretungen es bundesweit gibt, ist nicht bekannt. Es liegen zudem keine Daten darüber vor, wie viele Menschen mit Beeinträchtigungen in betrieblichen oder überbetrieblichen Mitbestimmungsstrukturen aktiv sind.

Nach § 19 BGG fördert der Bund Maßnahmen von Organisationen zur Stärkung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen an der Gestaltung öffentlicher Angelegenheiten. Das BMAS erließ dazu im Oktober 2016 eine Richtlinie für die Förderung der Partizipation von Menschen mit Behinderungen und ihrer Verbände an der Gestaltung öffentlicher Angelegenheiten (BMAS 2016b). Nach dieser Richtlinie können insbesondere auch Selbstvertretungsorganisationen von Menschen mit Behinderungen Förderanträge beim BMAS stellen. Über die Fördermittel sollen die Organisationen finanzielle und personelle Ressourcen ausbauen und sich damit noch intensiver und nachhaltiger in gesellschaftliche und politische Gestaltungsprozesse einbringen können. Seit dem Jahr 2017 stehen jährlich 1 Million Euro an Fördermitteln zur Verfügung (BMAS 2016a).

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Grundsatz umfassender Partizipation

Um Menschen mit Beeinträchtigungen eine eigenverantwortliche Gestaltung der persönlichen Lebensumstände zu ermöglichen, sieht das SGB IX eine personenzentrierte Planung und Koordinierung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe vor. In § 8 SGB IX wird ausdrücklich auf das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger sowie bezüglich der Art der Leistungserbringung verwiesen. Letztlich bedürfen die Leistungen zur Teilhabe der Zustimmung der Leistungsberechtigten. Allerdings gibt es aus den wenigen verfügbaren regionalen Studien Hinweise darauf, dass nicht allen Menschen mit Beeinträchtigungen dieses Recht auch tatsächlich bekannt ist. So ergab eine regionale Befragung aus dem Jahr 2013 unter insgesamt 2.000 Reha-Antragsstellenden (Versicherte der Gesetzlichen Rentenversicherung Nord und der Innungskrankenkasse [IKK] Nord), dass nur etwa die Hälfte der Befragten angab, das Wunsch- und Wahlrecht zu kennen (Pohontsch et al. 2013). Auch die geringe Inanspruchnahme von Leistungen in Form des Persönlichen Budgets könnte zu einem gewissen Teil auf eine unzureichende Bekanntheit dieser Form der Leistungsgewährung zurückzuführen sein (siehe auch Abschnitt 6.3.3).

Auch die kommunale Teilhabeplanung stellt eine wichtige Möglichkeit der Partizipation von Menschen mit Beeinträchtigungen an der Gestaltung ihrer persönlichen Lebensumstände dar. Nach Artikel 19 Satz 1c UN-BRK sind gemeindenahe Dienstleistungen und Einrichtungen, die der Allgemeinheit offenstehen, so zu gestalten, dass sie den Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen entsprechen und somit für alle Menschen gleichberechtigt zur Verfügung stehen. Auch in Artikel 4 Absatz 1c UN-BRK ist die Verpflichtung festgehalten, „den Schutz und die Förderung der Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen in allen politischen Konzepten und allen Programmen zu berücksichtigen“. Hierzu ist es notwendig, dass Menschen mit Behinderungen in die Angebots- und Versorgungsplanung in sämtlichen Lebensbereichen einbezogen werden. Dies schließt neben der Kinder- und Jugendhilfe, der Schulentwicklung, der Gesundheits- und Wohnungspolitik auch die Altenhilfe mit ein. Eine Berücksichtigung von Menschen mit Beeinträchtigungen im Bereich der Angebots- und Versorgungsplanung wird jedoch bereits dadurch erschwert, dass diese in kommunalen und regionalen Sozialstatistiken oftmals nicht erfasst werden, und es somit an grundlegenden Informationen zur Angebotsplanung fehlt.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

11.4 Entwicklungen im Bereich politische und gesellschaftliche Beteiligung

Um eine Gesamteinschätzung der Entwicklungen im Bereich politische und gesellschaftliche Beteiligung abzugeben, werden zusammenfassend drei Fragestellungen untersucht:

1. Menschen mit Beeinträchtigungen sollen die gleichen Möglichkeiten der politischen und gesellschaftlichen Beteiligung haben. An welchen Stellen wird dieses Ziel noch nicht vollständig erreicht?

Wie gut gelingt es Menschen mit Beeinträchtigungen, an der Gestaltung von Politik und Gesellschaft mitzuwirken? Wie gut können sie ihre eigenen Angelegenheiten selbst vertreten? Die Beantwortung dieser Fragen zeigt nicht nur, ob Menschen mit Beeinträchtigungen als soziale Gruppierung eine ihrer Bedeutung angemessene Berücksichtigung erfahren. Darüber hinaus gibt sie auch Auskunft über einen wichtigen Aspekt einer selbstbestimmten Lebensführung und über möglicherweise bestehende beeinträchtigungsbedingte Benachteiligungen. Die aus den Daten dieses Kapitels ableitbaren Aussagen zu diesen Fragestellungen werden im Folgenden dargestellt.

Menschen mit Beeinträchtigungen beteiligten sich an der letzten Bundestagswahl in etwas geringerem Maße als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Dieser Unterschied besteht seit Längerem, verringerte sich jedoch. Der allgemeine Anstieg der Wahlbeteiligung fiel bei Menschen mit Beeinträchtigungen noch höher aus als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen.

Unter den Menschen mit Beeinträchtigungen findet sich ein größerer Anteil, der sich stark oder sehr stark für Politik interessiert, als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen. Das zeigt, dass Menschen mit Beeinträchtigungen von politischen Diskursen angesprochen werden und sie in die politische Kommunikation zumindest passiv in sogar etwas höherem Maße eingebunden sind als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Andererseits können Menschen mit Beeinträchtigungen vor dem Hintergrund wahrgenommener Benachteiligungen häufiger eine persönliche Motivation haben, sich politisch zu interessieren, als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Ein höher ausgeprägtes politisches Interesse wäre in dieser Lesart ein Zeichen für die – vermutlich berechtigte – Sorge um persönliche Teilhabechancen.

Ein etwas anderes Bild zeigt sich bei eigenen politischen Aktivitäten in der Freizeit. Diese sind grundsätzlich voraussetzungsreicher, da sie in stärkerem Maße inklusive Rahmenbedingungen erfordern. Hier ist ein über den betrachteten Zeitraum hinweg konstant niedrigerer Anteil politisch aktiver Personen unter den

Menschen mit Beeinträchtigungen zu verzeichnen als unter denen ohne Beeinträchtigungen. Der Rückgang bei den politischen Aktivitäten betrifft Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in etwa gleichem Maße. Im Bundestag sind Menschen mit Beeinträchtigungen unterrepräsentiert. Die geringere politische Aktivität von Menschen mit Beeinträchtigungen kontrastiert zum bestehenden hohen politischen Interesse und lässt vermuten, dass es Zugangsschwellen zu solchen Aktivitäten gibt.

Auch beim zivilgesellschaftlichen Engagement ist eine geringere aktive Beteiligung von Menschen mit Beeinträchtigungen festzustellen. Aktivitäten zur Steigerung ihrer Teilnahme beispielsweise der Freiwilligenagenturen zielen unter anderem auf den Abbau baulicher Zugangsbarrieren. Etwas differenzierter ist das Bild bei den Freiwilligendiensten. Während unter den Freiwilligendienstleistenden unter 27 Jahren Menschen mit einer anerkannten Behinderung – in den Jahren 2012 bis 2015 – unterrepräsentiert waren, fanden sich unter den Freiwilligendienstleistenden ab 27 Jahren sogar überproportional viele Menschen mit einer anerkannten Behinderung.

Die Möglichkeiten, die eigenen Interessen in Organisationen zu vertreten, die an Arbeitsstellen und Wohneinrichtungen angebunden oder unabhängig hiervon sind, sind vielfältig. Zahlen über das Ausmaß der Beteiligung in solchen Organisationen und die zahlenmäßige Entwicklung liegen nicht vor. Jedoch wurden die institutionellen Strukturen zuletzt ausgebaut; das betrifft unter anderem die Einrichtung von Frauen-Beauftragten in den Werkstätten für behinderte Menschen.

Die Gesamtbetrachtung zeigt, dass Menschen mit Beeinträchtigungen ihr aktives Wahlrecht vergleichsweise gut nutzen und dass sie an politischer Kommunikation Anteil nehmen. Zugleich deuten eine geringere aktive politische Beteiligung und ein geringeres zivilgesellschaftliches Engagement auf Zugangsbarrieren hin, die mit Beeinträchtigungen im Zusammenhang stehen.

2. Die Rahmenbedingungen für die politische und gesellschaftliche Beteiligung sollen möglichst inklusiv gestaltet sein. Wo besteht – abgeleitet aus den vorgestellten Daten – noch Handlungsbedarf?

Die erfasste Wahlbeteiligung von Menschen mit Beeinträchtigungen kann positiv bewertet werden, bedeutet jedoch nicht, dass es keinen Handlungsbedarf in diesem Bereich gebe. Die Daten repräsentativer Bevölkerungsbefragungen liefern mangels Differenzierbarkeit keine Anhaltspunkte, um die Frage zu beantworten, wie es um die Wahlbeteiligung von verschiedenen Teilgruppen steht. Allerdings sind gerade solche Personen, die beispielsweise durch rechtliche Betreuung oder eine zwangsweise Unterbringung in ihren Freiheitsrechten eingeschränkt sind,

besonders der Gefahr ausgesetzt, faktisch an der Wahrnehmung ihres Wahlrechts gehindert zu werden. Die rechtlichen Grundlagen wurden allerdings insofern entscheidend verbessert, als seit Juli 2019 Personen, für die durch richterliche Entscheidung im Einzelfall ein Betreuer oder eine Betreuerin zur Besorgung aller Angelegenheiten nicht nur durch einstweilige Anordnung bestellt wurde, nicht mehr vom aktiven und passiven Wahlrecht bei Bundestags- und Europawahlen ausgeschlossen sind. Dies gilt auch für Personen, die sich aufgrund einer Anordnung nach § 63 in Verbindung mit § 20 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus befinden. Für die Barrierefreiheit der Wahlräume trägt der Bundeswahlleiter verstärkt Sorge und die BWO sieht vor, die Wahlberechtigten in schriftlicher Form darüber zu informieren, ob der zugeordnete Wahlraum barrierefrei ist und darüber hinaus Hinweise darauf zu geben, wo Wahlberechtigte Informationen über barrierefreie Wahlräume und Hilfsmittel erhalten können.

Handlungsbedarf besteht bei der aktiven politischen Beteiligung von Menschen mit Beeinträchtigungen. Hier kommt es weniger auf die Ausgestaltung rechtlicher Rahmenbedingungen an. Vielmehr ist zunächst systematisch zu untersuchen, was genau zur geringeren politischen Aktivität von Menschen mit Beeinträchtigungen führt. Dabei können die Ursachen sowohl bei den Menschen mit Beeinträchtigungen, in der baulichen Umwelt, im Bereich der Kommunikation und/oder in einer nicht inklusiv geprägten Haltung von Menschen ohne Beeinträchtigungen in den politischen Organisationen und/oder auch in deren Prozessen und Arbeitsweisen zu finden sein. Anschließend sind auf die Ergebnisse angepasste Maßnahmen zu entwickeln.

Zivilgesellschaftliches Engagement einschließlich der Freiwilligendienste kann ebenfalls noch besser für Menschen mit Beeinträchtigungen erschlossen werden. Hier sind es Organisationen wie Freiwilligenagenturen und Dienststellen der Freiwilligendienste, die sich mit möglichen Zugangsbarrieren für Menschen mit Beeinträchtigungen befassen sollten. Vielfach bietet zivilgesellschaftliches Engagement bereits eine gute Gelegenheit für die aktive Beteiligung am gesellschaftlichen Leben und für gesellschaftliche Anerkennung von Menschen mit Beeinträchtigungen.

Bei den Interessenvertretungen von Menschen mit Beeinträchtigungen gibt es vielfältige Strukturen, die zuletzt ausgebaut wurden und die Mitwirkungsmöglichkeiten der Menschen mit Beeinträchtigungen verbessern. Es mangelt jedoch an Daten, die über Umfang und Qualität der Mitwirkung von Menschen mit Beeinträchtigungen in Interessenvertretungen informieren. Ohne entsprechende Kenntnisse ist es nicht möglich, zielgenau auf potenzielle Schwierigkeiten zu reagieren.

3. Welche Teilgruppen der Menschen mit Beeinträchtigungen sind mit besonderen Zugangsschwierigkeiten bei der politischen und gesellschaftlichen Beteiligung konfrontiert?

Es lassen sich einige wenige Antworten zu dieser Fragestellung aus den vorliegenden Daten gewinnen.

Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund beteiligen sich seltener an den Bundestagswahlen als Menschen mit Beeinträchtigungen ohne Migrationshintergrund. Zugleich ist ihre Wahlbeteiligung sogar etwas höher als diejenige von Menschen ohne Beeinträchtigungen und mit Migrationshintergrund. Das bedeutet, dass es hier in erster Linie um einen Effekt des Migrationshintergrunds geht. Dennoch kann eine geringere Wahlbeteiligung dieser Gruppe dazu führen, dass ihre Interessen durch die Bundestagsabgeordneten in geringerem Maße berücksichtigt werden.

Bezüglich eigener politischer Aktivitäten fallen drei Gruppen durch einen geringen Anteil an Personen auf, die in ihrer Freizeit politisch aktiv sind: Dabei handelt es sich um Frauen mit Beeinträchtigungen, Menschen mit Beeinträchtigungen und einem Migrationshintergrund sowie Menschen mit Beeinträchtigungen im Alter von 80 Jahren und älter. Die Gründe für die geringere politische Aktivität sind den Daten nicht zu entnehmen und bedürfen einer genaueren Untersuchung, um sie möglichst ursachengerecht adressieren zu können.

Beim zivilgesellschaftlichen Engagement fällt eine besonders geringe Beteiligung von Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund auf. Eine weitere Gruppe mit geringerem Engagement sind Menschen mit chronischen Erkrankungen. Außerdem sind Frauen mit Beeinträchtigungen auch hier seltener aktiv als Männer mit Beeinträchtigungen.

11.5 Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Politische und gesellschaftliche Teilhabe

Politische und gesellschaftliche Teilhabe sind ganz zentrale Bereiche eines gleichberechtigten und selbstbestimmten Lebens. Verglichen mit dem zweiten Teilhabebereich der Bundesregierung lassen sich hier einige positive Entwicklungen, aber auch weiterhin Benachteiligungen von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen feststellen. Positiv zu bewerten ist die gestiegene Wahlbeteiligung von Menschen mit Beeinträchtigungen bei der Bundestagswahl 2017 im Vergleich zu der im Jahr 2013. Diese liegt zwar immer noch unter der von Menschen ohne Beeinträchtigungen, nähert sich dieser aber langsam an (Abbildung 118). Bemer-

kenswert ist in diesem Zusammenhang auch die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 29. Januar 2019, mit der der Wahlausschluss von Menschen, die unter Betreuung stehen, für verfassungswidrig erklärt wurde. Dieses Urteil führte zur entsprechenden Änderung des Bundeswahlgesetzes (Abschnitt 11.1.1). Abzuwarten bleibt, inwiefern diese Gesetzesänderung und deren mediale Begleitung zu einer weiteren Erhöhung der Wahlbeteiligung von Menschen mit Beeinträchtigungen führen wird.

Die reduzierten Teilhabechancen beziehungsweise die immer noch vielfältigen Barrieren dürften der Hintergrund dafür sein, dass sich – trotz Interesse – nur eine relativ geringe Zahl von Menschen mit Beeinträchtigungen aktiv in (Partei-)Politik engagiert (Abbildung 120). Diesbezüglich hat sich gegenüber den letzten Berichten wenig verändert. Besonders deutlich sind Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund sowie Frauen mit Behinderungen unterrepräsentiert, deren Interessen damit noch weniger vertreten werden²⁷¹ (Tabelle 136). So ist es nicht verwunderlich, dass die Zahl der Abgeordneten mit Beeinträchtigungen deutlich unter der Zahl liegt, die für die Repräsentation des entsprechenden Anteils von Menschen mit Behinderungen an der Bevölkerung notwendig wäre (Abschnitt 11.1.1). Zwar haben alle Bundestagsfraktionen inzwischen behindertenpolitische Sprecherinnen oder Sprecher (Abschnitt 11.3); diese verfügen jedoch in der Regel nicht über eigene Behinderungserfahrungen. Bezüglich der Frage, woran es liegt, dass sich trotz großem Interesse an politischen Fragestellungen nur wenige Menschen mit Behinderungen parteipolitisch engagieren (Abschnitt 11.1.2), kann derzeit nur spekuliert werden. Gleiches gilt für das – im Vergleich zu Menschen ohne Beeinträchtigungen – geringere Ausmaß zivilgesellschaftlichen Engagements (Abschnitt 11.2). In beiden Fällen könnte es an Barrieren im Hinblick auf den Zugang zu Informationen, wie z. B. der fehlenden Finanzierung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern, sowie Mobilität, aber auch fehlender persönlicher Unterstützung liegen. Bekannte Zugangshindernisse liegen dabei im Bereich Informationsbeschaffung (z. B. verfügen nicht alle Parteien über Programmvideos in Gebärdensprache, und nur wenige Webseiten sind dafür ausgelegt, über Vorlesefunktionen besucht werden zu können), aber auch schlicht in baulichen Gegebenheiten (z. B. Sitz der lokalen Ortsgruppe einer Partei in einem nicht barrierefrei zugänglichen Gebäude) (Crepaz 2021: 11). Darüber hinaus ist zu vermuten, dass es sowohl in politischen Parteien als auch in Organisationen, in denen sich Freiwillige engagieren, ableistisch geprägte Vorbehalte (Abwertung aufgrund des Fehlens bestimmter Fähigkeiten) gegenüber Menschen mit Behinderungen gibt; dazu gehören Zuschreibungen von mangelnder Fachkompetenz und Verlässlichkeit in der Parteiarbeit (Crepaz 2021: 12). Hier wären Kampagnen

²⁷¹ Auch Menschen mit Beeinträchtigungen über 80 Jahren beteiligen sich kaum aktiv an Politik. Hier kann vermutet werden, dass Hochaltrigkeit in Verbindung mit Beeinträchtigungen in sich schon eine aktive Beteiligung in der Politik stark erschwert.

erforderlich, die im Sinne von Artikel 8 UN BRK „das Bewusstsein für die Fähigkeiten und den Beitrag von Menschen mit Behinderungen“ fördern.

Artikel 4, Absatz 3 der UN-BRK schreibt die Partizipation von Menschen mit Behinderungen an allen sie betreffenden Entscheidungen vor. Das erste größere Gesetzgebungsverfahren, in dem dies umgesetzt wurde, war das für das Bundes-teilhabegesetz (BTHG). Die Bundesregierung beschreibt den Beteiligungsprozess so: „Bereits bei der Erarbeitung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) wurden die betroffenen Menschen und ihre Verbände bei den Reformüberlegungen einbezogen. Im Laufe des darauffolgenden Gesetzgebungsverfahrens zog sich der Beteiligungsprozess fort. Sie wurden auf unterschiedliche Weise im gesamten Verfahren zum BTHG beteiligt. Auch nach Inkrafttreten des BTHG hält das BMAS weiterhin an diesem Grundsatz fest und stellt mit einem breiten Beteiligungskonzept sicher, dass die betroffenen Menschen und ihre Verbände an dem nun stattfindenden Umsetzungsprozess des BTHG umfassend beteiligt werden.“²⁷²

Die Monitoring-Stelle beim Deutschen Institut für Menschenrechte merkt zu solchen Beteiligungen an Gesetzgebungsverfahren kritisch an, dass diese nur funktionieren, wenn bestimmte Voraussetzungen – wie die Bereitstellung und Finanzierung von „behinderungs- oder altersgerechte(r) Assistenz oder anderweitige(r) Unterstützung“²⁷³ erfüllt sind. Allerdings werde „(d)ie Praxis (.) diesem Anspruch nicht immer gerecht. Die Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention ist der Überzeugung, dass Strategien und Strukturen für die Partizipation noch weiter zu entwickeln sind, um eine transparente, inklusive und wirksame Beteiligung aller Gruppen von Menschen mit Behinderungen zu ermöglichen. Nur wenn die Partizipation von Menschen mit Behinderungen ernst genommen wird und ihr gebührendes Gewicht verliehen wird, ist sichergestellt, dass staatliches Handeln transparenter und verantwortlicher wird.“²⁷⁴

Ein Projekt der Landesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen Nordrhein-Westfalen e.V. (LAG SELBSTHILFE NRW e. V. 2015) zur politischen Partizipation von Menschen mit Behinderungen zeigt, dass Menschen mit Behinderungen vergleichsweise selten in Parlamenten auf der Ebene der Kommunen, der Länder und des Bundes vertreten sind. Sie engagieren sich eher im Kontext der Selbsthilfe. Es können so Interessen über Beiräte und Beauftragte artikuliert werden; allerdings sind die Rechte und Strukturen schwach ausgebaut und Beiräte schätzen ihre informelle Einflussnahme als wirksamer ein als die ihnen offiziell eingeräumten Beteiligungsrechte (Düber et al. 2018). Die Selbstorganisation von Menschen mit Behinderungen und/oder chronischen Erkrankungen ist seit Langem

²⁷² https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/GEM/DE/AS/Umsetzung_BTHG/Partizipation/Partizipation_node.html

²⁷³ <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/themen/rechte-von-menschen-mit-behinderungen/partizipation>

²⁷⁴ Ebd.

etabliert und von Kardorff (2014) nennt diese „ein Beispiel für eine gegen viele Widerstände politisch erfolgreich erkämpfte, selbstorganisierte Partizipationsstrategie“ (S.11).

Die Mitwirkung in Diensten und Einrichtungen wird häufig über formale Beteiligungsrechte gesetzlich geregelt. Als Beispiele dazu seien die Werkstättenmitwirkungsverordnung, welche eine Stärkung der Mitbestimmungsrechte von Werkstatträten vorsieht sowie der Ausbau der Rechte der Schwerbehindertenvertretung als betriebliche Interessenvertretung genannt. Dass die Stärkung der Mitbestimmungsrechte von Werkstatträten und auch die Stärkung der Rechte der Schwerbehindertenvertretungen in Teilen im BTHG Einzug erhalten haben, liegt nicht zuletzt an politischen Forderungen, die durch die Zielgruppe seit langem öffentlichkeitswirksam geäußert werden (u. a. AGSVB 2014). Die Schwerbehindertenvertretung wird als Motor der Inklusion bewertet (Niehaus et al. 2019). Nichtsdestotrotz ist zum aktuellen Zeitpunkt noch völlig unklar, inwieweit die gesetzgeberischen Maßnahmen den Bedürfnissen der Betroffenen dienen und welche Herausforderungen offenbleiben (Heide / Niehaus 2019; Veit et al. 2020).

Um Partizipation im Sinne einer aktiven Mitgestaltung, Mitbestimmung und selbstbestimmten Willensbildung zu fördern, ist der Auf- und Ausbau barrierefreier Partizipation notwendig. Gemeint ist eine inklusive Gestaltung der Beteiligungsstrukturen sowie die Berücksichtigung differenzierter Bedürfnisse verschiedener Personengruppen (Düber et al. 2018). Der Deutsche Behindertenrat (DBR) gibt dazu an, dass zwar seit der Ratifikation der UN-BRK 2009 die verbindliche Beteiligung behinderter Menschen über die sie vertretenden Verbände sowie an Vorhaben, die Menschen mit Behinderung betreffen, gestiegen ist, es aber an verbindlichen Partizipationsstandards fehlt (DBR 2018). Als Beispiel für einen Beteiligungsprozess sei das breite Beteiligungsverfahren zur Erarbeitung des BTHG genannt (BMAS 2015). Dem Gesetzgebungsprozess wurden Konsultationen vorgeschaltet für die das BMAS eine Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz eingesetzt hat. Die Arbeitsgruppe bestand unter anderem aus Vertreterinnen und Vertretern der Verbände von Menschen mit Behinderungen, der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Vertreterinnen und Vertretern der Bundesvereinigung der Landesarbeitsgemeinschaften der Werkstatträte, Vertreterinnen und Vertretern der Konferenz der Fachverbände für Menschen mit Behinderungen, der Bundesarbeitsgemeinschaft freie Wohlfahrtspflege sowie der Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen. Im Sinne des Leitsatzes der UN-BRK „Nichts über uns ohne uns“ fordert der DBR verbindliche Partizipationsstandards, damit es nicht bei einzelnen exemplarischen Beispielen zur Beteiligung bleibt. Aus Sicht des DBR zählen zu den zentralen, übergeordneten Prinzipien der Partizipation Aspekte wie die konsequente Partizipation der Behindertenverbände in allen sie betreffenden Themenbereichen, Augenhöhe, Bar-

rierefreiheit, Transparenz, Verbindlichkeit und Verlässlichkeit und die Bereitstellung von Ressourcen (DBR 2018). Dabei ist Partizipation im Sinne von Artikel 4 Absatz 3 der UN-BRK nicht allein der Mitwirkung in behindertenpolitischen Aktivitäten des Bundes vorbehalten; vielmehr muss sie auf allen Ebenen stattfinden – auf lokaler wie auf Länderebene und auch in den politischen Stiftungen der Parteien. Da Deutschland eine Parteiendemokratie ist, sind Parteien machtvolle Akteure und eine Partizipation von Menschen mit Beeinträchtigungen in den Parteien ist ebenfalls wünschenswert. Um nachvollziehen zu können, ob beziehungsweise in welchem Umfang Partizipation auf den genannten Ebenen tatsächlich erfolgt, wäre eine wissenschaftliche Begleitung von großer Bedeutung, die möglichst auch partizipatorisch erfolgen sollte (Beyerlein et al. 2020).

Literatur zu diesem Kommentar

AGSVB (Arbeitsgemeinschaft der Schwerbehindertenvertretung des Bundes) (2014): Fragen an die Sachverständigen von Uwe Schummer, MdB und Kerstin Tack, MdB. Gemeinsames Fachgespräch der Fraktionen CDU/CSU und SPD zur Stärkung der Schwerbehindertenvertretungen am 08.05.2014 in Berlin. <https://agsvb.de/wp-content/uploads/agsvb-rundschreiben-2014-02-anl.pdf> (online, abgerufen am 10.02.2021).

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2015): Abschlussbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales über die Tätigkeit der Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz. 10. Juli 2014 - 14. April 2015, Teil A. BMAS, Bonn.

Beyerlein, Michael / Dittmann, René / Gast-Schimank, Cindy / Mattern, Lea / Rambašek-Haß, Tonia (2020): Politische Partizipation und partizipative Forschung. Bericht vom 1. Kongress der Teilhabeforschung. Teil II. https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_D/2020/D3-2020_Teilhaberecht__politische_Partizipation_und_partizipative_Forschung_Teil_II.pdf (online, abgerufen am 10.02.2021).

DBR (Deutscher Behindertenrat) (2018): "Nichts über uns ohne uns". Zur Entwicklung von Partizipationsstandards im nationalen und europäischen Kontext. <https://www.vdk.de/deutscher-behinderten-rat/mime/00110443D1543250242.pdf> (online, abgerufen am 10.02.2021).

Düber, Miriam / Rohrmann, Albrecht / Windisch, Marcus (2018): Barrierefreie Partizipation. Herausforderung für die Soziale Arbeit. In: Stehr, Johannes /

Anhorn, Roland / Rathgeb, Kerstin (Hrsg.): Konflikt als Verhältnis – Konflikt als Verhalten – Konflikt als Widerstand. Widersprüche der Gestaltung Sozialer Arbeit zwischen Alltag und Institution. Springer VS, Wiesbaden, S. 253 - 264.

Heide, Marie / Niehaus, Mathilde (2019): Der Stellenwert der Schwerbehindertenvertretung in der betrieblichen Inklusion. In: WSI-Mitteilungen, Jg. 72, Nr. 5, S. 358 - 364.

LAG SELBSTHILFE NRW e. V. (2015): Politische Partizipation von Menschen mit Behinderungen in den Kommunen stärken! Abschlussbericht zum Projekt. https://www.lag-selbsthilfe-nrw.de/wp-content/uploads/2018/05/LAG-Abschlussbericht_final_2016-01-12_barrierefrei-1.pdf (online, abgerufen am 12.01.2021).

Niehaus, Mathilde / Heide, Marie / Glatz, Andreas (2019): Von Anfang an zusammen. Handlungsleitfaden für Schwerbehindertenvertretungen in Netzwerken. Institut für Mitbestimmung und Unternehmensführung, Düsseldorf.

Veit, Carola / Ertl, Kilian / Bernzen, Christian / Dittmar, Ansgar (2020): Die Werkstätten-Mitwirkungsverordnung nach Inkrafttreten des BTHG. Eine Bestandsaufnahme. Teil II: Ausgewählte Rechts- und Praxisfragen. https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_B/2020/B6-2020_Die_WMVO_nach_Inkrafttreten_des_BTHG_Teil_II.pdf (online, abgerufen am 10.02.2021).

von Kardorff, Ernst (2014): Partizipation im aktuellen gesellschaftlichen Diskurs – Anmerkungen zur Vielfalt eines Konzepts und seiner Rolle in der Sozialarbeit. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 45 (2), S. 4 – 15.

12 Daten und Methoden

Der vorliegende Teilhabebericht ist, wie seine Vorgänger (BMAS 2013a, 2016d), als ein Indikatoren-gestützter Bericht angelegt. Indikatoren sind komprimierte Kennzahlen auf der Basis statistischer Daten, die Vergleiche im Querschnitt (z. B. höchste Schulabschlüsse von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen) und Entwicklungsanalysen im Längsschnitt ermöglichen (z. B. zu Arbeitsmarktbiografien von Menschen mit Beeinträchtigungen).²⁷⁵

Der Bericht enthält zum einen beschreibende Kennzahlen, die über verschiedene Aspekte der Lebenssituation in den betrachteten Bereichen informieren. Zum anderen werden Kennzahlen, die etwas über den Stand der Teilhabe im jeweiligen Bereich aussagen, ausgewertet. Damit wird einerseits die Lebenssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen beschrieben. Andererseits wird gezeigt, welche Unterschiede jeweils zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen bestehen. Untersuchungen verschiedener Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen (z. B. mit anerkannter Schwerbehinderung) lassen zudem Aussagen darüber zu, wie sich die Teilhabe bestimmter Gruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen unterscheidet. Wenn zu beobachten ist, dass sich diese Unterschiede im Zeitverlauf verringern, kann dies gegebenenfalls (unter Berücksichtigung weiterer Umstände) als Fortschritt bei der Ermöglichung von Teilhabe interpretiert werden. Bleibt dieser Unterschied bestehen oder nimmt sogar zu, so deutet dies darauf hin, dass sich die Bedingungen einer gleichberechtigten Teilhabe eher verschlechtert haben.

Die Lebenswirklichkeit von Menschen mit Beeinträchtigungen kann nicht allein mit Kennzahlen abgebildet werden, sondern umfasst auch weitere Aspekte. Deshalb werden zusätzliche Informationsquellen (z. B. Ergebnisse qualitativer Studien) hinzugezogen. In diesen wird die Teilhabesituation unter Umständen nicht mit quantitativen Indikatoren dargestellt, dennoch können sie wichtige Gesichtspunkte zum Verständnis der Lebenslage von Menschen mit Beeinträchtigungen enthalten. Teilweise werden auch strukturelle Daten herangezogen, die beispielsweise über den Anteil barrierefrei ausgestatteter ICE-Züge bei der Deutschen Bahn und dessen Entwicklung informieren. Der Grund hierfür ist, dass die bevölkerungsrepräsentativen Befragungen, die diesem Bericht schwerpunktmäßig zugrunde liegen, die Barrierefreiheit öffentlicher Verkehrsmittel bisher nicht erfassen. Die strukturellen Daten geben ersatzweise Hinweise darauf, wie sich die Umwelt für Menschen mit Beeinträchtigungen in dieser Hinsicht entwickelt.

²⁷⁵ Zur Diskussion und Einordnung der Datenbasis und den angewandten Methoden äußert sich der wissenschaftliche Beirat im Kommentar zum Kapitel 2.

Im vorliegenden Bericht werden je nach Lebenslage und Fragestellung Daten aus unterschiedlichen Quellen ausgewertet. Diese können grob in zwei Gruppen unterschieden werden. Erstens werden „Verwaltungsdaten“ ausgewertet. Dabei handelt es sich um prozessproduzierte Daten der Amtlichen Statistik, z. B. der Statistik der schwerbehinderten Menschen. Zweitens werden Befragungen ausgewertet, auf deren Basis die Prognos AG eigene Berechnungen zur Teilhabe von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen und weiteren Teilgruppen durchgeführt hat. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass mit jeder Quelle spezifische Erhebungsmerkmale verbunden sind, die zum Teil die Möglichkeit für quellen-übergreifende Vergleiche, Darstellungen von Zeitreihen, Analysen von Teilgruppen, etc. einschränken.

Die folgenden Abschnitte geben einen Überblick zu den hauptsächlich verwendeten Datenquellen.

12.1 Auswertungen von Befragungsdaten

Datenquellen, die im Zentrum der Teilhabeberichterstattung stehen, sind Mikrodatsätze, die Informationen über die Lage von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen beinhalten. Für diesen Bericht wurden umfassende Auswertungen des Mikrozensus, des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) sowie der beiden Studien des Robert Koch Instituts *Gesundheit in Deutschland aktuell* (GEDA) und *Studie zur Gesundheit von Kindern- und Jugendlichen in Deutschland* (KiGGS) vorgenommen. Darüber hinaus wurden erstmals (vorläufige) Daten der Teilhabebefragung genutzt.

Bei der Interpretation der Ergebnisse dieser Auswertungen sollten insbesondere zwei wesentliche Aspekte berücksichtigt werden:

- *Abgrenzung der Menschen mit Beeinträchtigungen:* Im Teilhabebericht soll die Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen möglichst entsprechend dem Konzept der International Classification of Functioning and Diseases (ICF) abgegrenzt werden. Die in den Datensätzen enthaltenen Informationen lassen eine solche Abgrenzung jedoch nur bedingt und in unterschiedlicher Weise zu. In der Folge ist die Operationalisierung des Merkmals Beeinträchtigung in den genutzten Datensätzen nicht einheitlich, was einen direkten Einfluss auf die jeweiligen Ergebnisse und ihre Vergleichbarkeit hat.
- *Stichprobe:* Mit Ausnahme der Teilhabebefragung wurde keiner der hier verwendeten Datensätze mit dem Ziel konzipiert, Analysen zur Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen zu ermöglichen. Dementsprechend sind teilweise nur Teilgruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen enthalten oder die Auswertungsmöglichkeiten sind durch kleine Fallzahlen begrenzt.

Im Folgenden werden die Datensätze vorgestellt, die genutzte Operationalisierung von „Beeinträchtigung“ erläutert und Informationen zur Stichprobe gegeben.

Mikrozensus

Der Mikrozensus ist eine repräsentative Haushaltsbefragung und wird seit 1957 jährlich von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder erhoben. Er enthält grundlegende Informationen zu verschiedenen Lebensbereichen (z. B. Wohnen und Arbeitsmarkt). Die Stichprobe umfasst rund 810.000 Personen in etwa 370.000 Privathaushalten und Gemeinschaftsunterkünften. Eine Besonderheit des Mikrozensus ist seine Auskunftspflicht, die für alle Mitglieder eines ausgewählten Haushalts gilt. Die Befragung erfolgt entweder im persönlichen Gespräch oder anhand eines schriftlichen Fragebogens.

Der Mikrozensus wird mit jeder neuen Welle angepasst und weiterentwickelt. Das schränkt die Vergleichbarkeit für Daten aus unterschiedlichen Jahren teilweise erheblich ein. Für die Auswertungen im Teilhabebericht sind insbesondere zwei Veränderungen wichtig:

- **Gemeinschaftsunterkünfte:** Mit der Neuregelung im Mikrozensusgesetz (MZG) vom 7. Dezember 2016 wurde die Berichterstattung für Personen in Gemeinschaftsunterkünften erheblich eingeschränkt. Mit dem Berichtsjahr 2017 wurden für Personen in diesen Unterkünften nur Daten mit einem stark verkürzten Fragebogen erhoben (z. B. Alter, Geschlecht, Familienstand). Das betraf Personen, die überwiegend in Alten- beziehungsweise Pflegeheimen lebten. Die Auswertungen im Teilhabebericht beziehen sich ausschließlich auf Personen in Privathaushalten, da auf der Basis der Daten aus dem Kurzfragebogen für Gemeinschaftsunterkünfte keine Auswertungen zum Vorhandensein einer Beeinträchtigung oder Behinderung möglich sind. Auch Darstellungen von Zeitverläufen, die die Jahre vor Inkrafttreten des MZG von 2016 einbeziehen, berücksichtigen die Daten zu Personen in Gemeinschaftsunterkünften nicht, um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten.
- **Zensus 2011:** Der Mikrozensus ist eine Stichprobenerhebung. Um Aussagen über die Gesamtbevölkerung treffen zu können, müssen die Daten entsprechend hochgerechnet werden. Ab dem Berichtsjahr 2013 werden dafür die Ergebnisse des Zensus 2011 genutzt.

Diese Änderungen führen zwangsläufig zu Abweichungen bei den Mikrozensusauswertungen im Vergleich zu den vorangegangenen Teilhabeberichten. Ein direkter Vergleich der Ergebnisse zwischen den Teilhabeberichten oder eine Ableitung von Entwicklungen ist daher nicht möglich.

Menschen mit Beeinträchtigungen werden im Mikrozensus über das Vorhandensein einer anerkannten Behinderung beziehungsweise eine länger andauernde Krankheit oder Unfallverletzung abgegrenzt. Dabei werden folgende Fragen und Antwortoptionen genutzt:

■ Vorliegen einer anerkannten Behinderung²⁷⁶

Frage: „Ist für Sie Behinderung durch amtlichen Bescheid festgestellt worden?“

Berücksichtigte Antwort zur Definition von Beeinträchtigungen: „Ja“

■ Vorliegen einer länger andauernden Krankheit oder Unfallverletzung²⁷⁷

Frage 1: „Waren Sie in den letzten 4 Wochen krank [/ unfallverletzt]?“

Berücksichtigte Antwort zur Definition von Beeinträchtigungen: „Ja“

„Wie lange dauert/-e Ihre Krankheit [/ Unfallverletzung] an?“

Berücksichtigte Antworten zur Definition von Beeinträchtigungen:

„über sechs Wochen bis ein Jahr“ und „über ein Jahr“

Diese Fragen werden im Mikrozensus alle vier Jahre erhoben, sodass aktuelle Daten nur für die Jahre 2009, 2013 und 2017 zur Verfügung stehen. Entsprechend beziehen sich die Auswertungen im Teilhabebericht nur auf diese vier Jahre.

Sozio-oekonomisches Panel (SOEP)

Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) ist eine jährliche Panelbefragung des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW), an der circa 15.000 Haushalte und 30.000 Personen teilnehmen. Das SOEP enthält für die letzten 40 Jahre Daten zu Personen und Haushalten in verschiedensten Themenbereichen (z. B. Beruf, Bildung, Gesundheit etc.).

Mit dem SOEP können nicht nur Menschen mit anerkannter Behinderung und chronischen Erkrankungen, sondern auch mit Beeinträchtigungen im Alltag erfasst werden.

Menschen mit Beeinträchtigungen werden im SOEP für die Wellen 2012, 2014, 2016 und 2018 über folgende Fragen abgegrenzt:

■ Vorliegen einer anerkannten Erwerbsminderung oder Schwerbehinderung

²⁷⁶ Im Jahr 2009 wurde die Frage noch in einer leicht veränderten Fassung gestellt.

²⁷⁷ Im Jahr 2009 wurde die Frage noch in einer leicht veränderten Fassung gestellt.

Frage: „Sind Sie nach amtlicher Feststellung erwerbsgemindert oder schwerbehindert?“

Berücksichtigte Antwort zur Definition von Beeinträchtigungen: „Ja“

- Vorliegen von länger andauernden Krankheiten oder Beschwerden in Kombination mit mindestens einer starken Beeinträchtigung bei der Ausübung alltäglicher Aktivitäten

Frage 1: „Leiden Sie seit mindestens einem Jahr oder chronisch an bestimmten Beschwerden oder Krankheiten?“

Berücksichtigte Antwort zur Definition von Beeinträchtigungen: „Ja“

Frage 2: „Wenn Sie Treppen steigen müssen, also mehrere Stockwerke zu Fuß hochgehen: Beeinträchtigt Sie dabei Ihr Gesundheitszustand stark, ein wenig oder gar nicht?“

Berücksichtigte Antwort zur Definition von Beeinträchtigungen: „Stark“

Frage 3: „Und wie ist das mit anderen anstrengenden Tätigkeiten im Alltag, wenn man z. B. etwas Schweres heben muss oder Beweglichkeit braucht: Beeinträchtigt Sie dabei Ihr Gesundheitszustand stark, ein wenig oder gar nicht?“

Berücksichtigte Antwort zur Definition von Beeinträchtigungen: „Stark“

Frage 4: „Bitte denken Sie einmal an die letzten vier Wochen: Wie oft kam es vor...,

- dass Sie wegen gesundheitlicher Probleme körperlicher Art in Ihrer Arbeit oder Ihren alltäglichen Beschäftigungen in der Art Ihrer Tätigkeit eingeschränkt waren bzw. weniger geschafft haben als Sie eigentlich wollten?
- dass Sie wegen seelischer oder emotionaler Probleme in Ihrer Arbeit oder Ihren alltäglichen Beschäftigungen weniger geschafft haben, als Sie eigentlich wollten bzw. Ihre Arbeit oder Tätigkeit weniger sorgfältig als sonst gemacht haben?
- dass Sie wegen gesundheitlicher oder seelischer Probleme bei sozialen Kontakten, z. B. mit Freunden, Bekannten oder Verwandten eingeschränkt waren?

Berücksichtigte Antworten zur Definition von Beeinträchtigungen:
„immer“, „oft“ bei mindestens einer der Teilfragen von Frage 4.

In den Wellen 2013, 2015 und 2017 sind diese Fragen nicht enthalten. Daher wurde alternativ auf die folgende Frage ausgewichen:

Frage 5: „Sind Sie durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt? Wenn ja: schon länger als halbes Jahr?“

Berücksichtigte Antwort zur Definition von Beeinträchtigungen: „Ja“

Von Beeinträchtigungen wird basierend auf diesen Fragestellungen gesprochen, wenn:

- a) entweder eine amtlich anerkannte Behinderung oder
- b) länger andauernde Krankheiten beziehungsweise chronische Beschwerden vorliegen und zusätzlich mindestens eine starke Beeinträchtigung bei der Ausübung von alltäglichen Aktivitäten gegeben ist.

Teilhabebefragung

Diese Befragung wird vom infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales in den Jahren 2017 bis 2021 durchgeführt (Schröder et al. 2017). In Privathaushalten werden 16.000 Menschen mit Beeinträchtigungen, parallel dazu weitere 5.000 Personen ohne Beeinträchtigung befragt. Ein aufwändiges Stichprobenkonzept, ein umfassendes Screening, eine multimethodische Vorgehensweise und barrierefreie Befragungsmethoden sowie weitere methodische Schritte stellen sicher, dass eine repräsentative Datenbasis geschaffen wird, die fundierte Aussagen über den Stand der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen ermöglicht. Zur Aussagekraft der Daten trägt auch eine Orientierung der Fragen an der International Classification of Functioning and Diseases (ICF) bei.²⁷⁸

Die für erste, beispielhafte Auswertungen im Februar 2020 durch infas an Prognos übergebenen Daten basieren auf 18.348 realisierten Interviews, enthalten also noch nicht die vollständige Anzahl der geplanten 21.000 Interviews.

Gegenwärtig noch nicht abgeschlossen und daher für diesen Bericht nicht verwertbar ist der Teil der Befragung, der sich an Menschen richtet, die in Einrichtungen wohnen sowie an Menschen, die wohnungslos oder schwer erreichbar sind. Auch aus diesem Grund ist die Repräsentativität der in diesem Bericht gezeigten beispielhafte Auswertungen für die Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen nur mit Einschränkungen gegeben.

In der Teilhabebefragung werden Menschen mit Beeinträchtigungen und Menschen mit Behinderungen basierend auf subjektiven Einschätzungen der Befragten, definiert. **Menschen mit Beeinträchtigungen** werden mittels Fragen zu Beeinträchtigungen von Fähigkeiten bestimmt, mit denen die ICF-Konzeption

²⁷⁸ Ausführliche Informationen zur Teilhabebefragung finden sich auf den Seiten des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS 2020).

umgesetzt wird. Die Fragen – die zu mehreren Fähigkeiten in weitgehend gleicher Weise gestellt werden – lauten wie folgt:

„Nun geht es darum, ob Sie mit einer – oder mehreren – dauerhaften Beeinträchtigungen leben. Es geht nur um Beeinträchtigungen, die schon seit sechs Monaten andauern oder wahrscheinlich so lange andauern werden. Haben Sie eine dauerhafte Beeinträchtigung bei (*unterschiedliche Fähigkeiten: Sehen, Hören, Bewegen...*)?

Wird eine dieser Fragen mit „ja“ beantwortet, zählt die antwortende Person zu den „Menschen mit Beeinträchtigungen“.

Menschen mit Behinderung werden anhand von zwei Dimensionen – ebenfalls basierend auf Selbsteinschätzungen der Befragten – definiert.

- Die erste Dimension besteht in dem subjektiv eingeschätzten Grad der Beeinträchtigung. Sie wird mit der folgenden Frage erhoben:

■ „Diese Frage bezieht sich auf die Beeinträchtigung mit der stärksten Alltagsbeeinträchtigung. Wegen dieser Beeinträchtigung möchten wir gerne noch einmal nachfragen. Wie sehr sind Sie dadurch beeinträchtigt?“

Hier kann aus den Antwortvorgaben „wenig beeinträchtigt“, „etwas beeinträchtigt“, „ziemlich beeinträchtigt“ und „stark beeinträchtigt“ gewählt werden.

- Die zweite Dimension besteht in den subjektiv eingeschätzten Einschränkungen bei Aktivitäten im Alltag. Bezogen auf die jeweilige Beeinträchtigung mit der stärksten Alltagsbeeinträchtigung wird folgende Frage gestellt:

■ „Wie sehr schränkt Sie diese Beeinträchtigung bei Ihren Aktivitäten im Alltag ein, auch wenn Sie Hilfsmittel benutzen? (Hinweis: Mit Alltag meinen wir, was Sie an einem ganz normalen Tag machen.) Schränkt Sie das...

1: überhaupt nicht ein; 2: etwas ein; 3: ziemlich ein; 4: stark ein?“

Bestimmte Kombinationen der Selbsteinschätzungen zu diesen beiden Dimensionen werden der Definition von Behinderungen zugrunde gelegt. Diese werden in Tabelle 138 veranschaulicht.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Tabelle 138: Operationalisierung und Gruppeneinteilung

Barrieren in der Umwelt Fähigkeiten		Wie sehr schränkt [Beeinträchtigung] Sie bei Aktivitäten im Alltag ein?			
		überhaupt nicht	etwas	ziemlich	stark
Wie sehr ist [Fähigkeit] beeinträchtigt?	wenig	beeinträchtigt	beeinträchtigt	selbsteingeschätzt behindert	selbsteingeschätzt behindert
	etwas	beeinträchtigt	beeinträchtigt	selbsteingeschätzt behindert	selbsteingeschätzt behindert
	ziemlich	beeinträchtigt	selbsteingeschätzt behindert	selbsteingeschätzt behindert	selbsteingeschätzt behindert
	stark	beeinträchtigt	selbsteingeschätzt behindert	selbsteingeschätzt behindert	selbsteingeschätzt behindert

Quelle: Harand et al. 2020, Darstellung Prognos

Demnach gilt eine Person als **beeinträchtigt**, wenn mindestens eine Beeinträchtigung vorliegt, die Person nach subjektiver Selbsteinschätzung aber keine oder nur geringe Alltagseinschränkungen hat (und sie bei geringen Alltagseinschränkungen nicht ziemlich oder stark beeinträchtigt ist).

Eine Person gilt als **selbsteingeschätzt behindert**, wenn mindestens eine Beeinträchtigung vorliegt und das Alltagshandeln nach der subjektiven Selbsteinschätzung entweder ziemlich oder stark eingeschränkt ist oder eine ziemliche oder starke Beeinträchtigung vorliegt, die nur etwas im Alltag einschränkt.²⁷⁹

Der Teilhabebericht unterscheidet verschiedenste Beeinträchtigungsarten. Im Wesentlichen sind das:

Eine dauerhafte Beeinträchtigung oder Behinderung

- beim Sehen

²⁷⁹ Für weitere, detailliertere Informationen zum Studiendesign und erste Ergebnisse siehe Harand et al. 2020.

- beim Hören
- beim Sprechen
- beim Bewegen
- beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag
- durch schwere seelische oder psychische Probleme
- durch eine Suchterkrankung
- durch eine chronische Erkrankung
- durch Schmerzen
- andere dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigungen

Zusätzlich können Befragte eigene Beeinträchtigungsarten offen angeben.

Gesundheit in Deutschland Aktuell (GEDA)

Die Studie „Gesundheit in Deutschland Aktuell“ (GEDA) wird vom Robert Koch-Institut durchgeführt und enthält detaillierte Angaben zum Gesundheitszustand, gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen und der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems. Die vierte Welle der GEDA-Studie 2014/2015 umfasst rd. 25.000 Personen der deutschsprachigen Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren²⁸⁰, die anhand einer zweistufig geschichteten Cluster-Stichprobe zur freiwilligen Teilnahme ausgewählt wurden. Die Befragung erfolgte online beziehungsweise schriftlich-postalisch.

Zur Messung von **Beeinträchtigungen** wurden in der GEDA folgende Informationen herangezogen:

1. Vorliegen einer amtlich anerkannten Behinderung
 - Die Frage hierzu lautet: „Haben Sie eine Behinderung, die vom Versorgungsamt amtlich anerkannt ist?“
2. Vorliegen einer länger andauernden Beeinträchtigung bei der Ausübung alltäglicher Aktivitäten.

Hierzu wurden mehrere Fragen gestellt:

- „Sind Sie dauerhaft durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?“
- „Wie stark sind Sie bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?“
- „Wie lange dauern Ihre Einschränkungen bereits an?“

²⁸⁰ Für den vorliegenden Bericht wurden die Daten der volljährigen Studienteilnehmenden herangezogen (n≈24.000).

Von Menschen mit Beeinträchtigungen wird hier gesprochen, wenn entweder eine anerkannte Behinderung oder eine starke, seit mindestens sechs Monaten anhaltende Einschränkung bei der Ausübung von alltäglichen Aktivitäten aufgrund von Krankheit vorliegt.

Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Welle 2 (KiGGS)

Die KiGGS-Studie wird vom Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführt und enthält detaillierte Informationen zum Gesundheitszustand, zu gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen, zur Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens sowie zu sozialen Beziehungen von Kindern und Jugendlichen. Die zweite Querschnittswelle wurde 2014 bis 2017 mit rd. 15.000 Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren beziehungsweise deren Eltern durchgeführt. Ein Bestandteil der Umfrage waren schriftliche Befragungen der Eltern zur Gesundheit ihres Kindes (Elternfragebogen). Kinder bis zum Alter von 10 Jahren wurden nicht selbst befragt, sondern ihre Eltern haben stellvertretend für sie einen Fragebogen auch zu Einschätzungsfragen erhalten. Der Elternfragebogen für diese Altersgruppe enthält Fragen, die sich z. B. auf biografische Angaben beziehen oder die Eltern bitten, eine Einschätzung der kindlichen Gesundheit vorzunehmen. Kinder und Jugendliche ab 11 Jahren erhielten einen eigenen Fragebogen (Kinderfragebogen), in dem sie vorwiegend über Verhaltensweisen und Einschätzungen Auskunft geben. Da die im Elternfragebogen vorgenommenen Einschätzungen subjektiv sind, wurden für die 11- bis 17-Jährigen – sofern vorhanden – die selbsteingeschätzten Antworten für die Auswertung herangezogen. Im Text ist ausgewiesen, ob sich die Daten auf den Kinder- oder auf den Elternfragebogen beziehen.

Zur Messung von **Beeinträchtigung** in der KiGGS-Studie wurden folgende Informationen aus den Elternfragebogen herangezogen:

1. Vorliegen einer amtlich anerkannten Behinderung
 - „Hat Ihr Kind eine vom Versorgungsamt amtlich anerkannte Behinderung?“
2. Einschränkung bei Handlungen, die die meisten gleichaltrigen Kinder tun können (alle drei Teilfragen zutreffend)
 - „Ist Ihr Kind in irgendeiner Art und Weise eingeschränkt oder daran gehindert, Dinge zu tun, die die meisten gleichaltrigen Kinder tun können?“
 - „Geschieht dies aufgrund einer Krankheit, Verhaltensstörung oder eines anderen gesundheitlichen Problems?“

- „Dauert dieses Problem bereits 12 Monate an oder ist eine Dauer von mindestens 12 Monaten zu erwarten?“

Von Beeinträchtigung wird auf Basis dieser Informationen gesprochen, wenn entweder eine anerkannte Behinderung oder eine seit mindestens zwölf Monaten anhaltende Einschränkung bei Handlungen, die die meisten gleichaltrigen Kinder tun können, aufgrund von Krankheit, Verhaltensstörung oder eines anderen gesundheitlichen Problems vorliegt.

Nach dieser Definition sind rund 700 Kinder und Jugendliche in der KiGGS-Studie beeinträchtigt. Durch diese begrenzte Fallzahl sind die Möglichkeiten der Auswertungen von weiteren Untergruppen begrenzt. Auch ist die Aussagekraft der Studie insofern eingeschränkt, als dass die individuelle Sichtweise und Erfahrung der Kinder und Jugendlichen zur Messung von Beeinträchtigung nicht berücksichtigt wird. Zudem werden bei der Erfassung der Beeinträchtigung im Fragebogen durch die Eltern subjektive Vergleiche mit anderen Kindern angestellt sowie (wahrgenommene) Verhaltensstörungen mit Krankheiten und anderen gesundheitlichen Problemen gleichgesetzt.

Tabelle 139 gibt einen Überblick über die in diesem Bericht verwendeten Befragungsdaten.

Tabelle 139: Verwendete Befragungsdaten im Überblick

Daten- quelle	Inhalt	Stichprobe	Stand bei Be- richtslegung
Mikrozensus	Daten zu arbeits- und Lebensbedin- gungen	rund 370.000 Haushalte mit 830.000 Personen; Zusatzprogramm „Fragen zur Gesundheit“ (mit De- finition von Beeinträchti- gung) alle vier Jahre	2016, 2017 (je nach Frage- stellung)
SOEP	Daten zu Familie, Erwerbsarbeit, Politik	circa 15.000 Haushalte mit 30.000 Personen; Fragen zur Gesundheit	2016, 2018 (je nach Frage- stellung)
GEDA	Gesundheitsbezo- gene Daten zur volljährigen Be- völkerung	rund 24.000 Erwachsene in Privathaushalten, da- runter rund 4.000 Men- schen mit Beeinträchti- gungen (davon circa	2014/2015

		90 % mit amtlich anerkannter Behinderung)	
KiGGS	Gesundheitsbezogene Daten zu Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren	rund 15.000 Kinder und Jugendlichen in Privathaushalten, darunter rund 700 mit Beeinträchtigungen (davon circa 40 % mit amtlich anerkannter Behinderung)	2014 bis 2017
Teilhabebefragung	Repräsentative Daten zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen	rund 18.000 Personen im Alter von 16-79 Jahren in Privathaushalten, darunter rund 13.000 mit Beeinträchtigungen (vorläufiger Datensatz; Datenstand: 31. Oktober 2019)	2019

12.2 Daten aus Verwaltungsprozessen

Für diesen Teilhabebericht wurden umfangreiche Auswertungen von prozessproduzierten Daten der amtlichen Statistiken durchgeführt. Die Daten werden in der Regel von Behörden in einem regelmäßigen Turnus erhoben, zentral aufbereitet und zur Verfügung gestellt. Sie bieten die Möglichkeit, Lebenslagen der Menschen mit Beeinträchtigungen auf der Grundlage qualitativ hochwertiger Daten zu untersuchen. In der Regel liegen hier Daten zu allen Personen der untersuchten Teilgruppe vor, z. B. zu den Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung (in der Statistik schwerbehinderter Menschen) oder zu Kindern und Jugendlichen in allgemeinen bildenden Schulen (in der Schulstatistik).

Allerdings arbeiten amtliche Statistiken unter der Vorannahme der Datensparsamkeit, sodass nur im gesetzlich festgelegten Rahmen Daten erhoben werden, die für konkrete Verwaltungsvorgänge benötigt werden. Tiefere Analysen der Lebenslage einer Teilgruppe von Menschen mit Beeinträchtigungen sind daher nur begrenzt möglich. Wichtige Datenhalter sind das Statistische Bundesamt und die Bundesagentur für Arbeit. Im Rahmen des Teilhabeberichts werden vor allem folgende Statistiken verwendet:

- *Statistisches Bundesamt*: Statistik der schwerbehinderten Menschen, Sozialhilfestatistik, Kinder- und Jugendhilfestatistik, Pflegestatistik, Schulstatistik und Ausbildungsstatistik

- *Bundesagentur für Arbeit*: Beschäftigten- und Arbeitslosenstatistik, Grundversicherungsstatistik nach SGB II
- *Kulturministerkonferenz*: Statistik der Kulturministerkonferenz (KMK-Statistik) auf der Basis der amtlichen Hochschulstatistik, insbesondere zur sonderpädagogischen Förderung in Schulen und zu den allgemeinbildenden Schulen in Ganztagsform

Weitere wichtige Datenhalter, deren Statistiken für diesen Bericht bedeutsam sind, sind die anderen Rehabilitationsträger (Eingliederungshilfe, Gesetzliche Rentenversicherung, Gesetzliche Krankenkassen, Gesetzliche Unfallversicherung und die öffentliche Jugendhilfe).

12.3 Methodische Erläuterungen: Repräsentativität, Gewichtung und Signifikanz

In amtlichen Statistiken, die auf einer Vollerhebung oder auf Registerdaten beruhen, wird die Gesamtheit der Personen mit bestimmten Merkmalen beziehungsweise in bestimmten Lebenslagen verhältnismäßig zuverlässig abgebildet. Bei Datensätzen, die auf der Befragung einer Stichprobe beruhen, stellt sich hingegen die Frage, wie gut diese Stichprobe die Gesamtbevölkerung abbildet. Die Struktur einer Stichprobe wird durch Gewichtungsfaktoren an die Grundgesamtheit angepasst, damit die Ergebnisse insgesamt repräsentativ für die Gesamtbevölkerung werden. Die dargestellten Ergebnisse beruhen auf gewichteten Berechnungen. Bei der Verwendung von Gewichtungsfaktoren ist zu prüfen, ob auch für einzelne Teilgruppen der Stichprobe durch die Gewichtung eine Anpassung an die Struktur dieser Teilgruppe in der Gesamtbevölkerung gelingt.

Im **Mikrozensus** wird diese Frage so gelöst, dass für die Teilgruppe der Menschen mit anerkannter Behinderung ein spezifischer Gewichtungsfaktor entwickelt wurde, mit dem eine Anpassung vorgenommen wird.

Im **SOEP und den anderen verwendeten Datenquellen** wird eine solche für Menschen mit anerkannter Behinderung unterschiedliche Gewichtung nicht vorgenommen. Trotz der Verwendung von Gewichtungsfaktoren bei fein gegliederten Auswertungen zu Teilgruppen kann das Problem entstehen, dass die Fallzahlen in einzelnen Kategorien zu klein werden, um belastbare Aussagen zu machen. Ergebnisse, die auf zu geringen Fallzahlen (unter 300) basieren, werden daher nicht ausgewiesen.

Zur Signifikanz: Unterschiede werden als „signifikant“ bezeichnet, wenn es höchst unwahrscheinlich ist, dass sie auf Zufall beruhen. In diesem Bericht werden nur statistisch signifikante Ergebnisse (5 % Signifikanzniveau) interpretiert.

Die Stichproben-Auswertungen im vorliegenden Bericht wurden anhand geeigneter statistischer Testverfahren anhand der gewichteten Fallzahlen und nicht anhand hochgerechneter Fallzahlen auf Signifikanz hin überprüft. Da die allermeisten dargestellten Unterschiede in diesem Sinne signifikant sind, wird nur in den Fällen, in denen sie nicht signifikant sind, darauf hingewiesen.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

13 Literatur und Quellen

13.1 Literatur

Aktion Mensch (2017): Faktenblatt. Aktion Mensch-Umfrage zur Barrierefreiheit in deutschen Städten. www.presseportal.de%2Fdownload%2Fdocument%2F367672-faktenblatt-5-mai-barriereindex.pdf&usg=AOvVaw164-aP_26WaHB1g6k35lf7 (online, abgerufen am 17.04.2020).

Aktion Mensch e. V. / Die ZEIT / infas (2019): Schulische Inklusion. Untersuchung zu Einstellungen zu schulischer Inklusion und Wirkungen im Bildungsverlauf (Forschungsbericht). infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH, Bonn.

Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2014): Bildung in Deutschland 2014. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zur Bildung von Menschen mit Behinderungen. W. Bertelsmann Verlag, Bielefeld.

Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2018): Bildung in Deutschland 2018. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Wirkungen und Erträgen von Bildung. wbv Publikation, Bielefeld.

BA (Bundesagentur für Arbeit) (2010): Fachkonzept für Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich in Werkstätten für behinderte Menschen.

BA (Bundesagentur für Arbeit) (2019): Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderung (Jahreszahlen). Deutschland 2018. Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg.

BA (Bundesagentur für Arbeit) (2020a): Nachwuchskräfte sichern – mit der assistierten Ausbildung. <https://www.arbeitsagentur.de/unternehmen/ausbildungsbetriebe/assistierte-ausbildung-arbeitgeber> (online, abgerufen am 28.05.2020).

BA (Bundesagentur für Arbeit) (2020b): So schaffst Du deine Ausbildung. <https://www.arbeitsagentur.de/bildung/ausbildung/ausbildungsbegleitende-hilfen> (online, abgerufen am 28.05.2020).

- BA (Bundesagentur für Arbeit) (2020c): Übersicht der Ausbildungsberufe für Menschen mit Behinderungen (Stand: Januar 2020). <https://planet-beruf.de/schuelerinnen/mein-beruf/berufe-von-a-z/uebersicht-der-ausbildungsberufe-fuer-menschen-mit-behinderungen/> (online, abgerufen am 15.04.2020).
- BAFzA (Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben) (2015): Jahresbericht des Hilfetelefons Gewalt gegen Frauen 2014. BAFzA, Köln.
- BAFzA (Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben) (2016): Jahresbericht des Hilfetelefons Gewalt gegen Frauen 2015. BAFzA, Köln.
- BAFzA (Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben) (2017): Jahresbericht des Hilfetelefons Gewalt gegen Frauen 2016. BAFzA, Köln.
- BAFzA (Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben) (2018): Fünf Jahre Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen. Jahresbericht 2017. BAFzA, Köln.
- BAFzA (Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben) (2019): Jahresbericht des Hilfetelefons Gewalt gegen Frauen 2018. BAFzA, Köln.
- BAG BBW (Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke) (2020): Website der BAG BBW. <https://www.bagbbw.de/> (online, abgerufen am 17.04.2020).
- BAG FE (Bundesarbeitsgemeinschaft Familienerholung) (2020): Urlaub mit der Familie. Familienerholung für Menschen mit Handicap, Pflegebedürftige und Angehörige mit Pflegeverantwortung. 2021/22 (Broschüre). https://www.bag-familienerholung.de/wp-content/uploads/2020/11/broschuere_umdf_handicap_pflege_2020.pdf (online, abgerufen am 07.01.2021).
- BAG Selbsthilfe (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V.) (2020): Infos zur Mitgliedschaft. <https://www.bag-selbsthilfe.de/bag-selbsthilfe/mitgliedsorganisationen/infos-zur-mitgliedschaft/> (online, abgerufen am 19.03.20).
- bagfa (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen e. V.) (2017): Teilhabe möglich machen. Freiwilligenagenturen und Inklusion. Ein Leitfaden für die Praxis. Bagfa, Berlin.

- BAG WfbM (Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V.) (2018a): Zahlen und Fakten über die BAG WfbM (Stand: 02.11.2018). <https://www.bagwfbm.de/page/24> (online, abgerufen: 16.04.2020).
- BAG WfbM (Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V.) (2018b): Werkstatt im Wandel. Die Position des Vorstandes der BAG WfbM. BAG WfbM, Frankfurt am Main.
- BAG WfbM (Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V.) (2019): Menschen in Werkstätten. <https://www.bagwfbm.de/page/25> (online, abgerufen am 30.09.2019).
- BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V.) (2019a): Förderung der Selbsthilfe gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX. Gemeinsame Empfehlung. Juli 2019. BAR, Frankfurt am Main.
- BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V.) (2019b): 1. Teilhabeverfahrensbericht 2019. BAR, Frankfurt am Main.
- BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V.) (2019c): Reha-Info zur Zeitschrift Die Rehabilitation, 55. Jahrgang, Heft 1, Februar 2016. <https://www.bar-frankfurt.de/service/reha-info-und-newsletter/reha-info-archiv/reha-info-2016/reha-info-012016.html> (online, abgerufen am 03.04.2020).
- BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V.) (2019d): Reha-Info zur Zeitschrift Die Rehabilitation, 56. Jahrgang, Heft 1, Februar 2017. https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_reha-info_pdfs/archiv/2017/08_BAR_Reha_Info_1-2017.pdf (online, abgerufen am 03.04.2020).
- BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V.) (2019e): Reha-Info zur Zeitschrift Die Rehabilitation, 57. Jahrgang, Heft 1, Februar 2018. https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_reha-info_pdfs/reha_info_2018/01-18_BAR_Online-PDF.pdf (online, abgerufen am 03.04.2020).
- BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V.) (2019f): Reha-Info zur Zeitschrift Die Rehabilitation. 58. Jahrgang, Heft 1, Februar 2019. https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_reha-info_pdfs/reha_info_2019/Reha-Info_2019_01.pdf (online, abgerufen am 03.04.2020).

BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V.) (2020): Reha-Info zur Zeitschrift Die Rehabilitation. 59. Jahrgang, Heft 1, Februar 2020. https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_reha-info_pdfs/reha_info_2020/reha-1-20-umbruch-k4__3_.pdf (online, abgerufen am 02.11.2020).

BARMER (2014): Heil- und Hilfsmittelreport 2014. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse (Band 28). Berlin.

BARMER (2017): Heil- und Hilfsmittelreport. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse (Band 6). BARMER, Berlin.

BARMER (2019): Heil- und Hilfsmittelreport 2019. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse (Band 19). BARMER, Berlin.

Bauer, Jana / Bäuerlen, Jana (2016): Die „inklusive Hochschule“ und der Übergang ins Arbeitsleben. Denkanstöße und Hilfestellungen für die Arbeit von Career Services. In: Career Service Papers 14/16, S. 44 – 58.

Bauer, Jana / Groth, Susanne / Niehaus, Mathilde (2017): Promovieren mit Behinderung. Rahmenbedingungen an deutschen Hochschulen im Fokus. In: RP Reha 1/2017, S. 35 – 42.

BBSR (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung) (2014): Potenzialanalyse altersgerechte Wohnungsanpassung. BBSR, Bonn.

Beck, Iris / Greving, Heinrich (Hrsg.) (2012): Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik. Lebenslage und Lebensbewältigung (Band 5). Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart

Beck, Iris (Hrsg.) (2016): Inklusion im Gemeinwesen. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart.

Behindertenbeauftragter (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen) (2020): Der Beauftragte. https://www.behindertenbeauftragter.de/DE/DerBeauftragte/DieAufgabe/Aufgabe_node.html (online, abgerufen am 19.03.2020).

Bellenberg, Gabriele / Forell, Matthias (Hrsg.) (2013): Bildungsübergänge gestalten. Ein Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis. Waxmann Verlag, Münster.

- Bielefeldt, Heiner (2009): Zum Innovationspotenzial der UN-Behindertenrechtskonvention. DIMR, Berlin.
- BIH (Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen) (2018): Die Arbeit der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen. Jahresbericht 2017/2018. BIH, Köln.
- BIH (Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen) (2019): BIH Jahresbericht 2018/2019. Die Arbeit der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen. BIH, Köln.
- Birkel, Christoph / Church, Daniel / Hummelseim-Doss, Dina / Leitgöb-Guzy, Nathalie / Oberwittler, Dietrich (2018): Der Deutsche Viktimisierungssurvey. Opfererfahrungen, kriminalitätsbezogene Einstellungen sowie die Wahrnehmung von Unsicherheit und Kriminalität in Deutschland. Bundeskriminalamt, Wiesbaden.
- blaueQuelle GmbH (2020): Übersicht der VStättVO der Länder auf der Website „versammlungsstaette.de“. <https://www.versammlungsstaette.de/versammlungsstaettenverordnungen/> (online, abgerufen am 09.04.2020).
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2013a): Erster Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. BMAS, Berlin.
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2013b): Lebenslagen in Deutschland. Der Vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. BMAS, Berlin.
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2013c): Lebenssituation und Belastung von Männern mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland. Haushaltsbefragung. Abschlussbericht. BMAS, Berlin.
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2014a): Beantwortung der Fragen aus der „List of Issues“ im Zusammenhang mit der ersten deutschen Staatenprüfung. BMAS, Berlin.
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2014b): Leichte Sprache. Ein Ratgeber. BMAS, Bonn.
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2016a): Menschen mit Behinderungen. BMAS fördert Interessenvertretung“.

<https://www.bmas.de/DE/Presse/Meldungen/2016/foerderrichtlinie-partizipation.html> (online, abgerufen am 23.03.2020).

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2016b): Richtlinie für die Förderung der Partizipation von Menschen mit Behinderungen und ihrer Verbände an der Gestaltung öffentlicher Angelegenheiten.

https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/richtlinie-partizipationsfoerderung.pdf?__blob=publication-File&v=2 (online, abgerufen am 23.03.2020).

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2016c): Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Nationaler Aktionsplan 2.0 der Bundesregierung zur UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). BMAS, Berlin.

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2016d): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. BMAS, Bonn.

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2016e): Nationaler Aktionsplan 2.0 der Bundesregierung zur UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). BMAS, Berlin.

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2017): Lebenslagen in Deutschland. Der Fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. BMAS, Berlin.

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2018a): Häufige Fragen zum BTHG (Stand: 25. Oktober 2018). <https://www.bmas.de/Shared-Docs/Downloads/DE/PDF-Schwerpunkte/faq-bthg.html> (online, abgerufen am 30.09.2019).

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2018b): Ratgeber für Menschen mit Behinderungen. Ausgabe März 2018. BMAS, Bonn.

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2019a): Informationen zur sozialen Wohnraumförderung auf der BMAS-Website „Einfach teilhaben“ (Stand: 20.05.2019). https://www.einfach-teilhaben.de/DE/AS/Themen/Wohnen/BauenUmbauen/SozialeWohnraumfoerderung/sozialewohnraumfoerderung_node.html (online, abgerufen am 25.11.2019).

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2019b): Vollständige Liste der behinderungsbedingten Nachteilsausgleiche auf der BMAS-Website „Einfach teilhaben“ (Stand: 20.05.2019), online verfügbar unter:

https://www.einfach-teilhaben.de/DE/AS/Themen/Schwerbehinderung/Nachteilsausgleich/nachteilsausgleich_node.html (online, abgerufen: 20.11.2019).

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2019c): Zweiter und dritter Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Thema-Internationales/staatenbericht-un-behindertenrechtskonvention.pdf?__blob=publication-File&v=1 (online, abgerufen am 29.3.2020).

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2020): Häufig gestellte Fragen zum Sozialen Entschädigungsrecht. <https://www.bmas.de/DE/Themen/Soziale-Sicherung/Soziale-Entschaedigung/Fragen-und-Antworten/faq-ser.html> (online, abgerufen am 22.07.2020).

BMASGK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz Österreich) (2019): Erfahrungen und Prävention von Gewalt an Menschen mit Behinderungen. BMASGK, Wien.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2005): Zwölfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. BMFSFJ, Berlin.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2009): Lebenslagen behinderter Frauen in Deutschland. Auswertung des Mikrozensus 2005 (Langfassung). BMFSFJ, Berlin.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2012a): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Kurzfassung. Publikationsversand der Bundesregierung, Berlin.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2012b): Zeit für Familie. Familienzeitpolitik als Chance einer nachhaltigen Familienpolitik. Achter Familienbericht. BMFSFJ, Berlin.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2017a): Familienreport 2017. Leistungen, Wirkungen, Trends. BMFSFJ, Berlin.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2017b):
Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey
2014. BMFSFJ, Berlin.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2018):
Frauen vor Gewalt schützen. Gewalt gegen Frauen mit Behinderungen.
<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/gleichstellung/frauen-vor-gewalt-schuetzen/frauen-mit-behinderungen-schuetzen> (online, abgerufen am 20.03.2020).

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2019):
Frauen mit Behinderungen schützen. Bundesnetzwerk für Frauen-Beauftragte gegründet. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/bundesnetzwerk-fuer-frauen-beauftragte-gegruendet/138056> (online, abgerufen am 20.03.2020).

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2020a):
Familien heute. Daten. Fakten. Trends. Familienreport 2020. BMFSFJ, Berlin.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2020b):
Freiwilligendienste. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/engagement-und-gesellschaft/freiwilligendienste> (online, abgerufen am 18.03.2020).

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2021a):
Pausentaste. Wer anderen hilft, braucht manchmal selber Hilfe.
<https://www.pausentaste.de/> (online, abgerufen am 25.01.2021).

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2021b):
Wege zur Pflege. Arbeitsgruppen. <https://www.wege-zur-pflege.de/beirat/arbeitsgruppen> (online, abgerufen am 25.01.2021).

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2021c):
Programm. <https://www.wegweiser-demenz.de/gemeinsam-aktiv/lokale-allianzen/programm.html> (online, zuletzt abgerufen am 13.01.2021).

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) / BMG
(Bundesministerium für Gesundheit) (2020): Nationale Demenzstrategie.
https://www.nationale-demenzstrategie.de/fileadmin/nds/pdf/2020-07-01_Nationale_Demenzsstrategie.pdf (online, zuletzt abgerufen am 13.01.2021; bestellbar unter: <https://www.nationale-demenzstrategie.de/publikationen>).

- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2018): Krankengeld. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankengeld.html#c7367> (online, abgerufen am 31.03.2020).
- BMI (Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat) (2019): Artikel zur sozialen Wohnraumförderung. <https://www.bmi.bund.de/DE/themen/bauen-wohnen/stadt-wohnen/wohnraumfoerderung/soziale-wohnraumfoerderung/soziale-wohnraumfoerderung-node.html> (online, abgerufen am 25.11.2019).
- BMJV (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz) (2016): Mehr Verhältnismäßigkeit bei der Unterbringung psychisch kranker Straftäter (Pressemitteilung vom 29. April 2016). https://www.bmjv.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2016/04292016_Novellierung_des_Rechts_der_Unterbringung.html (online, angerufen am 02.02.2020).
- BMJV (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz) (2019): Abschluss des Diskussionsprozesses „Selbstbestimmung und Qualität im Betreuungsrecht“. https://www.bmjv.de/SharedDocs/Artikel/DE/2019/112819_Betreuungsrecht.html (online, angerufen am 13.02.2020).
- BMJV (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz) (2020): Aktuelle Gesetzgebungsverfahren. Gesetz zur Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts (online, abgerufen am 25.01.2021). BMJV (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz) (2021): Hilfe-Info für Betroffene von Straftaten. https://www.hilfe-info.de/WebS/hilfeinfo/DE/Home/home_node.html (online, abgerufen am 26.01.2021).
- BMVI (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur) (2019): Gut angebunden mit Bus und Bahn. Öffentlicher Personennahverkehr (ÖPNV) (Pressemitteilung vom 22.08.2019). <https://www.bmvi.de/DE/Themen/Mobilitaet/OEPNV/Oeffentlicher-Personenverkehr-Kompakt/oeffentlicher-personenverkehr-kompakt.html> (online, abgerufen am 14.04.2020).
- BMWi (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie) (2021): Dialogprozess Nationale Tourismusstrategie. <https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Dossier/tourismusstrategie.html> (online, abgerufen am 25.01.2021).

Boban, Ines / Hinz, Andreas (Hrsg.) (2003): Index für Inklusion. Lernen und Teilhabe in der Schule der Vielfalt entwickeln. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale).

bpb (Bundeszentrale für politische Bildung (2020): Einfach Politik. Bundestagswahlen. <https://www.bpb.de/politik/grundfragen/politik-einfach-fuer-alle/246949/bundestagswahlen> (online, abgerufen am 20.02.20).

Bretschneider, Julia / Kuhnert, Ronny / Hapke, Ulfert (2017): Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_03_2017_Praevalenz_Depressive_Symptomatik.pdf?__blob=publicationFile (online, abgerufen am 31.03.2020).

Brieger, Peter / Kling Lourenco, Paulo / Steiner, Tilman / Längle, Gerhard / Lemke, Ulrike / Herpertz, Sabine / Croissant, Daniela / Becker, Thomas / Kilian, Reinhold (2014): Psychiatrische Unterbringungspraxis. Ein Vergleich von fünf Kliniken in drei Bundesländern. In: Der Nervenarzt, Nr. 5/2014, S. 606 - 613.

BRK-Allianz (Allianz der deutschen Nichtregierungsorganisationen zur UN-Behindertenrechtskonvention) (2013): Für Selbstbestimmung, gleiche Rechte, Barrierefreiheit, Inklusion. Erster Bericht der Zivilgesellschaft zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland. BRK-Allianz, Berlin.

BRK-Allianz (Allianz der deutschen Nichtregierungsorganisationen zur UN-Behindertenrechtskonvention) (2015): Antwort der BRK-Allianz zur List of Issues (CRPD/C/DEU/Q/1) in Bezug zum Staatenbericht Deutschlands. <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/monitoring-stelle-un-brk/staatenpruefung-2018-2021/archiv-zur-1-staatenpruefung/dokumente-zum-1-staatenpruefverfahren-2011-2015/> (online, abgerufen am 20.02.2020).

BsaB (Bundesverband staatlich anerkannter Blindenwerkstätten e.V.) (2019): Über den BsaB e.V. <https://www.bsab-ev.de/bsab-ev/> (online, abgerufen am 30.09.2019).

Bundesgesetzblatt (2018): Gesetz zur Umsetzung der Marrakesch-Richtlinie über einen verbesserten Zugang zu urheberrechtlich geschützten Werken zu-

gunsten von Menschen mit einer Seh- oder Lesebehinderung vom 28. November 2018 (Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2018 Teil I Nr. 40, S. 2014 - 2015). Bundesanzeiger Verlag, Bonn.

Bundesnetzagentur (2018): Marktuntersuchung. Eisenbahnen 2018. Bundesnetzagentur, Bonn.

Bundesnotarkammer Zentrales Vorsorgeregister (2020): Jahresbericht und Statistik. <https://www.vorsorgeregister.de/footer/jahresbericht-und-statistik/> (online, abgerufen am 09.01.2020).

Bündnis 90/Die Grünen (2020): BAG Behindertenpolitik. <https://gruene-behindertenpolitik.de/startseite/> (online, abgerufen am 13.02.2020).

CDU NRW (Christlich Demokratische Union Nordrhein-Westfalen) (2020): Netzwerke. <https://www.cdu-nrw.de/netzwerke> (online, abgerufen am 13.02.2020).

con_sens (2017): Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2017. BAGüS, Münster.

CRPD (Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen) (2015): Abschließende Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschlands, dreizehnte Tagung, 25. März - 17. April 2015, Version vom 13. Mai 2015. https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/UN-Dokumente/CRPD_Abschliessende_Bemerkungen_ueber_den_ersten_Staatenbericht_Deutschlands_ENTWURF.pdf (online, abgerufen am 27.02.2020).

CRPD (Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen) (2018): Fragenliste im Vorfeld der Vorlage des kombinierten zweiten und dritten periodischen Berichts durch Deutschland. Version vom 21.09.2018. https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/GEM/DE/AS/UN_BRK/Staatenpruefung/Zweite_Staatenpruefung/List_of_Issues.pdf?__blob=publication-File&v=2 (online, abgerufen am 27.02.2020).

csnd (Career Service Netzwerk Deutschland e.V.) (2015): Ausgangslage der Career Services in Deutschland 2014. Bericht zur Umfrage des Career Service Netzwerk Deutschland e. V. csnd, Berlin.

csnd (Career Service Netzwerk Deutschland e.V.) (2018): Ausgangslage der Career Services in Deutschland 2017. Bericht zur Umfrage des Career Service Netzwerk Deutschland e. V. csnd, Berlin.

- DB AG (Deutsche Bahn AG) (2019): Reisen für alle. Bahn fahren ohne Barrieren (Stand: April 2019). https://www.bahn.de/p/view/mdb/bahnintern/services/mobilitaet_service/barrierefrei_-_neu/mdb_272199_broschuere_reisen_fuer_alle_05_2018.pdf (online, abgerufen am 23.03.2020).
- DB AG (Deutsche Bahn AG) (2020): Der neue Fernverkehrszug „ECx“. https://www.deutschebahn.com/de/presse/suche_Medienpakete/medienpaket_ECx-3932956 (online, abgerufen am 02.04.2020).
- DB Fernverkehr AG (Deutsche Bahn Fernverkehr AG) (2019): Geschäftsbericht 2018. DB Fernverkehr AG, Frankfurt am Main.
- DBR (Deutscher Behindertenrat) (2013): Statut des Deutschen Behindertenrats (geänderte Fassung vom 03.12.2013). <https://www.deutscher-behindertenrat.de/ID25199> (online, abgerufen am 19.03.2020).
- DBR (Deutscher Behindertenrat) (2020): Wir über uns. <https://www.deutscher-behindertenrat.de/ID25034> (online, abgerufen am 19.03.2020).
- DBR (Deutscher Behindertenrat) / BAGFW (Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege) / Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung / LIGA Selbstvertretung (2018a): Update zur 2. Staatenprüfung vor dem UN-Fachausschuss zur UN-Behindertenrechtskonvention. Juni 2018. <https://www.vdk.de/deutscher-behindertenrat/mime/00108026D1529564998.pdf> (online, abgerufen am 27.03.2020).
- DBR (Deutscher Behindertenrat) / BAGFW (Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege) / Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung / LIGA Selbstvertretung (2018b): Vorschläge für Fragen des Fachausschusses zur UN-Behindertenrechtskonvention im Rahmen der 2. Staatenprüfung Deutschlands. <https://www.vdk.de/deutscher-behindertenrat/mime/00108028D1540289341.pdf> (online, abgerufen am 31.03.2020).
- DBS (Deutscher Behindertensportverband e. V.) (2019a): Kreisdiagramm Altersgruppen 2018. <https://www.dbs-npc.de/dbs-downloads.html?file=files/dateien/dbs/verwaltung/statistiken/7.%20Kreisdiagramm%20Altersgruppen%202018.pdf> (online, abgerufen am 01.04.2020).
- DBS (Deutscher Behindertensportverband e. V.) (2019b): Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention im und durch Sport. Positionierung des Deutschen Behindertensportverbands (DBS) e.V. https://www.dbs-npc.de/files/dateien/sportentwicklung/inklusion/Positionspapier%20UNBRK_beschlossen.pdf (online, abgerufen am 01.04.2020).

DBS (Deutscher Behindertensportverband e. V.) (2020): Mitgliederzahlen DBSJ seit 2001. <https://www.dbs-npc.de/dbs-downloads.html?file=files/dateien/dbs/verwaltung/statistiken/6.%20Mitgliederzahlen%20DBSJ%20seit%202001.pdf> (online, abgerufen am 01.04.2020).

DBSV (Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e.V.) (2018): Stellungnahme des Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverbandes (DBSV) zum Entwurf eines Gesetzes zur Umsetzung der Marrakesch-Richtlinie über einen verbesserten Zugang zu urheberrechtlich geschützten Werken zugunsten von Menschen mit einer Seh- oder Lesebehinderung (Bundesratsdrucksache 258/18). https://www.bundestag.de/resource/blob/571844/e4b3355d60605c8988a8496246fb6922/moeller_dbsv-data.pdf (online, abgerufen am 25.03.2020).

DBSV (Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V.) (2019): Stellungnahme des Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverbandes e. V. zur Novellierung des Filmförderungsgesetzes (FFG). <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/973862/1612538/e0bdab758fe0224d2a79be6054b6287f/2019-05-17-ffg-dbsv-deutscher-blinden-und-sehbehindertenverband-stellungnahme-data.pdf?download=1> (online, abgerufen am 02.04.2020).

Deinert, Horst (2013): Betreuungszahlen 2012. In: *Betreuungsrechtliche Praxis (BtPrax)* Nr.6/2013, S. 242 – 244.

Deinert, Horst (2015a): Betreuungszahlen 2012-2013. Amtliche Erhebungen des Bundesamtes für Justiz, der Sozialministerien der Bundesländer, der überörtlichen Betreuungs-behörden, der Bundesnotarkammer sowie des Statistischen Bundesamtes. https://www.reguvis.de/fileadmin/BT-Prax/downloads/Statistik_Betreuungszahlen/Grafische_Darstellungen_der_Betreuungszahlen_2014.pdf (online, abgerufen am 08.01.2020).

Deinert, Horst (2015b): Betreuungszahlen 2013-2014. Amtliche Erhebungen des Bundesamtes für Justiz, der Sozialministerien der Bundesländer, der überörtlichen Betreuungsbehörden, der Bundesnotarkammer sowie des Statistischen Bundesamtes. https://www.reguvis.de/fileadmin/BT-Prax/downloads/Statistik_Betreuungszahlen/Grafische_Darstellungen_der_Betreuungszahlen_2014.pdf (online, abgerufen am 08.01.2020).

Deinert, Horst (2016): Betreuungszahlen 2015. In: *Betreuungsrechtliche Praxis (BtPrax)* Nr. 6/2016, S. 218 – 220.

Deinert, Horst (2017): Betreuungszahlen 2015. Amtliche Erhebungen des Bundesamtes für Justiz, der Sozialministerien der Bundesländer, der überörtlichen Betreuungsbehörden, der Bundesnotarkammer sowie des Statistischen Bundesamtes. https://www.reguvis.de/fileadmin/BT-Prax/downloads/Statistik_Betreuungszahlen/2015/Betreuungsstatistik_2015.pdf (online, abgerufen am 08.01.2020).

Deinert, Horst (2018): Betreuungszahlen 2016. Leider verspätet und unvollständig. In: *Betreuungsrechtliche Praxis (BtPrax)* Nr.1/2018, S. 14 – 16.

Der Beitragsservice (2019): Informationen zur Befreiung von Menschen mit Behinderungen von der Rundfunkbeitragspflicht und zur Ermäßigung des Rundfunkbeitrags von ARD, ZDF und Deutschlandradio. https://www.rundfunkbeitrag.de/buergerinnen_und_buerger/informationen/menschen_mit_behinderung/index_ger.html (online, abgerufen: 20.11.2019).

Der Bundeswahlleiter 2017: Siehe Informationen auf der Webseite von Der Bundeswahlleiter: <https://www.bundeswahlleiter.de/bundestagswahlen/2017/informationen-waehler/barrierefreies-waehlen.html> (online, abgerufen am 20.02.20).

Der Paritätische (2018): Nachteilsausgleich in der beruflichen Ausbildung. Was für wen, wann und wie? (Dokumentation einer Denkwerkstatt am 12. April 2018 in Berlin). https://www.jugendsozialarbeit-paritaet.de/fileadmin/user_upload/Nachteilsausgleich_berufliche_Ausbildung_Dokumentation_Denkwerkstatt_final.pdf (online, abgerufen am 29.05.2020).

Deutscher Bundestag (2017a): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Corinna Rüffer, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Die Ausübung von Zwang in psychiatrischen Einrichtungen (Drucksache 18/11259). <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/116/1811619.pdf> (online, abgerufen am 26.02.2020).

Deutscher Bundestag (2017b): Bericht nach § 66 des Personenbeförderungsgesetzes. Unterrichtung durch die Bundesregierung (Drucksache 18/11160). <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/111/1811160.pdf> (online, abgerufen am 25.03.2020).

Deutscher Bundestag (2018a): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Daniel Föst, Katja Suding, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP. KfW-Förderprogramm 455.

Investitionszuschuss „Altersgerecht Umbauen“ sowie „Kriminalprävention durch Einbruchsicherung“ (Drucksache 19/2590). <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/025/1902590.pdf> (online, abgerufen am 24.03.2020).

Deutscher Bundestag (2018b): Unterrichtung durch die Bundesregierung. Zwischenbericht zum Nationalen Aktionsplan zur UN-Behindertenrechtskonvention. Drucksache 19/5260. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/052/1905260.pdf> (online, abgerufen am 26.02.2020).

Deutscher Bundestag (2019a): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Jens Beeck, Michael Theurer, Johannes Vogel (Olpe), weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP. Barrierefreiheit in ÖPNV, Bussen und Schienenverkehr (Drucksache 19/7298). <https://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/078/1907815.pdf> (online, abgerufen am 20.03.2020.)

Deutscher Bundestag (2019b): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Andreas Wagner, Dr. Gesine Löttsch, Lorenz Gösta Beutin, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Freifahrtberechtigung für Menschen mit Schwerbehinderung im Regional- und Fernverkehr (Drucksache 19/12394). <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/128/1912895.pdf> (online, abgerufen am 20.03.2020).

Deutscher Bundestag (2019c): Gesetzesentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Entlastung unterhaltsverpflichtender Angehöriger in der Sozialhilfe und in der Eingliederungshilfe (Angehörigen-Entlastungsgesetz) (Drucksache 19/13399). <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/133/1913399.pdf> (online, abgerufen am 27.07.2020).

Deutsches Studentenwerk (2012): Beeinträchtigt studieren. Datenerhebung zur Situation Studierender mit Behinderung und chronischer Krankheit 2011. Deutsches Studentenwerk, Berlin.

Deutsches Studentenwerk (2018): Beeinträchtigt studieren. Datenerhebung zur Situation Studierender mit Behinderung und chronischer Krankheit 2016/17. Deutsches Studentenwerk, Berlin.

Deutsches Studentenwerk (2020): Übersicht der aktuellen Regelungen bzgl. der Behinderten-Beauftragten in Hochschulen auf Bundesländerebene. <https://www.studentenwerke.de/de/content/behindertenbeauftragte-hochschulrechtliche-regelungen-der-bundeslaender> (online, abgerufen am 25.03.2020).

DGfPI (Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmiss-handlung und -vernachlässigung e. V.) (2020): BeSt - Beraten & Stärken. <https://www.dgfpi.de/kinderschutz/best-beraten-staerken.html> (online, abgerufen am 19.02.2020).

DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosoma-tik und Nervenheilkunde) (2018): Psychische Erkrankungen in Deutschland. Schwerpunkt Versorgung. DGPPN, Berlin.

Die Linke (2020.): Die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbstbestimmte Behinderten-politik. <https://www.bag-selbstbestimmte-behindertenpolitik.de/behinder-tenpolitik/> (online, abgerufen am 13.02.2020).

Die Welt (2015): Zahl der förderbedürftigen Kinder an Schulen steigt (Pressearti-kel vom 03.09.2015). <https://www.welt.de/politik/deutschland/ar-ticle145982574/Zahl-der-foerderbeduerftigen-Kinder-an-Schulen-steigt.html> (online, abgerufen am 25.03.2020).

DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. DIMDI, Köln.

DIMR (Deutsches Institut für Menschenrechte) (2014): Eingabe der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention an den UN-Fachausschuss der Vereinten Nationen für die Rechte von Menschen mit Behinderungen anläss-lich der Vorbereitung einer Frageliste im Prüfverfahren des ersten deutschen Staatenberichts im Jahr 2015. DIMR, Berlin.

DIMR (Deutsches Institut für Menschenrechte) (2015): Parallelbericht an den UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen anläss-lich der Prüfung des ersten Staatenberichts Deutschlands gemäß Artikel 35 der UN-Behindertenrechtskonvention. https://www.institut-fuer-menschen-rechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Sonstiges/Parallelbe-richt_an_den_UN-Fachausschuss_fuer_die_Rechte_von_Menschen_mit_Be-hinderungen_Maerz_2015.pdf (online, abgerufen am 20.02.2020).

DIMR (Deutsches Institut für Menschenrechte) (2018): Draft statement. For con-sultation 20th Session of the Committee on the Rights of Persons with Disa-bilities. https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_up-load/PDF-Dateien/Stellungnahmen/2018_CRPD_Briefing_Statement_bf.pdf (online, abgerufen am 20.02.2020).

- DJH (Deutsches Jugendherbergswerk) (2020): Alle barrierefreien Jugendherbergen. <https://www.jugendherberge.de/inspiration/alle-barrierefreien-haeuser/> (online, abgerufen am 03.06.2020).
- DVfR (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V.) (2006): Für eine optimierte Versorgung mit Hilfsmitteln. Eine Expertise der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation zu aktuellen Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln. https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/DVfR-Hilfsmittel-Expertise_061017.pdf (online, abgerufen am 15.03.2020).
- DVGP (Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.) (2016): Neue Wege zur Inklusion. Erfahrungen aus drei Jahren PIELAV und Perspektiven auf innovative Behandlungskonzepte der Gemeindepsychiatrie. DVGP, Köln.
- EDAD (EDAD Design für Alle – Deutschland e. V.) (2020): Webseite des Vereins. <http://www.design-fuer-alle.de/design-fuer-alle/> (online, abgerufen am 26.01.20).
- Engelbert, Angelika (2012): Familie. In: Beck, Iris / Greving, Heinrich (Hrsg.): Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik. Lebenslage und Lebensbewältigung (Band 5). Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, S. 96 – 104.
- Engels, Dietrich (2008): Lebenslagen. In: Maelicke, Bernd (Hrsg.): Lexikon der Sozialwirtschaft. Nomos Verlag, Baden-Baden, S. 643 – 646.
- Engels, Dietrich (2016): Chancen und Risiken der Digitalisierung der Arbeitswelt für die Beschäftigung von Menschen von Behinderung. Kurzexpertise im Rahmen des Dialogprozesses „Arbeiten 4.0“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS Forschungsbericht 467). ISG, Köln.
- Forsa (2017): Inklusion an Schulen aus Sicht der Lehrkräfte in Deutschland – Meinungen, Einstellungen und Erfahrungen. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. https://www.vbe.de/fileadmin/user_upload/VBE/Service/Meinungsumfragen/2017_05_10_Inklusion_an_Schulen_Auswertung.pdf (online, abgerufen am 05.02.2020).
- Franz, Daniel / Beck, Iris (2015): Evaluation des Ambulantisierungsprogramms in Hamburg. AGFW Hamburg e. V., Hamburg.
- Franz, Daniel / Beck, Iris (2017): Chancen und Grenzen der „Ambulantisierung“. Ergebnisse einer empirischen Studie. In: Wansing, Gudrun / Windisch,

Matthias (Hrsg.): Selbstbestimmte Lebensführung und Teilhabe. Behinderung und Unterstützung im Gemeinwesen. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, S. 140 – 152.

GKV-Spitzenverband (2019): Leitfaden zur Selbsthilfeförderung. Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20h SGB V vom 10. März 2000 in der Fassung vom 11. Juli 2019. In Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene sowie unter beratender Beteiligung der Vertretungen der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen. GKV-Spitzenverband, Berlin.

GKV-Spitzenverband (2020a) GKV-Kennzahlen. https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp (online, abgerufen am 28.01.2020).

GKV-Spitzenverband (2020b): Produktgruppenverzeichnis des Hilfsmittelverzeichnisses des GKV-Spitzenverbandes. https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/hmvAnzeigen_input.action (online, abgerufen am 28.01.2020).

Greb, Ulrike (2012): Gesundheit und Krankheit. In: Beck, Iris / Greving, Heinrich (Hrsg.): Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik. Lebenslage und Lebensbewältigung (Band 5). Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, S. 272 – 276.

Grotlüschen, Anke / Buddeberg, Klaus / Dutz, Gregor / Heilmann, Lianne / Stammer, Christopher (2019): LEO 2018. Leben mit geringer Literalität (Pressebroschüre). https://www.bmbf.de/files/2019-05-07%20leo-Presseheft_2019-Vers10.pdf (online, abgerufen am 14.03.2020).

Hackmann, Tobias / Lehmann, Klaudia / Hoch, Markus / Knittel, Tillmann / Schmutz, Sabrina / Schüssler / Reinhard (2014): Evaluation des KfW-Programms Altersgerecht Umbauen (Endbericht im Auftrag der KfW-Bankengruppe). Prognos AG, Basel.

Harand, Julia / Steinwede, Jacob / Schröder, Helmut / Thiele, Nils (2020): Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Vierter Zwischenbericht (bisher unveröffentlicht).

Henchoz, Karine / Cavalli, Stefano / Girardin, Miriam (2008): Health perception and health status in advanced old age. A paradox of association. In: Journal of Aging Studies, Jg. 22, Nr. 3, S. 282 – 290.

Hirschberg, Marianne (2010): Partizipation. Ein Querschnittsanliegen der UN-Behindertenrechtskonvention (Positionen Nr. 3). DIMR, Berlin.

Hoenes, Josch / Januschke, Eugen / Klöppel, Ulrike (2019): Häufigkeit normangleichender Operationen „uneindeutiger“ Genitalien im Kindesalter. Follow-up-Studie. <https://omp.ub.rub.de/index.php/RUB/catalog/view/113/99/604-4> (online, abgerufen am 06.02.2020).

Hornberg, Claudia / Schröttle, Monika / Böhne, Sabine / Khelaifat, Nadja / Pauli, Andrea / Horch, Kerstin (2008): Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 42. https://pub.uni-bielefeld.de/download/1857826/2656432/Gesundheitliche_Folgen_von_Gewalt.pdf (online, abgerufen am 02.05.2020).

HRK (Hochschulrektorenkonferenz) (2011): Empfehlung der 11. Mitgliederversammlung der HRK am 22.11.2011. Career Services. https://www.hrk.de/fileadmin/_migrated/content_uploads/Empfehlung_Career_Services_MV_22112011_01.pdf (online, abgerufen am 27.3.2020).

HRK (Hochschulrektorenkonferenz) (2013): „Eine Hochschule für Alle“. Empfehlung der 6. Mitgliederversammlung der HRK am 21. April 2009 zum Studium mit Behinderung/chronischer Krankheit. Ergebnisse der Evaluation. https://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-03-Studium/02-03-08-Barriererefreies-Studium/Auswertung_Evaluation_Hochschule_fuer_Alle_01.pdf (online, abgerufen 27.3.2020).

Hurrelmann, Klaus / Richter, Matthias (2013): Gesundheits- und Medizinsoziologie. Beltz, Weinheim.

Huth, Susanne / Aram, Elisabeth / Wagner, Susanne / Engels, Dietrich / Maur, Christine (2015): Abschlussbericht der gemeinsamen Evaluation des Gesetzes über den Bundesfreiwilligendienst (BFDG) und des Gesetzes zur Förderung von Jugendfreiwilligendiensten (JFDG). BMFSFJ, Berlin.

HyperJoint GmbH (2020a): DIN 18040-1. Barriererefreies Bauen. Planungsgrundlagen. Teil 1. Öffentlich zugängliche Gebäude (Ausgabe: 2010-10). <https://nullbarriere.de/din18040-1.htm> (online, abgerufen am 17.04.2020).

HyperJoint GmbH (2020b): DIN 18040-2. Barriererefreies Bauen. Planungsgrundlagen. Teil 2. Wohnungen (Ausgabe 2011-09). <https://nullbarriere.de/din18040-2.htm> (online, abgerufen am 22.04.2020).

HyperJoint GmbH (2020c): DIN 18040-3. 2014-12. Barrierefreies Bauen. Planungsgrundlagen. Teil 3. Öffentlicher Verkehrs- und Freiraum. <https://nullbarriere.de/din18040-3.htm> (online, abgerufen: 17.04.2020).

infas (2019): Design und Stand des „Teilhablesurvey“. Beiratspräsentation.

IUBH (International University of Applied Sciences Bad Honnef – Bonn Internationale Hochschule) (2019): IUBH Touristik-Radar 2019. Barrierefreier Tourismus für alle. https://www.iubh.de/wp-content/uploads/1903_Themenmappe-Tourismus-mit-Behinderung_fin_web.pdf (online, abgerufen am 01.04.2020).

Kavemann, Barbara / Nagel, Bianca / Hertlein, Julia (2016): Fallbezogene Beratung und Beratung von Institutionen zu Schutzkonzepten bei sexuellem Missbrauch. Erhebung von Handlungsbedarf in den Bundesländern und von Bedarf an Weiterentwicklung der Fachberatungsstellen. Arbeitsstab des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauch, Berlin.

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2019): Praxen der vertragsärztlichen Versorgung nach Merkmalen von Barrierefreiheit, Stichtag 31.12.2019.

KfW (2020): Förderung für Barrierereduzierung beim Wohnen aufgestockt (Pressemitteilung vom 03.01.2020). https://www.kfw.de/KfW-Konzern/Newsroom/Aktuelles/Pressemitteilungen-Details_560320.html (online, abgerufen am 14.04.2020).

Kirsch, Sebastian (2020): Werdenfelser Weg. Das Original. <https://www.werdenfelser-weg-original.de/> (online, abgerufen am 04.02.2020).

Klemm, Klaus (2015): Inklusion in Deutschland. Daten und Fakten. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

Klemm, Klaus (2018): Unterwegs zur inklusiven Schule. Lagebericht 2018 aus bildungsstatistischer Perspektive. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

Klöppel, Ulrike (2016): Zur Aktualität kosmetischer Operationen „uneindeutiger“ Genitalien im Kindesalter. In: Bulletin-Texte, Zentrum für transdisziplinäre Geschlechterstudien, Humboldt-Universität zu Berlin, Jg. 27, Nr. 42, S. 1 – 85.

Konsortium Bundesbericht Wissenschaftlicher Nachwuchs (2013): Bundesbericht Wissenschaftlicher Nachwuchs 2013. Statistische Daten und Forschungsbefunde zu Promovierenden und Promovierten in Deutschland. W. Bertelsmann Verlag, Bielefeld.

Köpke, Sascha / Meyer, Gabriele / Abraham, Jens / Möhler, Ralph / Henkel, Adrienne / Kupfer, Ramona (2015): Leitlinie FEM. Evidenzbasierte Praxisleitlinie Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. Universität zu Lübeck & Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Lübeck u. Halle (Saale)

Kuntz, Benjamin / Rattay, Petra / Poethko-Müller, Christina / Thamm, Roma / Hölling, Heike / Lampert, Thomas (2018): Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Focus/JoHM_03_2018_Soziale_Unterschiede_KiGGS-Welle2.pdf%3F__blob%3DpublicationFile (online, abgerufen am 31.03.2020).

Lamprecht, Markus / Stamm, Hanspeter (1994): Die soziale Ordnung der Freizeit. Seismo Verlag, Zürich.

LIGA Selbstvertretung (2020): Statut der LIGA Selbstvertretung. http://liga-selbstvertretung.de/?page_id=13 (online, abgerufen am 20.03.2020).

Lippke, Sonia / Renneberg, Babette (2006): Konzepte von Gesundheit und Krankheit. In: Renneberg, Babette / Hammelstein, Philipp (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Springer, Berlin, S. 7 – 12.

Lippke, Sonia / Schüz, Natalie / Zschuke, Elisabeth (2020): Temporary Disability Pension, RTW-Intentions, and RTW-Behavior. Expectations and Experiences of Disability Pensioners over 17 Months. In: International Journal of Environmental Research and Public Health, Jg. 17, Nr. 1, S. 238.

Maetzel, Jakob / Sulzer, Laura (2018): Ältere Menschen mit Behinderung, insbesondere mit geistiger Behinderung, und Pflegebedürftigkeit. In: BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (Hrsg.): Pflege- und Unterstützungsbedarf sogenannter vulnerabler Gruppen (Schlussbericht). BMG, Berlin.

Markowetz, Reinhard (2006): Freizeit und Behinderung. Inklusion durch Freizeitassistenz. In: Spektrum Freizeit, Jg. 30, Nr. 2, S. 54 – 72.

- Matta, Vanita Irene / Engels, Dietrich / Köller, Regine / Schmitz, Alina / Maur, Christine / Brosey, Dagmar / Kosuch, Renate / Engel, Alexander (2018): Qualität in der rechtlichen Betreuung. Bundesanzeiger Verlag, Köln.
- MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) (2014): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. MDS, Essen.
- MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) (2017): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 5. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. MDS, Essen.
- Meyer, Thomas (2005): Die Zukunft der Sozialen Demokratie. FES, Bonn.
- Middendorff, Elke / Apolinarski, Beate / Becker, Karsten / Bornkessel, Philipp / Brandt, Tasso / Heißenberg, Sonja / Poskowsky, Jonas (2017): Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in Deutschland 2016. 21. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt vom Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung. BMBF, Berlin.
- Mörth, Ingo (2005): Freizeitsoziologie. Johannes Kepler Universität Linz, Linz.
- Niehaus, Mathilde / Bauer, Jana (2013): Chancen und Barrieren für hochqualifizierte Menschen mit Behinderung. Übergang in ein sozialversicherungs-pflichtiges Beschäftigungsverhältnis. Pilotstudie zur beruflichen Teilhabe. Abschlussbericht. Aktion Mensch e.V., Bonn.
- Niehoff, Ulrich (2006): Menschen mit geistiger Behinderung in der Freizeit. Versuch einer Standortbestimmung. In: Wüllenweber, Ernst / Theunissen, Georg / Mühl, Heinz (Hrsg.): Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, S. 408 – 415.
- Nieß, Meike (2016): Partizipation aus Subjektperspektive. Zur Bedeutung von Interessenvertretung für Menschen mit Lernschwierigkeiten. Springer VS, Wiesbaden.
- Opaschowski, Horst. W. (1997): Einführung in die Freizeitwissenschaft (3. Auflage). Leske + Budrich, Opladen.
- openPetition (2015): Neuigkeiten zu Betreuungsrecht. Begrenzung der Zahl Betreuungen pro Berufsbetreuer. Beschluss des Petitionsausschuss des Deut-

schen Bundestages. <https://www.openpetition.de/petition/blog/betreuungsrecht-begrenzung-der-zahl-betreuungen-pro-berufsbetreuer> (online, abgerufen am 22.02.2020).

Pixa-Kettner, Ursula (2012): Elternschaft. In: Beck, Iris / Greving, Heinrich (Hrsg.): Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik. Lebenslage und Lebensbewältigung (Band 5). Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, S. 229 - 233.

Pohontsch, Nadine / Welti, Felix / Raspe, Heiner. / Meyer, Thorsten (2013): Das Wunsch- und Wahlrecht des §9 SGB IX bei der Beantragung einer medizinischen Rehabilitation. Ergebnisse eines regionalen Surveys unter Versicherten der Gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung. In: Gesundheitswesen, Jg. 75, Nr. 7, S. 440 – 447.

Prognos AG (2016): Zukunftsreport Familie 2030 (Langfassung). Prognos AG, Berlin.

Rabe, Heike / Leisering, Britta (2018): Die Istanbul-Konvention. Neue Impulse für die Bekämpfung von geschlechtsspezifischer Gewalt. Deutsches Institut für Menschenrechte, Berlin.

Rat der Europäischen Union (2001): Gemeinsamer Bericht über die soziale Eingliederung – Teil I: Die Europäische Union, einschließlich Zusammenfassung. https://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/soc-incl/15223/part1_de.pdf (online, abgerufen am 04.06.2020).

RKI (Robert Koch-Institut) (Hrsg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Gemeinsam getragen von RKI und Destatis). RKI, Berlin.

RKI (Robert Koch-Institut) (2019): Für wen wird die Impfung gegen die saisonale Influenza empfohlen? <https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/Influenza/FAQ01.html?nn=2370434> (online, abgerufen am 31.03.2020).

Römis, Kathrin (2011): Entwicklung weiblicher Lebensentwürfe unter Bedingungen geistiger Behinderung. Klinkhardt forschung, Bad Heilbrunn.

Schmidtke, Claudia / Kuntz, Benjamin / Starker, Anne / Lampert, Thomas (2018): Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland. Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. <https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsbericht->

erstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_04_2018_Inanspruchnahme_Frueherkennung_KiGGS-Welle2.pdf?__blob=publicationFile (online, abgerufen am 01.04.2020).

Schröder, Helmut (1995): Die berufliche Integration von Blinden. Abschlußbericht. infas, Bonn.

Schröder, Helmut / Steinwede, Jacob / Schäfers, Markus / Kersting, Anne / Harand, Julia (2017): Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. 1. Zwischenbericht. <https://www.bmas.de/Shared-Docs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/fb-492-repraesentativbefragung-behinderung.pdf> (online, abgerufen am 15.06.2020).

Schuck, Karl Dieter / Rauer, Wulf / Prinz, Doren (Hrsg.) (2018): EiBisch - Evaluation inklusiver Bildung in Hamburgs Schulen. Quantitative und qualitative Ergebnisse. Waxmann Verlag, Münster.

Sekretariat der KMK (Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland) (2018): Dokumentation Nr. 214. Sonderpädagogische Förderung in Schulen 2007 bis 2016. https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/Statistik/Dokumentationen/Dok_214_SoPaeFoe_2016.pdf (online, abgerufen am 27.08.2019).

Sieger, Volker (2019): Wohnen wo und wie ich will. Rede bei der 2. Regionalkonferenz „Wohnen im inklusiven Sozialraum“ am 23. September 2019 in Mainz. https://www.bundesfachstelle-barrierefreiheit.de/SharedDocs/Downloads/DE/ISI-Regionalkonferenzen/rede-sieger-mainz-wohnen.pdf?__blob=publicationFile&v=4

Siegrist, Johannes / Staudinger, Ursula M. (2019): Gesundheitliche Ungleichheit im Lebensverlauf. Neue Forschungsergebnisse und ihre Bedeutung für die Prävention. In: Siegrist, Johannes / Staudinger, Ursula M. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit im Lebensverlauf. Neue Forschungsergebnisse und ihre Bedeutung für die Prävention (Leopoldina-Forum Nr. 2). Nationale Akademie der Wissenschaften, Halle (Saale), S. 4 – 23.

Sozialhelden e.V. (2019) Presse-Informationen zur Wheelmap auf der Website „wheelmap.org“ (Stand: November 2019). <https://news.wheelmap.org/wheelmap-presse-information/> (online, abgerufen am 09.04.2020).

SPD (Sozialdemokratische Partei Deutschlands) (2020) Arbeitsgemeinschaft Selbst Aktiv. Menschen mit Behinderungen in der SPD <https://selbstaktiv.spd.de/> (online, abgerufen am 13.02.2020).

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Demografischer Wandel in Deutschland - Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern (Heft 2). Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2018a): Datenreport 2018. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2018b): Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2019): Statistisches Jahrbuch 2019. Deutschland und Internationales. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

Steinwede, Jacob / Kersting, Anne / Harand, Julia / Schröder, Helmut / Schäfers, Markus / Schachler, Viviane (2018): Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. 2. Zwischenbericht. <https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/fb-512-repraesentativbefragung-behinderung.pdf> (15.06.2020).

SZ (Süddeutsche Zeitung) (2017): Volk und Vertreter. <https://projekte.sueddeutsche.de/artikel/politik/bundestag-diese-abgeordneten-ehlen-e291979/> (online, abgerufen am 17.04.2020).

Techniker Krankenkasse (2019): Gesundheitsreport 2019. Arbeitsunfähigkeiten. <https://www.tk.de/re-source/blob/2060908/b719879a6b6ca54c1f2ec600985fb616/gesundheitsreport-au-2019-data.pdf> (online, abgerufen am 15.06.2020).

Thimm, Antonia / Rodekohl, Bianca / Dieckmann, Friedrich / Haßler, Theresia (2018): Wohnsituation Erwachsener mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe und Umzüge im Alter. Erster Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Modelle für die Unterstützung der Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter innovativ gestalten“ (MUTIG). Katholische Hochschule NRW, Münster.

UN (Vereinte Nationen) (1948): Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, Resolution 217 A III), vom 10. Dezember 1948. https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/ger.pdf (online, abgerufen am 20.05.2020).

Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (2019): Erster Bericht des Unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. BAFzA, Berlin.

Universität zu Köln 2020: PROMI. Promotion inklusive. <https://promi.uni-koeln.de/>. (online, abgerufen am 25.03.2020).

Valdes-Stauber, Juan / Deinert, Horst / Kilian, Reinhold. (2012): Deutsche unterbringungsrechtliche Praxis auf Bundes- und Länderebene nach Einführung des Betreuungsgesetzes (1992-2009). In: Fortschritt der Neurologie, Psychiatrie, Jg. 80, Nr. 5, S. 267 - 275.

vdek (Verband der Ersatzkassen) (2020): Veröffentlichte Daten zur Entwicklung des Selbsthilfe-Fördervolumens auf der Webseite des vdek. <https://www.vdek.com/vertragspartner/Selbsthilfe.html> (online, abgerufen am 27.01.2020).

VDV (Verband Deutscher Verkehrsunternehmen e. V.) (2015): Statistik 2014. VDV, Köln.

VDV (Verband Deutscher Verkehrsunternehmen e. V.) (2018): Statistik 2017. VDV, Köln.

Vehrkamp, Robert / Wegschaider, Klaudia (2017): Populäre Wahlen. Mobilisierung und Gegenmobilisierung der sozialen Milieus bei der Bundestagswahl 2017 (Studie im Auftrag der Bertelsmann Stiftung). Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

Verband der Privaten Bausparkassen e. V. (2019): Barrierefrei umbauen und bauen. Mehr Lebensqualität für alle (Stand: Januar 2019). http://go-hampp.de/wp-content/uploads/2019/01/Barrierefrei_um-bauen20190107.pdf (online, abgerufen am 30.03.2020).

Verein für Sozialpsychiatrie e. V. (2020): Informationen zu Vergütung/Kosten des betreuten Wohnens in Familien auf der Webseite „Betreutes Wohnen in Familien“. http://www.bwf-info.de/bwf_e3/what_is_bwf/5/index.htm (online, abgerufen am 17.04.2020).

- Voges, Wolfgang / Jürgens, Olaf / Mauer, Andreas / Meyer, Eike (2003): Methoden und Grundlagen des Lebenslagenansatzes (Endbericht).
http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsprojekt-a350-methoden-und-grundlagen-des-lebenslagenansatzes.pdf?__blob=publicationFile (online, abgerufen am 14.08.2020).
- von Prittwitz, Volker (1994): Politikanalyse. UTB, Stuttgart.
- Voß, G. Günter (2000): Alltag. Annäherungen an eine diffuse Kategorie. In: Voß, G. Günter / Holly, Werner (Hrsg.): Neue Medien im Alltag. Begriffsbestimmungen eines interdisziplinären Forschungsfeldes. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Waldschmidt, Anne (2009): Politische Partizipation von Menschen mit Behinderungen und Benachteiligungen. In: Stein, Roland / Orthmann Bless, Dagmar (Hrsg.): Lebensgestaltung bei Behinderungen und Benachteiligungen im Erwachsenenalter und Alter (Basiswissen Sonderpädagogik 5). Schneider, Baltmannsweiler, S. 118 - 152.
- Weibernetz e. V. (2011): Frauenbeauftragte in Einrichtungen. Projektergebnisse und Empfehlungen (1. Auflage). Weibernetz e. V., Kassel.
- Weibernetz e. V. (2015): Frauenbeauftragte in Einrichtungen. Projektergebnisse und Empfehlungen (überarbeitete Neuauflage 2015). Weibernetz e. V., Kassel.
- Weibernetz e. V. (2020a): Ein Bundes-Netzwerk für Frauen-Beauftragte in Einrichtungen. Internetseite des Projekts. <https://frauenbeauftragte.weibernetz.de/> (online, abgerufen am 19.02.2020).
- Weibernetz e. V. (2020b): Verein Weibernetz e. V. Bundesnetzwerk von Frauen-Lesben und Mädchen mit Beeinträchtigung. <https://www.weibernetz.de/wir.html> (online, abgerufen am 19.03.2020).
- Weisser, Jan (2012): Politische und soziale Partizipation. In: Beck, Iris / Greving, Heinrich (Hrsg.): Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik. Lebenslage und Lebensbewältigung (Band 5). Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, S. 170 – 178.
- Welti, Felix (2013): Von der Prothese zur UN-Behindertenrechtskonvention. Herausforderungen für die Hilfsmittelversorgung. In: Sozialrecht aktuell, Jg. 17, Sonderheft 2013, S. 1 – 12.

Wocken, Hans (2007): Fördert Förderschule? Eine empirische Rundreise durch Schulen für „optimale Förderung“. In: Demmer-Dieckmann, Irene / Textor, Annette (Hrsg.): Integrationsforschung und Bildungspolitik im Dialog. Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn, S. 35 – 60.

Ziegler, Diana / Kudlacek, Dominic / Fischer, Thomas (2011): Zur Wahrnehmung und Definition von Sicherheit durch die Bevölkerung. Erkenntnisse und Konsequenzen aus der kriminologisch-sozialwissenschaftlichen Forschung (Schriftenreihe Forschungsforum Öffentliche Sicherheit). https://www.sicherheit-forschung.de/forschungsforum/schriftenreihe_neu/sr_v_v/SchriftenreiheSicherheit_05.pdf (online, abgerufen am 04.04.2020).

Zivilgesellschaftliches Verbändebündnis (2018): Vorschläge für Fragen des Fachausschusses zur UN-Behindertenrechtskonvention im Rahmen der 2. Staatenprüfung Deutschlands. <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/monitoring-stelle-un-brk/staatenpruefung-2018-2021/dokumente-zur-2-staatenpruefung/> (online, abgerufen am 05.06.2020).

13.2 Datenquellen

BA (Bundesagentur für Arbeit): Schwerbehinderte Menschen in Beschäftigung (Anzeigeverfahren SGB IX).

BIBB (Bundesinstitut für Berufsbildung): Berufsbildungsstatistik der statistischen Ämter des Bundes und der Länder.

BA (Bundeskriminalamt): Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS).

BMG (Bundesministerium für Gesundheit): Finanzergebnisse der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

BMG (Bundesministerium für Gesundheit): Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der sozialen Pflegeversicherung.

DIW Berlin: Sozio-oekonomisches Panel (SOEP).

KMK (Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland): Sonderpädagogische Förderung an Schulen.

KMK (Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland): Schüler, Klassen, Lehrer und Absolventen der Schulen.

KMK (Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland): Allgemeinbildende Schulen in Ganztagsform.

RKI (Robert Koch Institut): Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA).

RKI (Robert Koch Institut): Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS)

Statistisches Bundesamt: Mikrozensus.

Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik

Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe.

Statistisches Bundesamt: Statistik der schwerbehinderten Menschen

Statistisches Bundesamt: Statistik der Sozialhilfe.

Statistisches Bundesamt: Statistik der allgemeinbildenden Schulen.

Statistisches Bundesamt: Zusammenstellung von Länderlieferungen zum Maßregelvollzug im Auftrag des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

14 Abkürzungsverzeichnis

BA	Bundesagentur für Arbeit
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft
bagfa	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligen-agenturen e. V.
BAG Selbsthilfe	Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V.
Barrieren MeMo	Barrieren Melde- und Monitoringstelle
BB	Brandenburg
BBW	Berufsbildungswerke
BBiG	Berufsbildungsgesetz
BDA	Berufsvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände
BE	Berlin
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BFD	Bundesfreiwilligendienst
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGG	Behindertengleichstellungsgesetz
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BIH	Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen
BITB 2.0	Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung
BKA	Bundeskriminalamt
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat
BMJV	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
BMVI	Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
BRK	Behindertenrechtskonvention
BsaB	Bundesverband staatlich anerkannter Blindenwerkstätten e. V.

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BVG	Bundesversorgungsgesetz
BW	Baden-Württemberg
BWF	Betreutes Wohnen in Familien
BWG	Bundeswahlgesetz
BWO	Bundeswahlordnung
BY	Bayern
D	Deutschland
DB AG	Deutsche Bahn AG
DBR	Deutscher Behindertenrat
DBS	Deutscher Behindertensportverband e. V.
DBSV	Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V.
DDR	Deutsche Demokratische Republik
Destatis	Statistisches Bundesamt
DfA	Design für Alle
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V.
DIHK	Deutscher Industrie- und Handelskammertag e. V.
DIMR	Deutsches Institut für Menschenrechte
DIN(-Norm)	Deutsche Industrienorm
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DJH	Deutsches Jugendherbergswerk
DLT	Deutscher Landkreistag
DPO	Disabled Persons Organizations
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DV	Deutscher Verein
EBO	Eisenbahn-Bau- und Betriebsordnung
EstG	Einkommensteuergesetz
EU	Europäische Union
FDP	Freie Demokratische Partei
FEM	Freiheitseinschränkende Maßnahmen in der Pflege
FFG	Filmförderungsgesetz
FÖJ	Freiwilliges Ökologisches Jahr
FSJ	Freiwilliges Soziales Jahr
FStrG	Bundesfernstraßengesetz
GastG	Gaststättengesetz
GdB	Grad der Behinderung
GEDA	Studie Gesundheit in Deutschland aktuell
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-Spitzenverband	Spitzenverband Bund der Krankenkassen

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
GVFG	Gemeindeverkehrsfinanzierungsgesetz
HB	Bremen
HE	Hessen
HH	Hamburg
HHVG	Heil- und Hilfsmittelversorgung
HRG	Hochschulrahmengesetz
HRK	Hochschulrektorenkonferenz
HwO	Handwerksordnung
IA	Integrationsämter
IC	Intercity
ICE	Intercity-Express
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
IFD	Integrationsfachdienst
IKK	Innungskrankenkasse
ILO	Internationale Arbeitsorganisation
infas	infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH
ISCED	International Standard Classification of Education
ISG	Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik
IUBH	International University of Applied Sciences Bad Honnef – Bonn Internationale Hochschule
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KfW	KfW Bankengruppe
Kfz	Kraftfahrzeug
KHV	Kommunikationshilfenverordnung
KiGGS	Studie Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KMK	Kultusministerkonferenz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LifE	Lebensverläufe ins frühe Erwachsenenalter
LuftVG	Luftverkehrsgesetz
MBO	Musterbauordnung
Monitoring-Stelle	Monitoring-Stelle zur UN-BRK
MSZ	Mobilitätsservice-Zentrale
MV	Mecklenburg-Vorpommern
MZG	Mikrozensusgesetz
n, N	Größe der Grundgesamtheit
NAP	Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

NEPS	Nationales Bildungspanel
NI	Niedersachsen
NW	Nordrhein-Westfalen
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
PBefG	Personenbeförderungsgesetz
PROMI	Promotion inklusive
PSG II	Zweites Pflegestärkungsgesetz
PStG	Personenstandsgesetz
PsychKG	Psychisch-Kranken-Gesetz
Rahmenempfehlung	Rahmenempfehlung zur Förderung der Selbsthilfe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
RKI	Robert Koch-Institut
RP	Rheinland-Pfalz
SDGs	Sustainable Development Goals
SGB	Sozialgesetzbuch
SH	Schleswig-Holstein
SL	Saarland
SN	Sachsen
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
ST	Sachsen-Anhalt
StGB	Strafgesetzbuch
SZ	Süddeutsche Zeitung
TH	Thüringen
TSI PRM	Technischen Spezifikation für Interoperabilität für mobilitätseingeschränkte Reisende
UBSKM	Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs
UN	Vereinte Nationen
UN-BRK	Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen
UN-Fachausschuss	UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen
VDV	Verband Deutscher Verkehrsunternehmen e. V.
VIFF	Vereinigung Interdisziplinäre Frühförderung
VStättVO	Versammlungsstättenverordnung
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
ZDH	Zentralverband des Deutschen Handwerks
ZIPHER	Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem:

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

ZQP

Erfassung und Reduktion
Zentrum für Qualität in der Pflege

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

15 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Das „bio-psycho-soziale Modell“ der ICF	- 10 -
Abbildung 2:	Beeinträchtigungen und Behinderungen laut ICF und deutschem Sozialrecht	- 12 -
Abbildung 3:	Menschen mit Beeinträchtigungen in Privathaushalten nach Alter und im Zeitverlauf	- 29 -
Abbildung 4:	Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen in Privathaushalten an der Gesamtbevölkerung nach Alter und im Zeitverlauf	- 30 -
Abbildung 5:	Menschen mit Beeinträchtigungen nach Migrationshintergrund - Altersverteilung	- 32 -
Abbildung 6:	Menschen mit Beeinträchtigungen (ohne beziehungsweise mit Behinderung) nach Vorhandensein einer anerkannten Behinderung	- 43 -
Abbildung 7:	Menschen mit Beeinträchtigungen nach Form der Beeinträchtigung	- 44 -
Abbildung 8:	Zeitpunkt des Eintritts der stärksten Beeinträchtigung	- 46 -
Abbildung 9:	Zeitpunkt des Eintritts der stärksten Beeinträchtigung nach Beeinträchtigungsform	- 48 -
Abbildung 10:	Haushaltsformen	- 62 -
Abbildung 11:	Hohe Bedeutung der Ehe oder Partnerschaft	- 67 -
Abbildung 12:	Verwirklichung des Ehe- oder Partnerschaftswunsches	- 68 -
Abbildung 13:	Kinderwunsch	- 69 -
Abbildung 14:	Haushalte mit mindestens einem minderjährigen Kind	- 70 -
Abbildung 15:	Zufriedenheit mit dem Familienleben	- 72 -

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Abbildung 16:	Kinder und Jugendliche in Ein-Eltern-Familien	- 75 -
Abbildung 17:	Unterstützung durch das soziale Umfeld	- 79 -
Abbildung 18:	Mindestens einen guten Freund oder eine gute Freundin - 81 -	
Abbildung 19:	Geselligkeit mit Freunden, Verwandten oder Nachbarn	- 82 -
Abbildung 20:	Gefühl fehlender Gesellschaft	- 84 -
Abbildung 21:	Gefühl von Einsamkeit	- 86 -
Abbildung 22:	Keine engen Freundinnen und Freunde	- 89 -
Abbildung 23:	Enge Freundinnen und Freunde mit Beeinträchtigungen - 91 -	
Abbildung 24:	Eingliederungshilfe von Nichtschulkindern	- 117 -
Abbildung 25:	Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung und Förderquote	- 122 -
Abbildung 26:	Förderquoten	- 124 -
Abbildung 27:	Inklusions- und Sonderschulbesuchsquote von Schülerinnen und Schülern	- 128 -
Abbildung 28:	Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung an weiterführenden Schulen	- 132 -
Abbildung 29:	Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge in Ausbildungsberufen für Menschen mit Behinderungen (§ 66 BBiG) und in anerkannten Ausbildungsberufen (§ 5 BBiG) - 146 -	
Abbildung 30:	Höchster Schulabschluss der Bevölkerung	- 149 -
Abbildung 31:	Bevölkerung mit (Fach-)Hochschulreife	- 150 -
Abbildung 32:	Menschen mit Hauptschulabschluss	- 152 -
Abbildung 33:	Höchster beruflicher Abschluss	- 157 -

Abbildung 34:	Menschen, die einen ihrem Schulabschluss entsprechenden beruflichen Abschluss erwerben	- 158 -
Abbildung 35:	Bevölkerung ohne beruflichen Abschluss	- 161 -
Abbildung 36:	Studierende mit Beeinträchtigungen	- 165 -
Abbildung 37:	Allgemeine oder berufliche Weiterbildung	- 176 -
Abbildung 38:	Erwerbsbeteiligung	- 211 -
Abbildung 39:	Erwerbstätigenquoten	- 212 -
Abbildung 40:	Erwerbsbeteiligung nach Teilgruppen der Beeinträchtigungen	- 213 -
Abbildung 41:	Erwerbstätigkeit von Müttern mit beeinträchtigtem Kind	- 215 -
Abbildung 42:	Erwerbstätigenquoten im Alter von 55 bis 64 Jahren	- 217 -
Abbildung 43:	Arbeitsumfang	- 219 -
Abbildung 44:	Stellung im Beruf	- 221 -
Abbildung 45:	Zufriedenheit mit der Arbeit	- 223 -
Abbildung 46:	Atypische Beschäftigungsverhältnisse	- 225 -
Abbildung 47:	Gemeldete beschäftigte Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung und ihnen Gleichgestellte	- 227 -
Abbildung 48:	Quote der mit Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung besetzten Pflichtarbeitsplätze	- 228 -
Abbildung 49:	Besetzte Pflichtarbeitsplätze bei öffentlichen Arbeitgebern	- 229 -
Abbildung 50:	Nichterwerbspersonen mit Beeinträchtigungen mit eigener Rente	- 231 -
Abbildung 51:	Arbeitslose Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung	- 234 -

Abbildung 52:	Arbeitslosenquoten	- 235 -
Abbildung 53:	Dauer der Arbeitslosigkeit	- 236 -
Abbildung 54:	Nichterwerbspersonen mit selbsteingeschätzter Behinderung	- 241 -
Abbildung 55:	Anteil der Personen, die angeben, arbeitslos zu sein, nach der Form der Beeinträchtigung	- 244 -
Abbildung 56:	Einschätzung der Möglichkeit, eine geeignete Stelle zu finden	- 245 -
Abbildung 57:	Beschäftigte in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen	- 249 -
Abbildung 58:	Lebensunterhalt aus eigenem Erwerbseinkommen	- 254 -
Abbildung 59:	Durchschnittliches Nettoäquivalenzeinkommen nach Haushaltstyp	- 257 -
Abbildung 60:	Menschen, die keine Möglichkeit zum Sparen haben	- 268 -
Abbildung 61:	Zufriedenheit mit dem Haushaltseinkommen	- 271 -
Abbildung 62:	Große Sorgen um eigene wirtschaftliche Situation	- 273 -
Abbildung 63:	Leistungsbeziehende von Hilfen zu einem selbstbestimmten Leben im ambulant betreuten und im stationären Wohnen	- 324 -
Abbildung 64:	Leistungsbeziehende von Hilfen zu einem selbstbestimmten Leben im ambulant betreuten und stationären Wohnen	- 326 -
Abbildung 65:	Wahrnehmung von Hindernissen im öffentlichen Raum	- 338 -
Abbildung 66:	Arten von Barrieren im öffentlichen Raum, die Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung <i>immer</i> oder <i>häufig</i> erleben	- 340 -

Abbildung 67:	Die drei häufigsten Hindernisse im öffentlichen Raum von Menschen mit ausgewählten Beeinträchtigungsformen 2019	- 342 -
Abbildung 68:	Erfahrungen der Fremdbestimmung nach Teilgruppen der Beeinträchtigungen	- 352 -
Abbildung 69:	Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI	- 368 -
Abbildung 70:	Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Hilfsmittel	- 374 -
Abbildung 71:	Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Pflegehilfsmittel und Wohnumfeld-verbessernde Maßnahmen nach § 40 SGB XI	- 375 -
Abbildung 72:	Ausgaben für Hilfsmittel im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach SGB XII	- 376 -
Abbildung 73:	Subjektive Einschätzung des gegenwärtigen Gesundheitszustands	- 399 -
Abbildung 74:	Einschätzung des Gesundheitszustands von Kindern und Jugendlichen als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht	- 402 -
Abbildung 75:	Anzahl der Krankheitstage	- 404 -
Abbildung 76:	Depressive Symptome	- 406 -
Abbildung 77:	Moderate bis schwere depressive Symptome nach Geschlecht	- 407 -
Abbildung 78:	Emotionale Probleme von Kindern und Jugendlichen	- 408 -
Abbildung 79:	Arztbesuche	- 410 -
Abbildung 80:	Arztpraxen mit uneingeschränkt barrierefreiem Zugang für mobilitätsbeeinträchtigte Menschen	- 414 -
Abbildung 81:	Für mobilitätsbeeinträchtigte Menschen uneingeschränkt barrierefrei zugängliche Praxen nach Arztgruppen	- 418 -

Abbildung 82:	Rauchen	- 421 -
Abbildung 83:	Alkoholkonsum	- 422 -
Abbildung 84:	Wöchentlicher Alkoholkonsum	- 423 -
Abbildung 85:	Gar kein Bewusstsein für gesunde Ernährung	- 424 -
Abbildung 86:	Maßnahmen der Sozialhilfe zur medizinischen Rehabilitation	- 436 -
Abbildung 87:	Strategien und Handlungsfelder der Ottawa-Charta	- 444 -
Abbildung 88:	Beeinträchtigung en, Behinderung en, (amtlich anerkannte) Schwerbehinderung und ihre Nutzungsvielfalt	- 451 -
Abbildung 89:	Das „bio-psycho-soziale Modell“ der ICF	- 456 -
Abbildung 90:	Schaubild zur Entwicklung im Gesundheitswesen	- 463 -
Abbildung 91:	Gesetzliche und konzeptionelle Rahmungen sowie Personengruppen	- 465 -
Abbildung 92:	Salutogenesemodell nach Bestandteilen	- 472 -
Abbildung 93:	Capability Approach	- 473 -
Abbildung 94:	Grundbestandteile der Programme der Gesundheitsförderung und Prävention	- 478 -
Abbildung 95:	Art der Behandlungslücke	- 485 -
Abbildung 96:	Behandlungslücke nach Art der Einschränkung	- 486 -
Abbildung 97:	Art von Problemen bei der gesundheitlichen Versorgung	- 489 -
Abbildung 98:	Gesundheitliche Versorgung nach Art der Einschränkung	- 490 -
Abbildung 99:	Unterstützungsbedarf in der Gesundheitsversorgung	- 493 -
Abbildung 100:	Zweck des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)	- 509 -

Abbildung 101:	Abwägung riskanter Folgen der Maßnahmen für Menschen mit Beeinträchtigungen bei Corona	- 517 -
Abbildung 102:	Ausflüge oder kurze Reisen	- 588 -
Abbildung 103:	Künstlerische und musische Tätigkeiten	- 594 -
Abbildung 104:	Monatliche oder seltenere Besuche von kulturellen Veranstaltungen	- 596 -
Abbildung 105:	Besuch von populärkulturellen Veranstaltungen	- 597 -
Abbildung 106:	Besuch von klassisch-kulturellen Veranstaltungen	- 600 -
Abbildung 107:	Sportliche Aktivität	- 602 -
Abbildung 108:	Sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen	- 604 -
Abbildung 109:	Zufriedenheit mit der Freizeit	- 606 -
Abbildung 110:	Zentral registrierte Vorsorgevollmachten in Deutschland	- 632 -
Abbildung 111:	Unterbringungsverfahren in Deutschland	- 636 -
Abbildung 112:	Unterbringungsverfahren in Deutschland	- 639 -
Abbildung 113:	Genehmigte und abgelehnte ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1906 Abs. 3, 3a BGB a. F.)	- 644 -
Abbildung 114:	Genehmigte und abgelehnte Anträge auf betreuungsrechtliche Sterilisation (§ 1905 BGB)	- 645 -
Abbildung 115:	Kinder und Jugendliche, die gehänselt oder schikaniert werden	- 657 -
Abbildung 116:	Personen mit großen Sorgen über die Entwicklung der Kriminalität in Deutschland	- 660 -
Abbildung 117:	Beratungskontakte des Hilfef Telefons <i>Gewalt gegen Frauen</i> vor dem Hintergrund einer Beeinträchtigung	- 664 -
Abbildung 118:	Wahlbeteiligung der Bundestagswahlen 2013 und 2017	- 700 -

Abbildung 119:	Interesse an Politik	- 704 -
Abbildung 120:	Politische Beteiligung in der Freizeit	- 706 -
Abbildung 121:	Ehrenamtliche Tätigkeit in Vereinen, Verbänden und sozialen Diensten	- 711 -

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

16 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Menschen mit Beeinträchtigungen in Deutschland	- 25 -
Tabelle 2:	Menschen mit Beeinträchtigungen in Privathaushalten nach Alter und Geschlecht	- 27 -
Tabelle 3:	Menschen mit Beeinträchtigungen in Privathaushalten nach Migrationshintergrund und Geschlecht	- 31 -
Tabelle 4:	Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung nach Form der schwersten Behinderung	- 34 -
Tabelle 5:	Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung nach Form der schwersten Behinderung und Geschlecht	- 35 -
Tabelle 6:	Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung nach Form der schwersten Behinderung und Alter	- 36 -
Tabelle 7:	Strukturmerkmale der schwersten Behinderung	- 37 -
Tabelle 8:	Menschen mit Beeinträchtigungen in stationären Einrichtungen	- 39 -
Tabelle 9:	Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund	- 45 -
Tabelle 10:	Haushaltsformen nach Geschlecht	- 63 -
Tabelle 11:	Haushaltsformen im Lebensverlauf	- 64 -
Tabelle 12:	Alleinlebende nach Teilgruppen der Beeinträchtigungen	- 65 -
Tabelle 13:	Haushaltsformen nach Migrationshintergrund	- 65 -
Tabelle 14:	Volljährige Menschen mit Beeinträchtigungen, die bei ihren Eltern leben	- 66 -
Tabelle 15:	Hohe Bedeutung der Ehe oder Partnerschaft	- 67 -
Tabelle 16:	Haushalte mit mindestens einem minderjährigen Kind	- 71 -

Tabelle 17:	Alleinerziehende	- 72 -
Tabelle 18:	Zufriedenheit mit dem Familienleben	- 73 -
Tabelle 19:	Gutes Miteinanderauskommen in der Familie nach Alter - -	76
Tabelle 20:	GKV-Ausgaben Kinderkrankengeld	- 78 -
Tabelle 21:	Geringe Unterstützung durch das soziale Umfeld	- 80 -
Tabelle 22:	Seltene oder keine Geselligkeiten	- 83 -
Tabelle 23:	Häufiges Gefühl fehlender Gesellschaft	- 85 -
Tabelle 24:	Häufiges Gefühl von Einsamkeit	- 87 -
Tabelle 25:	Eingliederungshilfe für Nichtschulkinder	- 116 -
Tabelle 26:	Anzahl der Kindertageseinrichtungen und Anzahl der Kinder, die Eingliederungshilfe erhalten	- 119 -
Tabelle 27:	Heilpädagogische Leistungen für Kinder	- 120 -
Tabelle 28:	Förderschwerpunkt von Schülerinnen und Schülern	- 126 -
Tabelle 29:	Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischer Förderung in verschiedenen Schularten	- 127 -
Tabelle 30:	Förderschwerpunkt und Schulart von Schülerinnen und Schülern	- 130 -
Tabelle 31:	Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung an Regelschulen	- 131 -
Tabelle 32:	Sonderschulbesuchsquoten nach Förderschwerpunkten - -	133
Tabelle 33:	Schülerinnen und Schüler an Förderschulen im Ganztagsschulbetrieb	- 134 -
Tabelle 34:	Schülerinnen und Schüler an Förderschulen nach Förderschwerpunkt und Geschlecht	- 136 -

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Tabelle 35:	Auszubildende insgesamt und in Betrieben mit 20 oder mehr Arbeitsplätzen*	- 143 -
Tabelle 36:	Neuabschlüsse von Ausbildungsverträgen	- 145 -
Tabelle 37:	Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge in Ausbildungsberufen für Menschen mit Behinderungen (§ 66 BBiG) und in anerkannten Ausbildungsberufen (§ 5 BBiG)	- 147 -
Tabelle 38:	Bevölkerung mit (Fach-)Hochschulreife nach Geschlecht, Migrationshintergrund, Altersgruppen und Teilgruppen der Beeinträchtigungen	- 151 -
Tabelle 39:	Bevölkerung ohne Schulabschluss nach Teilgruppen der Beeinträchtigungen und Migrationshintergrund	- 153 -
Tabelle 40:	Abgängerinnen und Abgänger von Förderschulen nach Art des Abschlusses	- 154 -
Tabelle 41:	Abschlüsse von Jugendlichen mit sonderpädagogischer Förderung an allgemeinen Schulen in ausgewählten Bundesländern	- 155 -
Tabelle 42:	Bevölke	- 159 -
Tabelle 43:	Bevölkerung ohne beruflichen Abschluss nach Geschlecht, Herkunft und Teilgruppen der Beeinträchtigungen	- 163 -
Tabelle 44:	Studierende mit studienerschwerenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach Art und Ausmaß der Beeinträchtigung und Geschlecht	- 167 -
Tabelle 45:	Bedarf an baulicher Barrierefreiheit an Hochschulen	- 169 -
Tabelle 46:	Allgemeine oder berufliche Weiterbildung nach Geschlecht, Alter und Teilgruppen der Beeinträchtigungen	- 177 -
Tabelle 47:	Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung in und außerhalb von Einrichtungen	- 180 -
Tabelle 48:	Hilfen zur schulischen Ausbildung	- 181 -
Tabelle 49:	Menschen im erwerbsfähigen Alter	- 210 -

Tabelle 50:	Erwerbsbeteiligung nach Geschlecht	- 214 -
Tabelle 51:	Erwerbstätigenquoten von Menschen mit Beeinträchtigungen nach Teilgruppen	- 216 -
Tabelle 52:	Erwerbstätigenquoten nach Migrationshintergrund	- 218 -
Tabelle 53:	Arbeitsumfang	- 220 -
Tabelle 54:	Stellung im Beruf im Zeitverlauf	- 222 -
Tabelle 55:	Mittlere Bruttostundenlöhne	- 224 -
Tabelle 56:	Atypische Beschäftigungsverhältnisse	- 226 -
Tabelle 57:	Erwerbslosenquoten nach Teilgruppen	- 233 -
Tabelle 58:	Abgang aus der Arbeitslosigkeit von Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung	- 236 -
Tabelle 59:	Erwerbstätige, Erwerbslose und Nichterwerbspersonen - -	240
Tabelle 60:	Anteil der Personen, die angeben, arbeitslos zu sein, an allen Erwerbspersonen, nach ausgewählten Teilgruppen	- 243 -
Tabelle 61:	Leistungen der Integrationsämter	- 246 -
Tabelle 62:	Ausgaben der Integrationsämter für Betriebliches Eingliederungsmanagement	- 247 -
Tabelle 63:	Leistungen der Integrationsämter	- 248 -
Tabelle 64:	Lebensunterhalt aus eigenem Erwerbseinkommen im Zeitverlauf	- 255 -
Tabelle 65:	Haupteinkommensquelle nach Teilgruppen der Beeinträchtigungen (18 bis 64 Jahre)	- 256 -
Tabelle 66:	Einkommen von Menschen mit Beeinträchtigungen in Relation zum Einkommen von Menschen ohne Beeinträchtigungen	- 259 -

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Tabelle 67:	Leistungsbeziehende von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII	- 261 -
Tabelle 68:	Menschen, die in einem Haushalt leben, dessen Mitglieder Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB II oder SGB XII beziehen	- 263 -
Tabelle 69:	Armutsrisikoquoten	- 266 -
Tabelle 70:	Nettovermögen und Wohneigentum	- 267 -
Tabelle 71:	Menschen, die keine Möglichkeit zum Sparen haben, im Zeitverlauf	- 269 -
Tabelle 72:	Menschen in Haushalten ohne Wertanlagen	- 270 -
Tabelle 73:	Zufriedenheit mit dem Haushaltseinkommen	- 272 -
Tabelle 74:	Große Sorgen um eigene wirtschaftliche Situation	- 274 -
Tabelle 75:	Förderung von Rehabilitand*innen nach § 19 SGB III	- 278 -
Tabelle 76:	Leistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung zur Teilhabe am Arbeitsleben	- 280 -
Tabelle 77:	Erbrachte Reha-Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben	- 281 -
Tabelle 78:	Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben	- 282 -
Tabelle 79:	Ausgaben für Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben	- 286 -
Tabelle 80:	Renten der GUV für Verletzte und Erkrankte	- 287 -
Tabelle 81:	Erwerbsminderungsrente und Altersrente nach Geschlecht	- 288 -
Tabelle 82:	Bewohnte Wohnungen in Wohngebäuden nach Merkmalen des Barrierenabbaus 2018	- 321 -
Tabelle 83:	Leistungsbeziehende von Hilfen zu einem selbstbestimmten Leben im ambulant betreuten und stationären Wohnen nach Altersgruppen	- 325 -

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Tabelle 84:	Leistungsbeziehende von Hilfen zu einem selbstbestimmten Leben in einer ambulant betreuten Wohnform	- 327 -
Tabelle 85:	Leistungsbeziehende von Eingliederungshilfe unter 18 Jahren in stationären Wohneinrichtungen	- 329 -
Tabelle 86:	Pflegebedürftige nach Wohnsituation	- 330 -
Tabelle 87:	Pflegebedürftige in Privathaushalten (ambulante Pflege)	- 331 -
Tabelle 88:	Busse im VDV – Anteile der Niederflurbusse	- 346 -
Tabelle 89:	Erfahrungen der Fremdbestimmung nach Geschlecht, Altersgruppen und Herkunft	- 353 -
Tabelle 90:	Leistungsbeziehende von Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen beziehungsweise Hilfe zur Pflege in Form eines Persönlichen Budgets	- 359 -
Tabelle 91:	Leistungsbeziehende von Hilfen zur Beschaffung, Erhaltung und Ausstattung einer Wohnung nach SGB IX	- 361 -
Tabelle 92:	Bruttoausgaben für Hilfen bei der Beschaffung, Erhaltung und Ausstattung einer Wohnung nach SGB IX	- 362 -
Tabelle 93:	Bruttoausgaben für Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnformen nach SGB XII	- 365 -
Tabelle 94:	Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für ambulante, teilstationäre und stationäre Pflege	- 366 -
Tabelle 95:	Bruttoausgaben für die Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe nach SGB XII	- 369 -
Tabelle 96:	Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt nach SGB XII	- 372 -
Tabelle 97:	Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe in Form des Persönlichen Budgets	- 378 -
Tabelle 98:	Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes als weniger gut oder schlecht	- 401 -

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Tabelle 99:	Emotionale Probleme von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen nach Alter	- 409 -
Tabelle 100:	Merkmale der Barrierefreiheit von Arztpraxen	- 417 -
Tabelle 101:	Für mobilitätsbeeinträchtigte Menschen uneingeschränkt barrierefrei zugängliche Praxen mit weiteren Merkmalen der Barrierefreiheit – nach Fachrichtungen der in der Praxis tätigen Arztgruppen	- 419 -
Tabelle 102:	Gar kein Bewusstsein für gesunde Ernährung nach Alter und Geschlecht	- 425 -
Tabelle 103:	Abgeschlossene Leistungen der DRV zur medizinischen Rehabilitation	- 429 -
Tabelle 104:	Bruttoaufwendungen der DRV für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	- 430 -
Tabelle 105:	Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen der GUV	- 431 -
Tabelle 106:	Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen der GUV nach Art der Maßnahme	- 432 -
Tabelle 107:	Aufwendungen für Heilbehandlung	- 433 -
Tabelle 108:	Leistungsfälle von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen der GKV	- 434 -
Tabelle 109:	Ausgaben der GKV für medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen	- 435 -
Tabelle 110:	Bruttoausgaben der Sozialhilfe für Leistungen der medizinischen Rehabilitation	- 437 -
Tabelle 111:	Gesundheitsausgaben in Deutschland und den Ländern-	476 -
Tabelle 112:	Behandlungslücken nach soziodemografischen Merkmalen	- 487 -
Tabelle 113:	Probleme bei der gesundheitlichen Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen	- 491 -

Tabelle 114:	Elemente und Prozessqualitätsschritte beim Umgang mit der Verbreitung von SARS-CoV-2 (Beispiele).	- 511 -
Tabelle 115:	Keine Ausflüge oder kurze Reisen	- 589 -
Tabelle 116:	Jährlich eine mindestens einwöchige Urlaubsreise	- 592 -
Tabelle 117:	Künstlerisch und musisch Inaktive	- 595 -
Tabelle 118:	Keine Besuche von populärkulturellen Veranstaltungen -	598
Tabelle 119:	Keine Besuche von klassisch-kulturellen Veranstaltungen	- 601 -
Tabelle 120:	Keine sportliche Aktivität	- 603 -
Tabelle 121:	Mitglieder des Deutschen Behindertensportverbandes-	605 -
Tabelle 122:	Unzufriedenheit mit der Freizeit	- 607 -
Tabelle 123:	Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben	- 608 -
Tabelle 124:	Andere Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	- 609 -
Tabelle 125:	Betreuungsverfahren in Deutschland	- 629 -
Tabelle 126:	Unterbringungsverfahren in Deutschland	- 638 -
Tabelle 127:	Genehmigte freiheitsentziehende Unterbringungen (§ 1906 Abs. 1 und 2 BGB) und freiheitsentziehende Maßnahmen in Einrichtungen (§ 1906 Abs. 4 BGB)	- 640 -
Tabelle 128:	Gesetzeskonformer Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der stationären Pflege	- 641 -
Tabelle 129:	Im psychiatrischen Krankenhaus aufgrund strafrechtlicher Anordnung (§ 63 StGB) untergebrachte Personen	- 642 -
Tabelle 130:	Polizeilich erfasste Opfer körperlicher Gewalt	- 651 -
Tabelle 131:	Polizeilich erfasste Opfer sexualisierter Gewalt	- 654 -

Vorabfassung – wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Tabelle 132:	Polizeilich erfasste Opfer psychischer Gewalt	- 656 -
Tabelle 133:	Personen mit großen Sorgen über die Entwicklung der Kriminalität in Deutschland	- 662 -
Tabelle 134:	Wahlbeteiligung bei der Bundestagswahl 2013 und 2017	- 702 -
Tabelle 135:	Starkes Interesse an Politik	- 705 -
Tabelle 136:	Politische Beteiligung in der Freizeit	- 708 -
Tabelle 137:	Ehrenamtliche Tätigkeit in Vereinen, Verbänden, sozialen Diensten	- 712 -
Tabelle 138:	Operationalisierung und Gruppeneinteilung	- 737 -
Tabelle 139:	Verwendete Befragungsdaten im Überblick	- 740 -